



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Facultad de Administración de Empresas

Doctorado en Dirección de Organizaciones

Ética y desempeño organizacional, antes y durante la pandemia por COVID-19 en  
instituciones públicas y privadas en áreas urbanas de México

Tesis que para obtener el Grado de Doctorado  
en Dirección de Organizaciones

Presenta

Andrés Miguel Cruz

Comité Doctoral

Dra. Yésica Mayett Moreno

Directora de Tesis

Dra. Alejandra Berenice Trejo Nieto

Dra. María Antonieta Monserrat Vera Muñoz

Co-Directora de Tesis

Asesora de Tesis

Puebla, México.

Noviembre 2022



**UPAEP – Secretaría General**

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

**Tesis Digitales Restricciones de uso:**

**DERECHOS RESERVADOS ©**

**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

El uso de textos, imágenes, gráficas, 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 de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Facultad de Administración de Empresas

Doctorado en Dirección de Organizaciones

Por este medio nos permitimos informar a Uds. la aprobación de la Tesis:  
“Ética y desempeño organizacional, antes y durante la  
pandemia por COVID-19 en instituciones públicas y privadas en  
áreas urbanas de México”,  
que presenta el alumno: Andrés Miguel Cruz (ID: 75003), como  
requisito para obtener el Grado de Doctorado en este programa académico.

Atte.

Comité Doctoral

Directora de Tesis: Dra. Yésica Mayett Moreno

Handwritten signature of Dra. Yésica Mayett Moreno.

Co- Directora de Tesis: Dra. Alejandra Berenice Trejo Nieto

Handwritten signature of Dra. Alejandra Berenice Trejo Nieto.

Asesora de Tesis: Dra. María Antonieta Montserrat Vera Muñoz

Handwritten signature of Dra. María Antonieta Montserrat Vera Muñoz.

Puebla, México.

Noviembre 2022.

## Índice

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción .....	3
Capítulo I. Organización del presente estudio .....	4
1.1 Problema de investigación .....	4
1.2 Preguntas de investigación .....	5
1.3 Objetivo general.....	7
1.4 Objetivos particulares.....	7
1.5 Justificación y limitaciones .....	7
1.5.1 Justificación .....	7
1.5.2 Limitaciones .....	7
Capítulo II. Ejes teóricos .....	7
2.1 Políticas públicas en salud.....	7
2.2 Teoría del cambio .....	8
2.3 Teoría organizacional.....	9
2.3.1 Estructura social de una organización en salud.....	12
2.3.2 Estructura física de una organización en salud.....	13
2.4 Clima ético organizacional .....	16
2.4.1 Conceptos de ética en una organización .....	16
2.4.2 Teorías del comportamiento organizacional .....	18
2.4.3 Cultura organizacional .....	20
2.4.4 Conceptos de clima organizacional .....	21
2.4.5 Conceptos de clima ético organizacional .....	23
2.5 Conceptos de diseño organizacional en salud.....	24
Capítulo III. Marco contextual .....	27
3.1 Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.....	27
3.1.1 Presupuesto federal de egresos en salud (2018-2020) .....	27
3.2 El contexto global de la pandemia por COVID-19.....	27
3.2.1 Epidemiología del COVID-19 .....	27
3.2.2 Dimensiones socioeconómicas afectadas .....	29
3.2.3 Semáforo COVID-19 .....	30
3.3 Las organizaciones de salud en México .....	31
3.3.1 Sistema de Salud de México.....	31
3.4 Toma de decisiones ética, clima ético organizacional y desempeño organizacional .....	37
3.4.1 Panorama Internacional.....	37
3.4.2 Contexto Nacional.....	42
Capítulo IV. Metodología.....	44
4.1 Muestra del estudio e instrumentos de recolección .....	44
4.2 Validez de los instrumentos .....	49
4.3 Hipótesis .....	50
4.4 Análisis estadístico.....	50
Capítulo V. Resultados .....	52
5.1 Sociodemográficos.....	52
5.2 Toma de decisiones éticas.....	55
5.3 Clima ético organizacional .....	57
5.4 Desempeño organizacional.....	60

5.5 Diferencias por tipo de instituciones de salud .....	63
5.5.1 Toma de decisiones éticas.....	63
5.5.2 Clima ético organizacional .....	64
5.5.3 Desempeño organizacional.....	65
5.6 Análisis con y sin departamento de ética .....	66
5.6.1 Toma de decisiones éticas.....	66
5.6.2 Clima ético organizacional .....	67
5.6.3 Desempeño organizacional.....	68
5.7 Modelo de intercepto aleatorio .....	69
5.8 Interrelaciones entre departamentos .....	72
Capítulo VI. Discusión.....	80
Capítulo VII. Conclusiones y recomendaciones.....	82
Referencias bibliográficas .....	84
Anexos .....	102
Anexo 1. Organigrama de la Organización General de la Secretaría de Salud .....	102
Anexo 2. Organigrama general del Hospital General de Culiacán.....	103
Anexo 3. Resultados de estudio exploratorio.....	104
3.1 Promedio de la percepción de clima ético hospitalario acorde al tipo de profesional de la salud participante ....	104
3.2 Promedio global de la opinión sobre clima ético hospitalario por características demográficas .....	104
3.3 Percepción del clima ético hospitalario respecto a la presencia de un departamento de ética .....	105
3.4 Opinión global de la mejora en el clima ético hospitalario atribuible la presencia COVID-19. ....	105
Anexo 4. Resultados de encuesta piloto.....	105
4.1 Diferencias de medias antes y durante COVID-19 de toma de decisiones éticas .....	105
4.2 Diferencias de medias antes y durante COVID-19 de clima ético organizacional .....	106
4.3 Diferencias de medias antes y durante COVID-19 de desempeño organizacional.....	108
Anexo 5. Análisis de interrelaciones de departamentos .....	109
Anexo 5.1. Interrelación de departamentos antes de COVID-19 acorde a su principal prioridad de interacción .....	109
Anexo 5.2. Interrelación de departamentos durante COVID-19 acorde a su principal prioridad de interacción .....	109
Anexo 5.3. Interacción entre departamentos acorde a sus prioridades de interacción antes de COVID-19.....	110
Anexo 5.4. Interacción entre departamentos acorde a sus prioridades de interacción durante COVID-19 .....	111

## Figuras

Figura 1. Políticas públicas en salud, estructura y diseño organizacional, y desempeño organizacional. ....	6
Figura 2. Modelo de Burke-Litwin.....	23
Figura 3. Sistema de salud basado en la atención primaria. ....	31
Figura 4. Sectores público y privado del Sistema de Salud de México.....	33
Figura 5. Porcentaje de derechohabientes por institución de salud. ....	34
Figura 6. Distribución porcentual de profesionales de la salud por institución, 2019.....	35
Figura 7. Distribución porcentual de recursos físicos en instituciones públicas, 2019.....	35
Figura 8. Distribución de recursos físicos en instituciones públicas, 2019. ....	36
Figura 9. Distribución ocupación de camas en hospitalización por COVID-19 en las Instituciones de Salud.....	36
Figura 10. Género de los participantes encuestados .....	52
Figura 11. Distribución de la edad en años de los participantes encuestados .....	52
Figura 12. Porcentaje de profesiones de los participantes encuestados .....	53
Figura 13. Porcentaje de instituciones de los participantes encuestados .....	53

Figura 14. Porcentaje de instituciones con departamento de ética .....	54
Figura 15. Distribución de toma de decisiones éticas antes y durante COVID-19 .....	55
Figura 16. Distribución de clima ético organizacional antes y durante COVID-19 .....	58
Figura 17. Distribución de desempeño organizacional antes y durante COVID-19 .....	61
Figura 18. Diferencias de distribución de toma de decisiones éticas por instituciones antes y durante COVID-19 ...	64
Figura 19. Diferencias de distribución de clima ético organizacional por instituciones antes y durante COVID-19....	65
Figura 20. Diferencias de distribución de desempeño organizacional por instituciones antes y durante COVID-19..	66
Figura 21. Diferencias de distribución de toma de decisiones éticas por departamento de ética antes y durante COVID-19 .....	67
Figura 22. Diferencias de distribución de clima ético organizacional por departamento de ética antes y durante COVID-19 .....	68
Figura 23. Diferencias de distribución de desempeño organizacional por departamento de ética antes y durante COVID-19 .....	69
Figura 24. Efecto de la toma de decisiones éticas en el desempeño organizacional antes y durante COVID-19.....	71
Figura 25. Efecto del clima ético organizacional en el desempeño organizacional antes y durante COVID-19.....	71
Figura 26. Interrelación de departamentos antes de COVID-19 acorde a su principal prioridad de interacción .....	78
Figura 27. Interrelación de departamentos durante COVID-19 acorde a su principal prioridad de interacción.....	79
Figura 28. Ética y desempeño organizacional durante la pandemia por COVID-19.....	81

## Tablas

Tabla 1. Componentes del comportamiento ético individual en las organizaciones .....	17
Tabla 2. Casos confirmados y mortalidad por COVID-19 en países de América Latina .....	28
Tabla 3. Carga de enfermedades no transmisibles en el año 2016 .....	29
Tabla 4. Porcentaje de obesidad en adultos en el año 2016.....	29
Tabla 5. Revisión bibliográfica de toma de decisiones éticas, clima ético organizacional y desempeño organizacional .....	37
Tabla 6. Factores analizados por tres dimensiones para profesionales de salud en México (2021) .....	45
Tabla 7. Interrelación de departamentos .....	48
Tabla 8. Lista de departamentos.....	48
Tabla 9. Análisis de confiabilidad de los instrumentos en la aplicación definitiva del cuestionario.....	49
Tabla 10. Grupos de edad de los participantes encuestados.....	52
Tabla 11. Grado académico de los participantes encuestados.....	53
Tabla 12. Localización estatal de las instituciones de los participantes encuestados .....	54
Tabla 13. Diferencia de medias de toma de decisiones éticas antes y durante la pandemia por COVID-19 .....	56
Tabla 14. Diferencia de medias de factores de toma de decisiones éticas antes y durante la pandemia por COVID-19 .....	57
Tabla 15. Diferencia de medias de clima ético organizacional antes y durante la pandemia por COVID-19.....	58
Tabla 16. Diferencia de medias de factores de toma de clima ético organizacional antes y durante la pandemia por COVID-19 .....	60
Tabla 17. Diferencia de medias de desempeño organizacional antes y durante la pandemia por COVID-19.....	61
Tabla 18. Diferencia de medias de factores de desempeño organizacional antes y durante la pandemia por COVID-19.....	63
Tabla 19. Modelo de intercepto aleatorio .....	70

Tabla 20. Distribución de departamentos antes y durante COVID-19 .....	72
Tabla 21. Distribución de prioridad no.1 de interacción antes y durante COVID-19.....	72
Tabla 22. Distribución de prioridad no.2 de interacción antes y durante COVID-19.....	73
Tabla 23. Distribución de prioridad no.3 de interacción antes y durante COVID-19.....	74
Tabla 24. Distribución de prioridad no.4 de interacción antes y durante COVID-19.....	74
Tabla 25. Distribución de prioridad no.5 de interacción antes y durante COVID-19.....	75
Tabla 26. Distribución de departamentos que brindan un servicio en tiempo y forma antes y durante COVID-19 ....	76
Tabla 27. Distribución de departamentos que tienen un trato cordial y profesional con los pacientes antes y durante COVID-19 .....	77

## Resumen

**Objetivo:** El propósito de la presente tesis es analizar los cambios en la toma de decisiones éticas, el clima ético organizacional y el desempeño organizacional, derivados de la pandemia por COVID-19, en algunos profesionales de la salud en instituciones públicas y privadas de áreas urbanas de México.

**Metodología:** Se realizó un estudio transversal en el que 68 profesionales de la salud respondieron una encuesta utilizando la técnica de muestreo de bola de nieve. Esta encuesta estructurada digital evaluó las características demográficas de los encuestados y 3 dimensiones (constructos) divididas en 53 ítems: toma de decisiones éticas, clima ético organizacional y desempeño organizacional, antes de la pandemia de COVID-19 (año 2019) y durante la pandemia (año 2020-2021). Para identificar las diferencias de las dimensiones antes y durante el COVID-19, se realizó la prueba t para muestras dependientes. Para analizar el efecto de COVID-19 en la toma de decisiones éticas, el clima ético organizacional y el desempeño organizacional, se estimó un modelo de efectos mixtos con un modelo de intercepto aleatorio con efecto del tiempo. El estudio se llevo a cabo a nivel de profesionales de la salud que ejercen sus actividades dentro de unidades hospitalarias en 9 estados de México (Puebla Ciudad de México, Baja California Sur, México, Tlaxcala, Tamaulipas, Guanajuato, Nuevo León y Veracruz de Ignacio de la Llave) durante septiembre-octubre de 2021, considerando las siguientes profesiones: enfermería, medicina, química y otros (tales como paramédicos y técnicos en radiología).

**Resultados:** El perfil de los participantes fue 60.3% mujeres y 39.7% hombres. Las profesiones de los participantes fueron 73.5% medicina, 14.7% enfermería, 5.9% química y 5.9% otros. En las dimensiones toma de decisiones éticas y clima ético organizacional, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas en los promedios antes y durante la pandemia. En relación al desempeño organizacional se encontró una diferencia estadísticamente significativa en los promedios antes y durante la pandemia, con una disminución en el desempeño, a pesar de que se encontró una disminución en el mismo, la ética tiene un efecto positivo estadísticamente significativo en el desempeño organizacional antes y durante la pandemia por COVID-19.

**Conclusiones:** Acorde con el objetivo de investigación, los resultados del presente estudio muestran de manera general que la toma de decisiones éticas y el clima ético organizacional, son de suma importancia en el proceso de prestación de servicios de atención clínica, puesto que aun ante factores contingentes como lo es la emergencia sanitaria por COVID-19, estos no modifican su comportamiento, es decir, continúan siendo la base de la atención clínica. A su vez, el mantener niveles óptimos de percepción de la toma de decisiones éticas y clima ético organizacional fomenta el aumento del desempeño organizacional de manera global. La presente tesis contribuye al entendimiento de la gestión de servicios de salud en un entorno adverso como la pandemia. La toma de decisiones basada en la ética y un clima ético deben mantenerse en las organizaciones debido a que su efecto positivo en el desempeño podría evitar una caída más dramática en el mismo.

## Abstract

**Objective:** The purpose of this thesis is to analyze the differences in the perception of ethical decision making, organizational ethical climate and organizational performance, before and during the COVID-19 pandemic by some health professionals in public and private institutions in urban areas of Mexico, in 2021.

**Methodology:** A cross-sectional study was carried out. 68 health professionals answered a survey using the snowball sampling technique. This digital structured survey evaluated the demographic characteristics of the respondents and 3 dimensions (constructs) divided into 53 items: ethical decision-making, organizational ethical climate and organizational performance, before the COVID-19 pandemic (year 2019) and during the pandemic. (year 2020-2021). To compare the differences in dimensions before and during COVID-19, the t-test for dependent samples was performed. To analyze the effect of COVID-19, ethical decision making, and organizational ethical climate on organizational performance, a mixed effects model was estimated with a random intercept model with time effect. The information was collected at the level of health professionals, who carry out their activities within hospital units in 9 states of Mexico (Puebla Mexico City, Baja California Sur, Mexico, Tlaxcala, Tamaulipas, Guanajuato, Nuevo León and Veracruz de Ignacio de la Key) during September-October 2021, considering the following professions: nursing, medicine, chemistry and others (such as paramedics and radiology technicians).

**Results:** The profile of the participants was 60.3% women and 39.7% men. The professions of the participants were 73.5% medicine, 14.7% nursing, 5.9% chemistry and 5.9% others. In the dimensions of ethical decision-making and organizational ethical climate, there were no statistically significant differences in the averages before and during the pandemic. In relation to organizational performance, there is a statistically significant difference in the averages before and during the pandemic, with a decrease in performance, although a decrease in it was found, ethics has a statistically significant positive effect on performance organization before and during the COVID-19 pandemic.

**Conclusions:** In accordance with the general objective of the research, the results of this study show in a general way that ethical decision-making and the organizational ethical climate are of the utmost importance in the process of providing clinical care services, since even in the face of factors contingents such as the health emergency due to COVID-19, these do not modify their behavior, that is, they continue to be the basis of clinical care. At the same time, maintaining optimal levels of perception of ethical decision-making and the organizational ethical climate fosters an increase in organizational performance in a global way. This thesis contributes to the management of health services, that, in an adverse environment such as the pandemic, decision-making based on ethics and an ethical climate must be maintained due to their positive effect on performance could avoid a more dramatic drop in the same.

## Introducción

Los servicios de salud se enfrentan día a día a distintos problemas de salud pública, principalmente las enfermedades no transmisibles (ENT), las cuales representan las principales causas de mortalidad a nivel mundial (Nikoloski et al, 2021). Sumado a lo anterior, a causa de la pandemia por COVID-19, declarada como una emergencia sanitaria a nivel mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los sistemas de salud se vieron obligados a reorganizar o interrumpir los servicios de rutina, y muchos de los profesionales del sector salud fueron redirigidos a atender la contingencia sanitaria (Azarpazhooh et al, 2020; Organización Panamericana de la Salud, 2020; Aragón et al., 2019; Patel et al., 2020)

La pandemia implicó el rediseño interno de las actividades hospitalarias de formas innovadoras para atender la emergencia y la atención rutinaria. Los profesionales de la salud adoptan y adaptan sus decisiones individuales y grupales con base en los procesos internos, el clima organizacional de las unidades hospitalarias donde laboran y también acorde a las actividades clínicas y administrativas que desempeñan (Csaszar y Ostler, 2020; Alessandro et al., 2019; Li et al, 2020). Sin embargo, en su esfuerzo por dar cumplimiento a los procesos bajo entornos complejos y de rápido cambio, son propensos a llevar a cabo prácticas que se alejen de algunos principios éticos.

A partir de inicios del siglo XXI, a lo que se sumó la pandemia por COVID-19, los sistemas de salud en América Latina han enfrentado distintos cambios como reestructuraciones, avances tecnológicos, cambios en los procedimientos, presupuestos y limitaciones en las políticas internas con el objetivo de mejorar la productividad en el cuidado de la salud. Además, las organizaciones pertenecientes a este sistema, afrontaron la pandemia por COVID-19, forzándolas a mantener un comportamiento ético (Báscolo et al, 2018; Pedraza et al, 2018; El Bcheraoui et al, 2020; Suhonen et al, 2011; Farrugia y Plutowski, 2020).

Una organización con un marco éticamente sólido equilibra el cuidado centrando en el paciente y la aplicación de la ética clínica con los deberes centrados en la organización (Cribb et al, 2020; Ferorelli et al, 2020; Berlinger et al, 2020). La ética profesional puede definirse como las normas o estándares de conducta que se desarrollan para guiar a los profesionistas de una disciplina, examinando la moral, conducta y prácticas sociales. En el campo de la medicina, además, incluye conceptos de beneficencia, autonomía, no maleficencia y justicia (Rao, 2020).

El propósito del presente trabajo es analizar los cambios en la toma de decisiones éticas, clima ético organizacional y desempeño organizacional, con motivo de la pandemia por COVID-19, con base en las percepciones de algunos profesionales de la salud en instituciones públicas y privadas en áreas urbanas de México.

Las principales contribuciones de este trabajo son analizar el desempeño organizacional y determinar el efecto de la pandemia por COVID-19, en la toma de decisiones éticas, clima ético organizacional y desempeño organizacional en unidades hospitalarias en México. Los resultados de la investigación muestran que el desempeño organizacional aumenta de manera positiva conforme aumenta la toma de decisiones éticas y el clima ético organizacional, indicando que a pesar de que el desempeño se vió afectado por el efecto de COVID-19, dicho desempeño se vió favorecido al prevalecer la toma de decisiones éticas y el clima ético organizacional atenuando las afectaciones. Es decir, ante un entorno adverso, la toma de decisiones basadas en la ética, y el clima ético organizacional deben mantenerse en las organizaciones en salud para detener o evitar una caída dramática en el desempeño.

## Capítulo I. Organización del presente estudio

### 1.1 Problema de investigación

El entorno social cambiante y dinámico, acompañado de una transición epidemiológica principalmente cargada a enfermedades crónico degenerativas, modifican la demanda de servicios de salud, lo cual conlleva a una necesidad constante de modificar las políticas públicas en salud con el objetivo de propiciar el máximo bienestar posible de la población según lo dicta el artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general [...]”, que a su vez lo reglamenta la Ley General de Salud en su título primero en el artículo 1 (SSA, 2015; SSA, 2007).

Dentro del contexto del derecho a la salud, la salud pública busca generar una equidad en salud, establecida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como “un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediabiles entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas”, a través de una cobertura universal en salud, entendida como el aseguramiento de que las personas reciban servicios de salud. En México, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) es el encargado de brindar los servicios de salud gratuitos a todas las personas que no cuenten con seguridad social (OPS, 2020; OPS, 2020; INSABI, 2020).

Lo mencionado con anterioridad justifica la actualización constante de las organizaciones del sector salud, enfocada a mejorar su estructura y diseño para brindar un mejor acceso a los servicios de salud, bajo los principios de una atención primaria en salud, en donde los servicios deben de ser accesibles, integrales, equitativos y de calidad, de tal forma que se cumpla con el objetivo de generar bienestar en la población (OPS, 2017).

A su vez, las organizaciones de salud en la actualidad no solo se centran en la atención de las enfermedades que, por sí solas, saturan a los sistemas de salud, sino que también se enfrentaron a la pandemia causada por el COVID-19, la cual trajo consigo cambios forzados a las organizaciones, obligando a las mismas a una adaptación para poder cumplir con los servicios que brindan; las organizaciones se ajustan constantemente a su ambiente, lo cual conlleva a que prosperen y disminuyan su probabilidad de “mortalidad organizacional” (Greve y Argote, 2015; Agüero, 2007; Aragón et al., 2019; Patel et al., 2020).

Ante la incertidumbre constante al que se enfrentan las organizaciones hospitalarias, éstas requieren ajustes estructurales, tanto en la estructura física de la organización, como en la social, siendo esta última dirigida por los valores establecidos por la misma organización, que pueden conllevar a un mejor desempeño organizacional siempre y cuando exista una unidad de trabajo en el que todos los factores converjan en un clima laboral favorable para la organización, el cual, sino se ajusta a las necesidades, la organización puede enfrentarse a conflictos en la toma de decisiones (Marín y Cuartas, 2014; Schneider y Barbera, 2014)

En consecuencia, múltiples factores ambientales pueden modificar el clima de una organización en salud. En este caso, un cambio en las políticas públicas en salud como lo es el INSABI, o la emergencia sanitaria causada por el COVID-19, pueden modificar la toma de decisiones basadas en la ética, por lo que se requiere establecer posibles cambios en el entorno interno de las organizaciones en salud que afecten, principalmente, las interacciones sociales y la toma de decisiones basadas en la ética; decisiones que desde

el secretario de salud, hasta el personal de salud en los centros de atención sanitaria, influyen en incorporar estrategias con la finalidad de una mejora global de la salud del país y el bien común de las organizaciones de salud (Treviño et al., 2006; De los Santos, et al., 2005 ).

En México, se tiene un sistema de salud conformado por múltiples instituciones de salud, tanto públicas como privadas, que, al tener diversos valores y objetivos encaminados por su propia filosofía, se presenta gran diversidad de culturas, subculturas y climas organizacionales, enfrentándose a modificaciones en su entorno externo. Se vuelve imperativo identificar el cómo la toma de decisiones éticas y clima ético organizacional influyen en el desempeño de las unidades hospitalarias, así como las diferencias que existen entre las distintas instituciones de salud (Figura 1), por lo que surgen las siguientes preguntas de investigación:

## **1.2 Preguntas de investigación**

- ¿Cuáles son los cambios en la toma de decisiones éticas, clima ético organizacional y desempeño organizacional, derivados de la pandemia por COVID-19 de acuerdo con las percepciones en profesionales de la salud en instituciones públicas y privadas en áreas urbanas de México en 2021?
- ¿Cuál fue el efecto de los cambios en la toma de decisiones éticas y el clima organizacional sobre el desempeño organizacional?
- ¿Cuáles son los cambios en la interrelación de departamentos de las instituciones de salud derivados de la pandemia por COVID-19?

Las preguntas de investigación como se muestra en la figura 1, parten de que las políticas públicas en salud modifican la estructura y diseño organizacional de las instituciones de salud. Parte de estas modificaciones se exacerbaban por la pandemia por COVID-19, factor analizado en la presente tesis, factor que tiene la capacidad de modificar las estructuras de las instituciones, principalmente en la estructura social, como lo son la toma de decisiones y clima organizacional, que visto desde una perspectiva ética, influencia el ambiente social y por lo tanto su efecto en el desempeño organizacional.

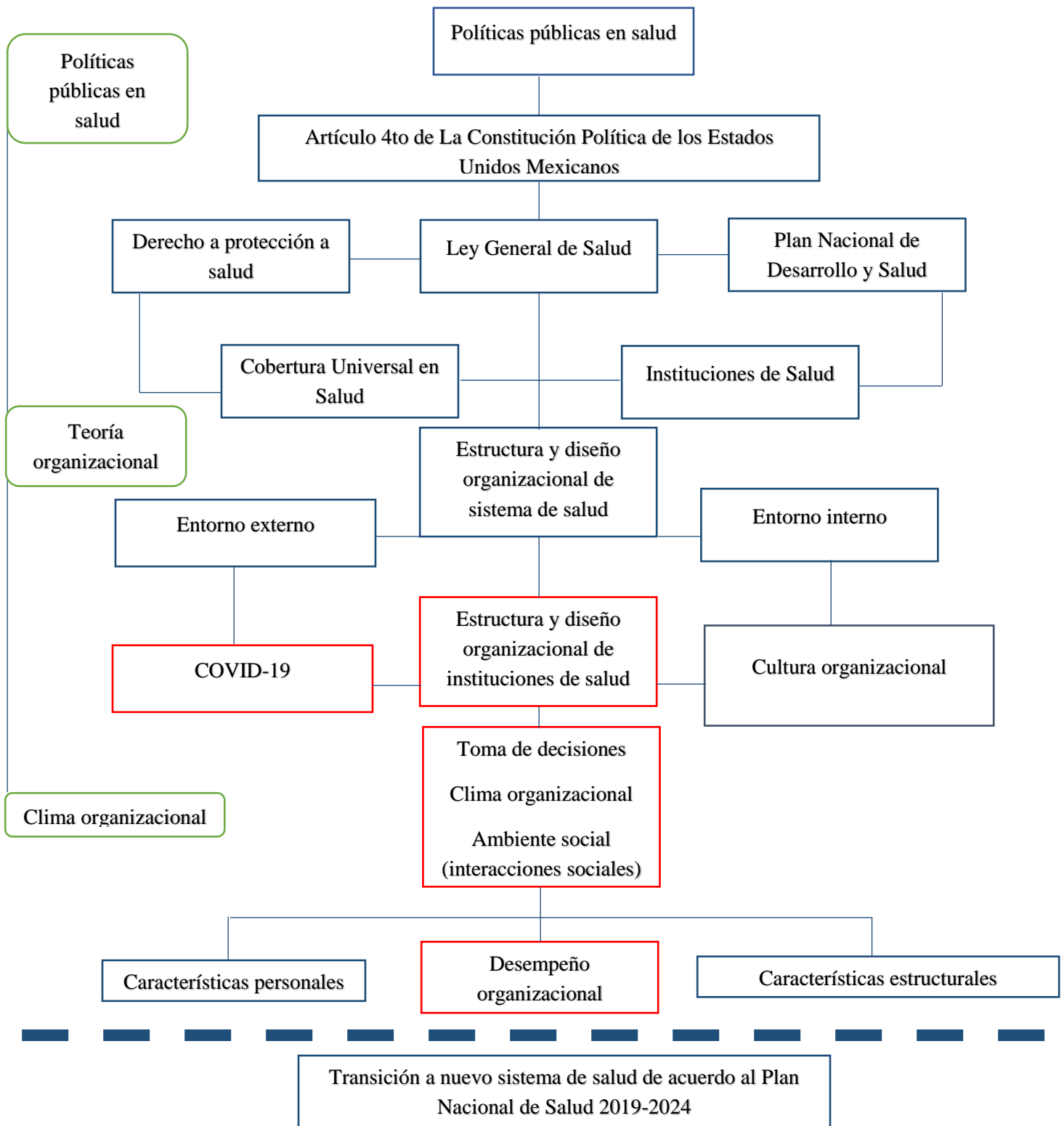


Figura 1. Políticas públicas en salud, estructura y diseño organizacional, y desempeño organizacional.

Nota: Subrayado en rojo las áreas que se desean estudiar.

### **1.3 Objetivo general**

Analizar los cambios en la toma de decisiones éticas, el clima ético organizacional y el desempeño organizacional derivados de la pandemia por COVID-19 en los profesionales de la salud en instituciones públicas y privadas de áreas urbanas de México en 2021.

### **1.4 Objetivos particulares**

- Identificar los cambios en la toma de decisiones éticas, el clima ético organizacional y el desempeño organizacional derivados de la pandemia.
- Identificar las diferencias en la toma de decisiones éticas, el clima ético organizacional y el desempeño organizacional, antes y durante la pandemia, por tipos de instituciones de salud (públicas y privadas) y departamento de ética.
- Analizar el efecto de la toma de decisiones éticas y clima ético organizacional en el desempeño organizacional, antes y durante la pandemia por COVID-19.
- Diferenciar las modificaciones en las interrelaciones de los departamentos de las instituciones de salud, antes y durante la pandemia por COVID-19.

### **1.5 Justificación y limitaciones**

#### **1.5.1 Justificación**

El analizar la percepción de toma de decisiones éticas, clima ético organizacional, y desempeño de las instituciones de salud, permite contribuir en la detección de ventanas de oportunidad organizacionales que fomenten un ambiente social organizacional, con la finalidad de brindar una atención en salud enfocada en el bienestar de los pacientes.

#### **1.5.2 Limitaciones**

Una limitación del presente estudio es que la encuesta fue respondida tanto por administradores como por clínicos, siendo su respectiva aplicación de la ética y cumplimiento del desempeño distintos, ya que el administrador tiene como finalidad cumplir con indicadores y el clínico reestablecer el estado de salud de los pacientes, por lo que los resultados al ser analizados sin distinción de lo comentado con anterioridad, podrían estar sesgados en algunos indicadores utilizados para analizar la ética y el desempeño organizacional, principalmente en el factor “Juicio clínico” de toma de decisiones éticas y “Jefe” de clima ético organizacional.

## **Capítulo II. Ejes teóricos**

### **2.1 Políticas públicas en salud**

A propósito de las políticas públicas, éstas se definen como “un conjunto (secuencia, sistema ciclo, espiral) de acciones intencionales y causales. Son acciones intencionales porque se orientan a realizar objetivos considerados de valor para la sociedad o a resolver problemas cuya solución se considera de interés o beneficio público, y son acciones causales porque son consideradas idóneas y eficaces para realizar el objetivo o resolver el problema [...]” (Aguilar, 2012).

Las políticas públicas en salud toman un rol importante en el desarrollo de la sociedad, puesto que tienen como finalidad, maximizar el estado de salud de una población, entendiendo la definición de salud de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud como: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2008; OMS, 1946).

De manera que las políticas públicas para la salud pública se encaminan a garantizar la salud de las comunidades, encaminada a proveer la atención primaria, acceso universal y protección social, a través de tres grandes grupos de políticas públicas: sistemas sanitarios, problemas de salud pública prioritarios y la salud en todas las políticas (OMS, 2008).

Las políticas fundamentadas en los sistemas sanitarios, se enfocan en la atención primaria en la salud y la cobertura universal en salud. Respecto a los problemas de salud pública prioritarios, las políticas dentro de este grupo buscan orientar y hacer frente a problemas de salud prioritarios, así como una capacidad rápida de respuesta en caso de amenazas graves como el caso de epidemias o catástrofes. El tercer grupo corresponde a políticas públicas que buscan generar y controlar políticas mediante la intersectorialidad de distintos sectores al propio de la salud (OMS, 2008).

Esta última permite desempeñar las actividades de las autoridades correspondientes para dar cumplimiento a la promoción de la salud, protección y la restauración de la misma, considerando que cada uno de los actores involucrados en generar bienestar en la población, son importantes, puesto que se reflejan en la vida de la población para metas de crecimiento económico, desarrollo social y salud (Segura, 2000; OPS, 2007).

Sin embargo, cada Gobierno debe tener las facultades para afrontar los distintos retos que se presenten en innovaciones en políticas en salud, cambios en ocasiones forzados por transformaciones que afectan a la totalidad del sistema, demandan un compromiso para garantizar servicios de salud y fortalecimiento de la protección social. Por ello, el marco jurídico de las políticas en salud en tema de la legislación en salud, se define “el papel que cumplen los actores públicos, privados y sociales, nacionales e internacionales, así como sus funciones e interacciones, y establece el modelo mediante el cual se dará vigencia a los objetivos nacionales de salud, todo ello asequible a través de un sistema judicial” (Segura, 2000; OPS, 2007).

Por ende, de acuerdo al plan de acción sobre la salud en todas las políticas, se busca la coordinación, cooperación y acción intersectorial entre los sectores pertinentes del desarrollo nacional, que aboguen por la salud y la promoción de la equidad, se adopten medidas eficaces y sostenibles, se fortalezca la rendición de cuentas y transparencia de la toma de decisiones, y se contribuya a la agenda para el desarrollo sostenible (OPS, 2014).

## **2.2 Teoría del cambio**

Toda política pública, presenta cambios constantes en su propósito, características, y objetivos, lo cual vuelve a la política pública, un proceso dinámico, cambiante, en vista de que, en ocasiones, al estar vinculada a diversas políticas y sectores, se tienen efectos tanto deseables como no deseables, que pueden modificar los resultados esperados (Cruz, 2011).

Es por esta dinámica de las políticas públicas, que surge el concepto de teoría del cambio, la cual “explica cómo se entiende que las activadas produzcan una serie de resultados que contribuyen a lograr los impactos finales previstos. Puede elaborarse para cualquier nivel de intervención, ya se trate de un acontecimiento, un proyecto, un programa, una política, una estrategia o una organización” (Rogers, 2014).

La teoría del cambio se aplica con el propósito de establecer la situación actual y a la que se pretende llegar, detectando aquellos procesos a ejecutar entre esta transición, fundamentando las posibles

vías causales de tal manera que se produzcan resultados con un impacto, teniendo mayor aplicación en la evaluación de la misma.

Al describir las posibles vías de una intervención para conseguir resultados deseables, las políticas públicas, al buscar un bienestar social, deben de fomentar las concisiones necesarias para producir el cambio deseado, lo cual se puede esquematizar en la cadena de resultados, que se conforma por: insumos, actividades, productos, resultados y resultados finales (Gertler et al., 2017).

De tal forma que los responsables de la política pública evalúen el impacto de la aplicación de las mismas, de acuerdo a la evidencia de resultados anteriores y el contexto en el momento de realizar la nueva política, se aplica con un entendimiento de los objetivos y lo que se pretende alcanzar (Gertler et al., 2017).

En suma, la teoría del cambio, permite “incluir variables de contexto para explicar su dinámica inherente, de su capacidad para explicar procesos de desarrollo distintos del cambio incremental como norma y del cambio sustantivo y abrupto, y de sus capacidades para incluir todas o la mayor parte de elementos o componentes que definen una política pública y su diseño” (Cruz, 2011).

### **2.3 Teoría organizacional**

Iniciando con la definición de una organización, que de acuerdo a Daft (2019) se define como: “entidades sociales que se dirigen a una meta, han sido diseñadas a propósito como sistemas de actividades estructuradas y coordinadas, y están ligadas al entorno exterior”, dando partida al estudio de la teoría organizacional, como: “el estudio macro de las organizaciones por que analizan a la organización entera como una unidad... Cabe decir que el diseño organizacional es la sociología de las organizaciones, mientras que el comportamiento organizacional es su psicología”.

Con lo mencionado con anterioridad, también se requiere definir que es un sistema. En el caso del área de la salud, se ve involucrada la teoría de sistemas abiertos, y la importancia del entorno externo, es decir, entendiendo que una organización se encuentra en una constante adaptación, acompañada de un proceso cíclico, dinámico, que inclusive se aborda en el ciclo de vida de una organización.

De tal manera que se considera que la teoría de sistemas dio inicio a las bases para el desarrollo de los factores contingentes, los cuales pueden afectar a una organización en el actuar de su desempeño, considerando que un sistema es abierto. La teoría de sistemas, explica las manifestaciones organizacionales como lo señala Marín y Cuartas (2014): “un conjunto integrado de componentes interactuantes afectados por el entorno del que importan y exportan energía de manera recurrente y recursiva”.

Es con esta definición que nace la teoría de la contingencia estructural, donde se abordan y estudian las condiciones ambientales, que pueden modificar la estructura de una organización debido a distintos factores situacionales, lo cual indica que, a diferentes condiciones ambientales, se requieren diferentes ajustes estructurales (Marín y Cuartas, 2014).

Estos factores contingentes se entienden como aquellos que dan estructura a una organización, pero forman parte del entorno, dentro de los cuales se puede describir el tamaño, tecnología organizacional, entorno, metas y la estrategia, y la cultura (Daft, 2019). Para Donaldson (2014), citado por Marín y Cuartas, considera que los factores de contingencia que tienen un impacto directo en el diseño organizacional son: la estrategia, el tamaño, la tecnología y la incertidumbre de tarea, siendo estos factores, fundamentales para

establecer el diseño organizacional de una institución, la cual puede adoptar dos distintas formas, un diseño mecanicista y un diseño orgánico.

Se considera que una organización de tipo mecanicista “se caracteriza por una alta estandarización de los procedimientos como resultado de una estricta formalización del comportamiento, sobre todo a través de protocolos y reglamentos por lo general documentados” (Marín y Cuartas, 2014).

Al ser la esencia de una organización en salud generar el máximo nivel de salud posible en una población, visto desde otro punto de vista como favorecer al bienestar, no se puede ejercer un diseño en la que predominen pocas reglas y una constante innovación, puesto que se trata con la vida de personas, el diseño no se permite dar cabida a la experimentación constante con las mismas, por tanto la organización se ve recargada hacia el lado de decisiones centralizadas, de forma vertical y una coordinación de procesos y normas, principalmente en organizaciones de prestaciones de servicios de salud, caso contrario a las organizaciones farmacéuticas o de biomedicina, donde se requiere de un sistema orgánico, que permita un constante desarrollo de patentes, bajo un control estricto de ética de la investigación científica.

Parte de la clasificación de los tipos de diseños organizacionales que se puedan presentar, considerando que no existe un diseño ideal que se aplique por igual a todas las organizaciones, sino que cada una debe de adaptar de acuerdo a sus metas, el diseño que sea más eficiente para poder cumplir con las mismas. Es por esto que reflexiono y tomo en cuenta, que al estudiar una organización, se debe de diferenciar si el enfoque que presenta la organización en salud, en prestación de servicios de salud, es público o privado, ya que en el caso de las organizaciones privadas, se busca un fin de lucro, contrario a las organizaciones públicas, donde se requiere optimizar el recurso para poder cumplir con las metas, siendo que en ocasiones estos recursos son tan limitados que se requieren cuotas por nivel socioeconómico para poder dar prestación de los servicios que se tengan a disposición, principalmente en los hospitales.

A su vez, se debe de considerar que a pesar de que existen diferencias entre organizaciones públicas o privadas, éstas tienen aspectos en común como lo describe Morejón (2016), donde menciona que una estructura organizacional desempeña tres funciones básicas:

- Las estructuras están para producir resultados y alcanzar objetivos organizacionales.
- Las estructuras están diseñadas para al menos regular o minimizar la influencia de las diferencias individuales sobre la organización.
- Son las estructuras las que conforman o determinan qué posiciones tiene y en el cual se toman decisiones.

También, Morejón (2016), destaca lo siguiente: “las organizaciones que conforman el nivel público y el privado no solo son estructuras integradas por recursos humanos y tecnología, sino que a la vez son entidades sociales que poseen sus propias políticas, según sea el caso, y que a la vez tiene sus propias ideologías, valores e integración cultural”.

Lo mencionado por Morejón, indica que se debe de identificar aquellos actores que conforman a una organización, que, en el caso de organizaciones de salud pública como hospitales, clínicas o centros especializados, se rigen bajo la dirección de los respectivos gobiernos estatales e instituciones, lo cual dificulta la administración de las mismas. Parte de esta dificultad se ve reflejada en el contexto actual por COVID-19, ya que el sistema de salud requiere de la participación de los gobiernos estatales con el gobierno

Federal para poder ejecutar los lineamientos pertinentes, pero a pesar de ello, cada gobierno estatal tiene la soberanía y libertad de ejecutar las directrices establecidas por el gobierno Federal, lo cual puede conducir a un conflicto entre partes, y, por tanto, no generar un beneficio para la sociedad.

Por esta razón, se requiere de ejercer la burocracia junto con una adecuada toma de decisiones, para disminuir un posible conflicto entre partes y de presentarse un mejor escenario, tener un acuerdo mutuo en la ejecución de los planes que se requieran resolver, todo esto con la mayor evidencia posible.

La burocracia, descrita por Weber, permite que dentro de una organización se tenga un mayor control sobre los procesos a desarrollar con reglas establecidas. “Las reglas y los procedimientos estandarizados permitían que las actividades organizacionales se desarrollaran de forma previsible y rutinaria. Las obligaciones especializadas significaban que quedaba muy claro cuál tarea debía desempeñar cada empleado” (Daft, 2019). Esta especialización de tareas mejora la calidad de la atención a los derechohabientes dentro de una unidad de servicios de salud, lo cual conlleva a un menor número de errores que puedan provocar una complicación clínica e inclusive, errores administrativos como el conteo de medicamentos por caducar en almacén, la identificación de insumos para una cirugía, etc. así como la posible generación de barreras que afecten el acceso a los servicios de salud.

El poder ejercer una especialización, requiere de una adecuada identificación de necesidades por parte de los tomadores de decisiones. Dentro de los distintos modelos que existen para la toma de decisiones, se han descrito de acuerdo a las necesidades de cada organización, que como se ha venido comentando, cada organización debe aplicar de acuerdo a sus necesidades, el diseño y estructura que mejor favorezca a las metas que busca llegar, tal como se describe el concepto de equifinalidad en la teoría de la co-alineación estratégica: “Los sistemas pueden alcanzar el mismo estado final desde diferentes condiciones y por diferentes rutas de desarrollo” (Marín y Cuartas, 2014).

Dentro de los distintos modelos de decisiones, las organizaciones deben de identificar el grado de incertidumbre que puede presentarse, así como el reconocer que se requiere de un trabajo en equipo y cooperación para tener decisiones de manera rápida y certera, de tal forma que se considere aplicar el modelo que tenga mayor aportación a la organización (Daft, 2019).

Este grado de incertidumbre se puede disminuir con una mayor evidencia para mejorar la toma de decisiones, la cual, con la metodología correcta, confiable y válida, con el correspondiente rigor científico, esta genera nueva información para futuras decisiones e inclusive otras organizaciones si en su momento se quiere.

Dentro de las organizaciones en salud, en el sector público, existe una gran cantidad de información clínica, que se recaba a través de los sistemas de vigilancia epidemiológica; con la correcta aplicación de métodos estadísticos, se genera una vasta información desde un enfoque clínico. Sin embargo, para poder analizar una organización en prestación de servicios de salud, no es suficiente el tener a disposición datos clínicos, se quieren indicadores administrativos, analizar el entorno económico, social y antropológico, por mencionar algunas ciencias, que en su conjunto permiten realizar un análisis interdisciplinario.

De tal manera que se puede concluir que la teoría organizacional, fomenta y obliga a que se realiza, un análisis multidimensional de una organización para identificar aquellas ventanas de oportunidad para poder mejorar la organización, o generar propuestas teóricas o prácticas que permitan un mejor desempeño

de las organizaciones. A manera de reflexión, en una organización para su estudio y mejora se requiere de un equipo interdisciplinario en el se tenga una visión desde diferentes “ángulos” para aportar mayor evidencia.

### **2.3.1 Estructura social de una organización en salud**

Partiendo del término estructura, que significa la relación entre los componentes de un todo organizado, los inicios de la teoría de la estructura social de una organización nacen de la administración científica de Frederick Winslow Taylor y la burocracia de Max Weber, con los conceptos para mejorar la eficiencia y la productividad laboral en el primer caso, y en el segundo caso, de división laboral, departamentos y jerarquía, lo cual permitió definir dentro de la teoría organizacional a la estructura social, también conocida como estructura organizacional, como las relaciones, roles y responsabilidades que asume cada persona dentro de una organización (Gholam et al., 2016; Hatch, 2013).

Existen diversas definiciones de la estructura social de una organización, pero en términos generales se puede entender como las relaciones sociales entre las personas y los diversos procesos, sistemas y tareas que desarrollan las mismas dentro de una organización, teniendo como objetivo el cumplimiento de las metas, a través de la coordinación de las diversas actividades que se contemplan en las estrategias, ambiente, tamaño de la organización y objetivos (Gholam et al., 2016; Daft, 2019).

Respecto a lo mencionado con anterioridad, se debe tener en consideración que una organización se encuentra en cambios constantes debidos a factores externos, que obligan a presentar ajustes internos dentro de la misma, por lo que las distintas posiciones, departamentos y divisiones, deben ser diseñadas de tal forma que estos factores no afecten a la organización (Gholam et al., 2016).

Por lo que se describen distintos tipos de estructuras sociales de una organización que permiten agrupar departamentos según las actividades laborales requeridas y la coordinación de relaciones, en: funcional, con múltiples enfoques, divisional, horizontal y redes virtuales (Daft, 2019).

Estos tipos de estructuras no son por sí solas la mejor estructura a la que se pueda adecuar una organización, sino que la estructura se debe ajustar a las necesidades de la organización debido a que “no se cuenta con modelos únicos que puedan servir a diferentes organizaciones, pues cada una debe identificar y alinear las diferentes variables estructurales para hacerlas correspondientes con las demandas del entorno” (Marín y Losada, 2015).

De la misma forma, en las organizaciones de salud, se presenta un contexto complejo que implica un adecuado diseño de estructura organizacional para poder proveer a la población un adecuado servicio de atención primaria en salud, lo cual requiere la coordinación de múltiples disciplinas altamente especializadas que deben trabajar en equipo para desempeñar sus labores. Por ello, el tipo de estructura más común que se presenta en una organización de salud es de tipo funcional, basada en una jerarquía en pirámide, basada en una estructura vertical para administrar los distintos niveles de control de la organización (Buchbinder et al, 2019).

En esta estructura, “también llamada en forma de U (unitaria), las actividades son agrupadas de la base hacia la cima de la organización en razón en funciones comunes [...], todo el conocimiento y las habilidades relacionadas con actividades específicas están consolidadas, lo cual ofrece un conocimiento muy profundo y valioso para la organización” (Daft, 2019).

A causa del tamaño que puede llegar a presentar una organización en salud, esta estructura es necesaria puesto que permite gestionar de forma coordinada la gran cantidad de servicios que se ofrecen en servicios de salud, ya que, al ser estricta en la cadena de mando, se asegura el cumplimiento de las tareas asignadas por servicios propiciando a que los resultados sean reportados de forma oportuna (Buchbinder et al, 2019).

Sin embargo, esta estructura, presenta debilidades tales como el tiempo de respuesta ante cambios en el entorno, con cargas excesivas laborales que pueden afectar el desempeño y coordinación de la organización (Daft, 2019).

Estas debilidades pueden afectar en los tiempos de espera, resultados diagnósticos y laboratorios, y uno de los más importantes de una organización en salud, la seguridad del paciente (Carroll y Rudolph, 2006).

Esto último es un punto importante al considerar dentro de la estructura organizacional en salud, que requiere de un diseño con objetivos enfocados en seguridad y oportunidad de mejora continua en el sistema, lo cual implica un correcto diseño de la organización de servicios, teniendo como resultado un adecuado desempeño en la prestación de los servicios (Daft, 2019).

Para ello se debe considerar que, en el caso de los servicios de salud, se presenta una interdependencia alta (recíproca) dentro de los servicios de salud; todos los departamentos dentro de una organización en salud intercambian recursos constantemente, como sucede con las interconsultas, referencia o contrarreferencia de pacientes, o la solicitud de estudios de laboratorio o gabinete (Buchbinder et al, 2019; Daft, 2019).

Debido a esta interdependencia, como se señaló, no existe una estructura adecuada que por sí sola cubra a todas las necesidades de las organizaciones en salud, pero el diseño de una estructura híbrida permite tomar distintos enfoques de estructuras, generando flexibilidad dentro de una organización, ya que las desventajas que pueda presentar una estructura por sí misma, se vea apoyada por las ventajas de otra y viceversa (Daft, 2019).

Una de las ventajas de este sistema es que permite una comunicación horizontal, coordinación de servicios e intercambio de conocimiento entre los distintos departamentos, permitiendo un suministro integral de los servicios de salud (Buchbinder et al, 2019).

### **2.3.2 Estructura física de una organización en salud**

La estructura física de una organización, al igual que la estructura social, forman parte del diseño de una organización, por lo que su adecuada implementación es fundamental en el mantenimiento de servicios de calidad y accesibles para la población que requiera servicios de salud, en la que “la forma sigue a la función, y la función define la estructura” (Counte, et al, 2019).

La estructura física de una organización propicia a que los objetivos de la misma sean alcanzados, a través de componentes como geografía organizacional, características arquitectónicas, etc., entendida como “Las relaciones espacio-temporales entre elementos materiales de una organización como sus edificios, ubicaciones geográficas y otros significados simbólicos que encarnan” (Hatch, 2013).

Respecto a la geografía organizacional, esta representa el espacio donde la organización desempeña las diversas actividades a cumplir. Este espacio se ve representado por una extensión y localización geográfica. En las organizaciones de salud, se identifica como pre arquitectura médica funcional al concepto en el que previo a la construcción de una unidad de atención en salud se contemplan las características mencionadas con anterioridad, puesto que de ello depende la accesibilidad de los servicios de salud, así como la cobertura de la misma (Hatch, 2013; Counte et al, 2019).

Posteriormente, otra característica fundamental es el diseño arquitectónico, puesto que permite fomentar espacios de trabajo en el que se presente una cultura organizacional fomentada al trabajo grupal, siendo esto benéfico para las personas que prestan los servicios de salud y los que utilizan los mismos (Hatch, 2013; Counte et al, 2019).

Como ejemplo, en México, en el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud, en el Modelo de Gestión del Hospital Regional de Alta Especialidad, se propone una estructura física relacional, en la que exista una interdependencia entre los distintos profesionales de la salud y estructuras físicas con la búsqueda del cumplimiento de los objetivos institucionales (SSA, 2006).

Debido a esta interdependencia entre los profesionales de salud y las distintas unidades de atención, se debe tener en cuenta que, por la complejidad de un sistema de salud, se presentan distintos tipos de instituciones, y acorde a los niveles de atención, estos se pueden clasificar en unidades de acuerdo al nivel de atención en (INEGI, S/F):

- Primer nivel de atención: clínicas o centros de salud.
- Segundo nivel de atención: hospitales y centros médicos.
- Tercer nivel de atención: hospitales y centros médicos.

Esta clasificación, permite contemplar acorde a la planeación del diseño arquitectónico, la mejor infraestructura para cumplir con los estándares de calidad en la atención en salud, siendo esta una parte muy importante ya que el modelo de la calidad de atención médica de Avedis Donabedian, considera que las dimensiones de estructura, proceso y resultado, son dimensiones a contemplar en la evaluación de la calidad de la atención (Torres y Vásquez, 2015).

Asimismo, en el PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-016-SSA3-2009, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, la infraestructura física, instalaciones, mobiliario y equipo, son elementos básicos para que los prestadores de servicios de salud puedan ejercer con estándares de calidad la prestación de servicios y garantizar la protección de la salud.

Parte de lo establecido con anterioridad se ve ejemplificado en la arquitectura para la salud en América Latina, en donde se menciona que “el mejor sistema de salud no es aquel que favorece la curación más rápida sino el que mantiene a la población más sana, situación multifactorial en donde la arquitectura juega relevante papel no solamente en el diseño de unidades médicas sino en general de todos los espacios de uso público que favorezcan el encuentro social y la convivencia sana y en balance con un medio ambiente igualmente sano” (Bitencourt y Monza, 2017).

En el que se agregaría el papel fundamental que juega la estructura física en una organización en el clima organizacional, el cual al ser favorable permite a los profesionales de salud tener un desempeño

eficiente para sus actividades diarias, que al presentar una alta interdependencia, se requiere de una estructura física que favorezca a un diseño organizacional de esta índole, en la que a su vez los pacientes tengan un beneficio por una adecuada implementación arquitectónica (Kornberger y Clegg, 2004).

Esto último se acompaña de el concepto de sistemas sociotécnicos, entendido como “la interacción de las necesidades técnicas y las humanas para lograr un diseño efectivo de los puestos de trabajo, y combina las necesidades de las personas con la necesidad que tiene la organización de su eficiencia técnica.” (Daft, 2019).

Considerado que, en la actualidad, el área de la salud se encuentra en un gran proceso de desarrollo, innovación y aplicación de la tecnología, implica que el personal de salud se encuentre actualizado y en constante contacto con la tecnología, como se señala en la definición de un sistema sociotécnico (Parra et al. 2015).

Un sistema sociotécnico a pesar de su complejidad en el área de la salud tiene diversas aplicaciones como en el área de telemedicina, salud en el hogar, comunicación entre instituciones de salud, comunicación continua entre distintas jornadas laborales a través de las tecnologías de información en salud (Carayon, 2006).

Existen diversos modelos socioculturales y sociotécnicos aplicados a tecnología de información en salud, dentro de los cuales destaca el modelo de Sittig y Singh, debido a que estudia el diseño, desarrollo y evaluación de tecnologías de información en salud en ocho dimensiones, en el que describen que los componentes sociales influyen en los componentes técnicos, las cuales se describen a continuación (Brunette Y Curioso, 2017; Sittig y Singh, 2010):

1. Hardware, software e infraestructura. Esta dimensión se compone de todos los dispositivos que se encuentran dentro la estructura física de la organización desde la perspectiva tecnológica; en diversas ocasiones, los usuarios no saben de su existencia hasta que estos fallan.
2. Contenido clínico que involucra datos e información. Se describe la importancia de tener almacenados datos clínicos de los pacientes para su posterior uso.
3. Interfaz humano-computadora. La interfaz de los dispositivos debe ser eficiente y de fácil uso, de tal forma que el usuario aproveche el uso de estos tipos de tecnologías.
4. Gente que interactúa de alguna manera con el sistema, incluyendo programadores e, incluso, pacientes. En esta se describe la importancia del conocimiento, habilidad y entrenamiento para el desarrollo de aplicaciones que sean seguras, efectivas y fácil de utilizar.
5. Comunicación y procesos asistenciales. Se determina el flujo de trabajo como una parte importante de la comunicación que se tiene entre los trabajadores de la salud.
6. Características organizacionales, cultura organizacional y políticas internas. Se enfatiza en la importancia de que la estructura organizacional, políticas y procesos afectan directamente la totalidad del modelo establecido por Sittig y Singh.
7. Regulaciones, incluyendo normativas y reglamentos. Se menciona que las fuerzas externas pueden facilitar o afectar, el diseño implementación, uso y evaluación de las tecnologías de información en salud.
8. Monitoreo y evaluación de las consecuencias de la aplicación de las tecnologías de información y comunicación. En esta dimensión se describen las características principales a ser evaluadas constantemente, como lo es la disponibilidad de las tecnologías de información y si estas son utilizadas por clínicos.

Todas estas dimensiones se ven reflejadas en la actualidad en un expediente clínico electrónico, el cual es fundamental para que en la actualidad los profesionales de la salud puedan desempeñar sus actividades, debido a que este permite la interacción entre todas las áreas de atención en salud como es la consulta externa, hospitalización, laboratorios, farmacia, servicios de imagenología, etc. lo cual se presta a un intercambio de información y comunicación constante entre los trabajadores de la salud, como se menciona en la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010.

Por último, el expediente electrónico, independientemente de todos los requisitos propios de la tecnología que debe de cumplir como la disponibilidad, velocidad, seguridad, debe de contemplar un correcto manejo y uso de la información que se genera, siendo esta información conformada por una gran cantidad de datos, conocido big data, ya que en la actualidad, en el mercado en el área de la salud, se desarrollan continuamente expedientes clínicos electrónicos que no cumplen con esta funcionalidad, de la cual se pierde información del paciente repercutiendo en la salud pública (Vázquez et al., 2011; Lenca et al., 2018).

## **2.4 Clima ético organizacional**

### **2.4.1 Conceptos de ética en una organización**

Inicialmente la ética de las organizaciones nace del contexto de la ética de los negocios, enfocada a una ética de responsabilidad social, bajo principios humanos que siguen una perspectiva hacia un beneficio tanto de la organización, como del entorno social en el que se la organización de desenvuelve (Pena, 2004).

Esta relación entre la ética y la responsabilidad social, permiten a las organizaciones evolucionar y afrontar los diversos cambios que se presentan en el ciclo de vida de la misma, de tal manera que la ética organizacional influye directamente en el clima ético organizacional, representada por una cultura de honestidad, disciplina y costumbres hacia una mejora continua (González, 2009).

De tal manera, que la ética organizacional “es un tipo de ética que se aplica a las organizaciones en función de su especificidad. Como disciplina, tiene un doble objeto de estudio: la conducta humana y las implicaciones morales de esa conducta en el resto de personas, el grupo y la sociedad” (Cubillos, 2018).

La ética organizacional al ser estudiada, puede ser abordada en dos grandes vertientes. La primera, ética en las organizaciones, hace referencia al estudio de manera individual de las personas, y como éstas se manifiestan. La segunda, ética de las organizaciones, establece el análisis grupal de las personas que conforman a la organización y la interacción de los valores y principios entre ambos actores, dando forma a la ética organizacional.

De acuerdo a Guillén, citado por Toro y Rodríguez (2017), la ética organizacional es “el análisis de lo que conviene hacer o no hacer para la contribución al propio bien y al de la organización, en busca de la mejora de la calidad humana y el desarrollo de las potencialidades de las personas que las conforman”, en consecuencia “la ética organizacional articula la ética y las organizaciones como sistemas sociales en los cuales convergen personas y se comparten objetivos”.

Teniendo en cuenta la definición anterior, la ética, es el estudio de los conceptos del “bien” y el “mal”, de lo “correcto” e “incorrecto”, y los principios de la aplicación de los mismos, bajo criterios conductuales de las personas. Es decir, son los juicios que establece una persona de manera individual en su actuar lo que conlleva a acciones aceptadas en un contexto de valores morales y valores éticos, que en una organización

son establecidos en los principios y valores en la razón de ser de la misma, y cuyos resultados se ven reflejados en la cultura y clima organizacional (Soto y Cárdenas, 2007).

Además, este estudio entre el “bien” y el “mal”, converge con la moral, encargada de estudios del bien de las acciones humanas, que, desde su etimología, coincide tanto para la ética como la moral, del griego *ethos*, que significa costumbre, sin embargo, en la práctica tanto la ética como la moral, se encuentran implícitas, sobre todo al momento de realizar juicios por razón de que estos sean cuestionados en la identificación de ser correctos ante la sociedad.

Estos resultados se desarrollan de acuerdo a un proceso cognitivo en la toma de decisiones éticas por parte de cada uno de los individuos, que, en su conjunto, forman la ética de la organización. Las categorías del comportamiento ético individual, basadas en las decisiones éticas que toma cada individuo, se estudian acorde a los cuatro componentes de James Rest: conciencia moral, juicio moral, motivación moral y comportamiento moral. En la tabla 1 se muestran los componentes y sus características (Treviño et al., 2006).

Tabla 1. *Componentes del comportamiento ético individual en las organizaciones*

<b>Componente</b>	<b>Descripción</b>
<b>Conciencia moral</b>	Considerado como el primer paso para una toma de decisión ética, que es la identificación de problemas morales, en un contexto en el que el individuo identifica que existe una situación relevante en la circunstancia en la toma de decisiones. En términos generales, las mujeres tienden a tener mejores habilidades en la identificación de problemas éticos, pero que la práctica y experiencia permiten a los individuos tener una mayor sensibilidad en la identificación de estos problemas.
<b>Juicio moral</b>	Establecida por la teoría de Kohlberg, la teoría del desarrollo cognitivo moral, una vez que el individuo es consciente que se presenta un problema ético, los individuos son susceptibles a influencias externas en el pensar entre el bien y el mal, sin embargo, acorde a Treviño, las personas con un alto desarrollo cognitivo moral, son menos susceptibles a ser influenciados en las decisiones del hacer y el comportamiento.  Por tanto, el juicio moral, según Forsyth, se relaciona con la postura individual hacia el relativismo e idealismo, que en el caso de Brady y Wheeler, establecen que se relacionan con el utilitarismo y formalismo individual.
<b>Motivación moral</b>	Es “el grado de compromiso de una persona para tomar el curso de acción moral, valuando los valores morales por encima de otros valores y asumiendo responsabilidades personales para obtener resultados morales”.
<b>Comportamiento ético</b>	Hace referencia a la capacidad de las personas de controlar el locus interno, permitiendo que los individuos observen la conexión entre su comportamiento y los resultados. Lo que con lleva a asumir responsabilidades en su actuar ético de acuerdo a los juicios éticos de lo “correcto”.

Fuente: Treviño, Weaver, y Reynolds (2006).

Acorde a estos componentes, tanto la cultura como el clima organizacional se ven influenciados por la constante toma de decisiones éticas de cada uno de los individuos, en virtud, al ser dirigidas hacia el bien común, se tienen resultados favorables para toda la organización.

De modo que los valores éticos y morales cobran importancia en la contribución del actuar de las organizaciones, hacia elementos que aporten habilidades para resolver situaciones que ameriten realizar un contraste entre el bien y el mal, que permitan dar solución a dilemas éticos hacia las opciones que tengan un beneficio grupal y no individual (Toro, et al., 2017; Villalobos, 2015).

Sumado a los valores éticos, el institucionalismo toma importancia, al permitir que las organizaciones desempeñen actividades acordes a una percepción en general, como correctas, lo cual implica que se realicen y diseñen distintas reglas hacia un actuar enfocado en dar cumplimiento no solo a los requisitos administrativos, sino sociales.

Esto obliga a los distintos actores a tomar decisiones con base en una ética administrativa, entendida “como los principios que rigen a las decisiones y los comportamientos de los administradores para definir si están bien o mal”, de tal manera que el concepto de responsabilidad social realmente tenga una contribución a la comunidad y la sociedad en general.

A su vez, una estructura regida por sistemas formales, como lo es el comité de ética, o el código de ética, permite establecer comportamientos esperados, así como sanciones, de tal forma que se coordinen y apliquen medidas prácticas bajo un enfoque ético, conceptos que en la práctica se ven reflejados en una cultura organizacional, en la que los valores y normas, compartidas por los distintos miembros de la organización, adecuan el comportamiento, permitiendo una interacción interna con actitudes y espacios de buen desempeño, y una adaptabilidad hacia el medio externo, generando relaciones sociales con las distintas comunidades y organizaciones (Daft, 2019).

## **2.4.2 Teorías del comportamiento organizacional**

Inicialmente, se debe de considerar que cada organización es diferente, desde su diseño, estructura, comportamiento, hasta la cultura y clima organizacional, sin embargo, en ocasiones se encuentran similitudes entre las mismas, lo que permite generar modelos o teorías acerca del comportamiento de las mismas (UnADM, S/F).

Ello permite conceptualizar al comportamiento organizacional como “el estudio de las personas y los grupos que actúan en las organizaciones [...], en otras palabras, retrata la continua interacción y la influencia recíproca entre las personas y las organizaciones” (Chiavenato, 2009).

Su estudio se basa en tres niveles jerárquicos: macroperspectiva, entendido como el comportamiento del sistema organizacional, perspectiva intermedia o comportamiento grupal, y microperspectiva, que es el análisis de los individuos (Chiavenato, 2009).

Lo anterior conlleva a que el estudio del comportamiento organizacional, requiera de un análisis multidisciplinario, como lo son la psicología, antropología, economía, sociología, etc., ya que, al tener niveles jerárquicos, cada uno estos requieren un enfoque diferente de explicaciones de todos los involucrados en una organización (Dailey, 2012).

Por tanto, cobra importancia su estudio, puesto que permite identificar aquellos puntos clave para ejecutar una gestión a través de la actitud de cada una de las personas, en el que se basado en cuatro líneas fundamentales, “observar sistemáticamente cómo se comportan las personas en condiciones distintas, entender por qué las personas se comportan como lo hacen, predecir el comportamiento futuro de los empleados, y controlar, al menos en parte, y desarrollar cierta actividad humana en el trabajo” (Molina et al., 2016).

A partir de la necesidad de estudiar las actividades humanas, las teorías del comportamiento permiten explicar el entorno laboral de los individuos y el cómo estas varían en función de la persona y el medio, de tal forma que se tiene un análisis sistemático del comportamiento de una organización (Dailey, 2012).

Existen diversas teorías que explican el comportamiento organizacional, las cuales tienen diversas clasificaciones o agrupaciones, pero que, en un contexto general, describen el comportamiento cognitivo o ambiental de una organización. A continuación, se describe la Teoría X y Y, teoría de las expectativas, teoría del comportamiento de la empresa, teoría evolutiva, teoría de la ecología de poblaciones y la teoría institucional (Aguilar, 2019).

La Teoría X y Y de Douglas McGregor, establece en la teoría X, que a la mayoría de la gente le es desagradable el trabajo, que, de ser posible, evitan el mismo. En contratarte a la teoría X, la teoría Y asume que la gente no es indiferente al trabajo, por lo que se establece que los trabajadores tienen la capacidad de dar cumplimiento a los objetivos y el compromiso con los mismos (Birkinshaw y Goddard, S/F).

Respecto a la teoría de las expectativas de Vroom, se señala que “las personas se motivan a realizar cosas y esforzarse por lograr un alto desempeño para alcanzar una meta si creen en su valor, si están seguras de lo que harán contribuirá a lograrla y saben que una vez que alcance la meta recibirán una recompensa, de tal manera que el esfuerzo realizado ha valido la pena” (Naranjo, 2009).

En cuanto a la teoría del comportamiento de la empresa, de Cyert y March, establece que las organizaciones responden basado en la toma de decisiones gerenciales como una característica clave del comportamiento, remarcando que las organizaciones aprenden por la experiencia con un ajuste a los diversos niveles aspiracionales y en la que Levitt y March agregan que las organizaciones no solo aprenden de sus propias experiencias, también aprenden de otras organizaciones (Greve y Argote, 2015).

Por otra parte, la teoría evolutiva, denominada de esta forma por la teoría evolutiva del cambio económico de Nelson y Winter, menciona que el desarrollo de gradual de las organizaciones se presenta a través del desarrollo de las habilidades individuales, en el que se presenta una búsqueda de técnicas y mejora de lo existente, estableciendo un ambiente de constante aprendizaje (Greve y Argote, 2015; Lovera et al., 2008).

La teoría de la ecología de las poblaciones de Hannan y Freeman, explica que las organizaciones se seleccionan de acuerdo a un mecanismo en el que las mismas se ajustan a su ambiente, permitiendo prosperidad en su desarrollo, la cual se describe como la mortalidad organizacional; se fomenta por una selectividad del entorno hacia las organizaciones (Greve y Argote, 2015; Agüero, 2007).

De igual modo, la teoría institucional de Meyer y Rowan, es un proceso condicionado con factores externos en el que las organización buscan tener un parecido entre sí, como resultado de una “inmersión

normativa de la organización en su contexto y que sus respuestas podrán ser distintas, adoptando distintos arquetipos, por lo que a lo largo de su historia, las organizaciones pueden cambiar de arquetipo”, presentándose un constante dinamismo entre valores e intereses, en respuesta a un cambio al contexto de la organización (Greve y Argote, 2015; Restrepo y Rosero, 2002).

A pesar de que existen diversas teorías que explican el comportamiento organizacional, en general éstas se describen para poder explicar y analizar sistemáticamente el comportamiento de los individuos y grupos dentro de una organización, de tal manera que constantemente se adecue la organización a condiciones eficaces y eficientes para el cumplimiento de sus metas (Chiavenato, 2009).

A su vez, dentro del grupo de las teorías del comportamiento organizacional, se presenta la teoría institucional, la cual “trata de un conjunto de normas y valores intangibles que dan forma al comportamiento, a diferencia de los elementos tangibles de la tecnología y la estructura organizacional” (Daft, 2019).

Este concepto surge a partir de estudios realizados por Parsons, Barnards y Selznick, en el que establecen el concepto de institución en distintos contextos, desde las relaciones externas de la organización hasta como una organización se forma a partir de valores clave establecidos por la sociedad, de lo cual surge el concepto de legitimidad (David et al., 2019).

Debido al entorno externo de las organizaciones, la legitimidad es el elemento central de la teoría institucional y que inclusive permite la unión de este concepto con otras teorías del comportamiento organizacional, ya que generaliza los valores y normas deseados, y como estos repercuten en desempeño de una organización (Esper, 2017; Greve y Argote, 2015).

De modo que la legitimidad “se entiende como la percepción general de la sociedad de que los actos de una organización son deseables, correctos y adecuados dentro del sistema de normas, valores y creencias del entorno” (Daft, 2019).

Por lo tanto, se considera a una organización legitimada cuando su actuar se encuentra a la par de los principios de su entorno, lo cual permite un crecimiento, mantenimiento y supervivencia de las organizaciones, es decir, una adaptación a las reglas (Díez et al, 2010).

De tal manera que la legitimidad de una organización, conlleva a un proceso de institucionalización de las organizaciones que trae consigo cambios reflejados principalmente en el isomorfismo, autoritarismo, y resistencia al cambio, que, de no ser adaptados al entorno interno de la organización, estas pueden afectar su desempeño y en algunos casos, su crecimiento y supervivencia (Zucker, 1987).

### **2.4.3 Cultura organizacional**

Las diversas organizaciones desde un inicio están conformadas por una serie de características, que dan forma e identidad a todos los individuos dentro de la misma. Estas características, son los valores, principios, tradiciones, las cuales se les conoce como cultura organizacional. La cultura organizacional, a pesar de tener diversas definiciones, todas coinciden en la importancia de la misma; es el principal activo de una organización, ya que forma parte del desarrollo organizacional, características que tienden a ser más estables en organizaciones pequeñas, en comparación con las grandes, que inclusive pueden presentar sub-culturas (Segredo, García, León, et al., 2017; Morelos y Fontalvo, 2014).

La cultura organizacional en sí, se conforma por elementos básicos como lo son el conjunto de valores y creencias esenciales, la cultura compartida, e imagen integrada, lo que, a su vez, permite que los miembros de la organización tengan estabilidad social y un compromiso más allá de lo individualista (Morelos y Fontalvo, 2014).

De tal forma, que la cultura organizacional se desarrolla acorde a componentes, que no necesariamente se presentan al mismo tiempo, pero que al identificarlas, permite no solo describir y definir a la cultura organizacional, sino analizarla e inclusive medirla (Patlán, 2019).

Estos componentes son los objetivos y subjetivos. Dentro de los componentes objetivos, se presentan las prácticas, los símbolos, lemas, y a los valores establecidos por la empresa. En los componentes subjetivos se ven reflejadas las distintas creencias y percepciones de los miembros, así como los comportamientos que se consideran correctos e incorrectos.

Otros autores, como Cameron y Quinn, mencionan que la combinación de los diversos componentes, establecen cuatro tipos de cultura organizacional (Vivanco y Franco, 2012):

- **Clan:** es una cultura enfocada en el trabajo en equipo, en el que se beneficia por un liderazgo gerencial, encaminado a formar lazos de confianza y participación abierta.
- **Adhocracia:** se enfoca en promover la innovación constante, así como el compromiso al cambio continuo, bajo un contexto de experimentar o probar.
- **Jerarquía:** se basa en la estandarización de los procesos, definido por normas; busca el cumplimiento de objetivos.
- **Mercado:** toma su entidad hacia los resultados, con una gerencia basada en la competitividad y el cumplimiento de objetivos.

Estos tipos de organización son algunos de los tipos de “identidad” de una organización que pueden clasificarse, puesto que la identidad de una organización, está conformada tanto por los valores escritos de la empresa, como los valores de cada individuo, siendo la unión de ambos el ambiente social que se presenta (Rivera, et al., 2018).

Por último, se señala que “la cultura organizacional es un subsistema complejo que funciona dentro de otros dos sistemas también complejos: organización y contexto”, lo cual conlleva a que la cultura organizacional se ajuste continuamente al comportamiento que adquiere la organización en distintos momentos (Carrillo, 2016).

#### **2.4.4 Conceptos de clima organizacional**

Existen diversas definiciones de clima organizacional, que, en su conjunto, coinciden en que son características del medio ambiente laboral que perciben los trabajadores (Sandoval, 2004).

Este ambiente es visto como un espacio compuesto por individuos, y el espacio físico de la organización, que se conforman por aspectos sociales, técnicos, directivos, relaciones entre clientes y operaciones, acompañándose de relaciones laborales (Salazar et al., 2009).

De tal manera, que el clima organizacional “nace de la idea de que el hombre vive en ambientes complejos dinámicos, puesto que las organizaciones están compuestas de personas, grupos y colectividades que generan comportamientos diversos y que afectan ese ambiente”. Dado lo mencionado con anterioridad, el clima organizacional es “el resultado de la forma como las personas establecen procesos

de interacción social y donde dichos procesos están influenciados por un sistema de valores, actitudes y creencias, así como también su ambiente interno” (García, 2009).

El clima organizacional se presenta cuando las distintas percepciones de los trabajadores, se comparten entre sí, del cual se pueden realizar mediciones en torno al nivel de acuerdo perceptual entre los empleados (Chaudhary et al., 2014).

Las percepciones que se presentan en el clima organizacional, están compuestas por distintos determinantes, como ambiente físico, características estructurales, ambiente social, características personales y comportamiento organizacional (Salazar et al., 2009).

Debido a que estos componentes varían de acuerdo a cada organización, diversos autores, han desarrollado modelos para poder medir la percepción de una organización, según sus dimensiones o características que pueden ser medidas. Dentro de estos modelos se presentan el modelo de Likert, Pritchard y Karasick, Bowers y Taylor, Litwin y Stringer, entre otros (Sandoval, 2004).

Litwin uno de los primeros autores en establecer el concepto de clima organizacional, bajo el concepto de “clima laboral de la unidad de trabajo” determinó que el clima consta de seis dimensiones: claridad, compromiso, estándares, responsabilidad, reconocimiento y trabajo en equipo. El autor menciona que las dimensiones descritas no son las únicas que se pueden presentar en el clima organizacional, ya que, al basarse en datos, reconoce que se pueden obtener más dimensiones, siendo el clima organizacional de causa-efecto; cuanto más positivo es el clima, mayor es la probabilidad de un mejor desempeño individual y organizacional (Schneider y Barbera, 2014).

De esta hipótesis surgió el modelo de Burke-Litwin, el cual parte de la teoría de sistemas abiertos y se describe como: “proporciona un contexto y marco para comprender cómo el clima de unidad de trabajo y cultura organizacional interactúan y son interdependientes con distintas dimensiones de una organización, especialmente desde un sistema socio-técnico y perspectiva de cambio” (Figura 2) [Schneider y Barbera, 2014].

Por tanto, el clima organizacional se encuentra abierto a un cambio constante y dinámico, en el que las organizaciones deben de adaptarse constantemente de acuerdo al entorno externo e interno que puedan presentarse, en vista de que, de acuerdo al comportamiento de los individuos dentro de la organización, se busque fomentar la práctica de mejora en las conexiones entre resultados y el clima organizacional (Schneider y Barbera, 2014).

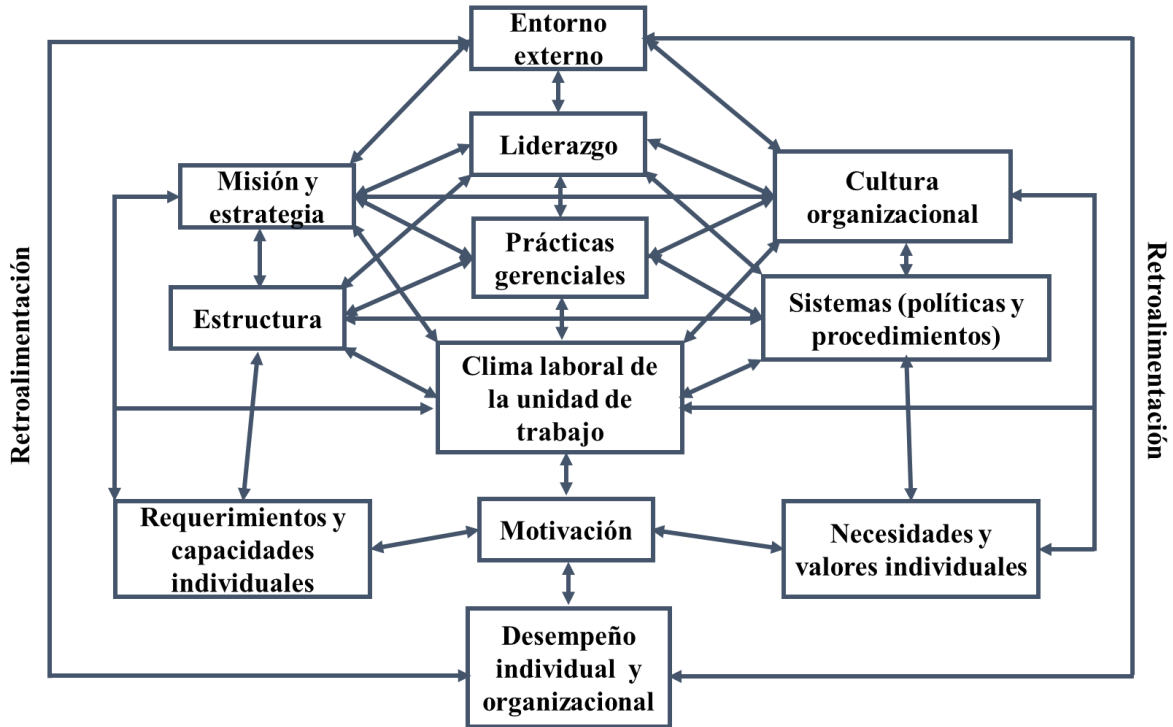


Figura 2. Modelo de Burke-Litwin.

Fuente: Modificado de Schneider Benjamin Y Barbera Karen M. (2014).

## 2.4.5 Conceptos de clima ético organizacional

Desde distintas vertientes se puede definir al clima ético organizacional, siendo en algunos casos con un enfoque de la bioética. En los distintos conceptos que se presentan, Arango (2011), comenta lo siguiente: “El estudio del clima ético se ha convertido en un asunto de obligatorio abordaje para la bioética, que se enfrenta al reto de buscar climas éticos que promuevan la coherencia entre lo que las organizaciones sanitarias dicen ser y hacer y lo que efectivamente son y hacen”, partiendo de la necesidad de medir el clima ético que se puede presentar en las organizaciones de salud.

Entendiendo al clima organizacional como “el conjunto de características predominantes en el ambiente interno en que opera la organización, las cuales ejercen influencia sobre las conductas, creencias, valores y percepciones de las personas, determinando su comportamiento y sus niveles de satisfacción” (Bernal et al., 2015). Es importante considerar esta definición y acoplarlo en la práctica con el rol de la bioética puesto que esto permite identificar al ambiente en el que se desempeña una organización, considerando valores, creencias y fines que permitan ejercer un nivel óptimo de calidad en la prestación de servicios de salud, acompañado de una resolución de conflictos relaciones a la administración de las organizaciones de salud, en las tres dimensiones que se puedan presentar: ética clínica, profesional y de negocios (Arango, 2011; Bernal et al, 2015).

Es así como en la práctica se permea la definición de clima ético organizacional de la siguiente manera: “el clima ético organizacional define la organización en sus relaciones internas y externas y le permea como un todo. A través de las declaraciones, de la misión, de los códigos de ética y las políticas

sobre asuntos particulares es que se articula el clima ético, afectando así las actitudes y actividades de las personas de la organización” (Arango, 2011).

De la misma manera, este clima organizacional se conforma por un sistema de salud establecido bajo directrices de políticas públicas en salud, que tratan de generar una cobertura universal en salud, entendida la salud como un derecho de toda persona. Para poder cumplir con las metas de una atención universal, se requiere de un uso óptimo de recursos humanos, suministros de medicamentos e insumos de salud; la gestión de este contexto es un reto para todo sistema de salud (Gómez, 2017).

### 2.3.5 Medición del clima ético organizacional en salud

El clima ético organizacional, al igual que la cultura organizacional y el clima ético per se, presentan dificultad en la manera que se pueden medir, principalmente por sus características enfocadas más hacia la percepción de cada uno de los individuos de una organización (Carrillo, 2016).

Dentro de las herramientas o instrumentos disponibles para la medición del clima ético organizacional, enfocado en el área de la salud, se presentan aquellos que permitan mejor la percepción de prácticas y procedimientos, opiniones de los miembros de la organización, etc. (Arango, 2011).

Entre los instrumentos que miden la percepción, se desglosa para el presente estudio, la Encuesta de Clima Ético de Olson (Olson, 1998), la cual utiliza escala Likert de cinco opciones de respuesta considerado como un clima ético favorable, con un promedio mayor a 3.5. La estructura de la encuesta se conforma por 26 ítems, los cuáles se agrupan en 5 factores: compañeros (colegas), pacientes, jefe, hospital, y médicos.

Estos factores, al tener una clasificación global, y grupal, permiten identificar ventanas de oportunidad para mejorar, lo que trae beneficios tanto para la organización, como para los pacientes. Sin embargo, se debe tener en consideración que la encuesta fue diseñada para aplicación al personal de enfermería, situación que se debe ajustar a todos los profesionales de la salud, ya que el ambiente laboral, se ve influenciado por diversos grupos y departamentos dentro de una unidad hospitalaria.

## 2.5 Conceptos de diseño organizacional en salud

El diseño organizacional tiene múltiples definiciones en la que se considera a la misma como un proceso que permite integrar a todas las partes que conforman a la organización con el objetivo de cumplir las metas (Carroll y Rudolph, 2006). Chiavenato (2009), define el diseño organizacional como “el proceso de construir y adaptar continuamente la estructura de la organización para que alcance sus objetivos y estrategias. Representa la interrelación entre los órganos y las tareas dentro de una organización [...]”.

Por este motivo, es un proceso complejo por la dificultad en la integración de múltiples variables que conforman al diseño como: factores ambientales, dimensiones anatómicas de la organización, aspectos de las operaciones y consecuencias conductuales (Chiavenato, 2009).

De manera que, el conjunto de estas variables se puede caracterizar en dos grandes grupos: las dimensiones estructurales (dimensiones internas de la organización) y los factores contingentes (elementos que influyen en las dimensiones de la organización) [Daft, 2019].

Estas dimensiones asumen el supuesto de que las organizaciones se encuentran en constante crecimiento y evolución en un entorno cambiante, lo que conlleva a que las organizaciones experimenten cambios cíclicos y ajustes acorde a las necesidades que se presenten (Carroll y Rudolph, 2006).

Dentro de estas dimensiones estructurales, se han descrito con diversas posturas aquellas que se presentan con mayor frecuencia dentro de una organización. A continuación, se desglosan estas dimensiones ((Hinings y Lee, 1971; James y Jones, 1976; Daft, 2019, Chiavenato, 2009):

- Especialización: división del trabajo dentro de la organización.
- Estandarización: regulación de los procesos.
- Formalización: documentación escrita de reglas, procesos, instrucciones y comunicados.
- Centralización: nivel jerárquico de la autoridad para realizar decisiones que afectan a la organización.
- Configuración: niveles jerárquicos y subdivisiones.
- Tradicionalismo: costumbres legitimadas y procesos burocráticos.
- Interdependencia: grado de tarea de interdependencia y autonomía respecto a las funciones intraorganizacional.

Estas dimensiones hacen énfasis en la división interna del trabajo en la organización, los procedimientos, el nivel jerárquico de la autoridad y la forma en la que se distribuyen las distintas tareas y actividades a desempeñar (Hinings y Lee, 1971).

Se debe considerar que las organizaciones pueden experimentar cambios que fomenten a la estabilidad de la misma, como es la centralización para establecer funcionalidad, seguido de una descentralización para fortalecer la flexibilidad y compromiso con la organización (Carroll y Rudolph, 2006).

La estructura de una organización está estrechamente relacionada con el contexto en el que funciona, y gran parte de la variación en la estructura organizativa podría explicarse por factores contextuales. Muchos de estos factores, incluido el tamaño, la tecnología, estatuto organizacional o función social, e interdependencia con otras organizaciones, influyen directamente en el funcionamiento de la misma (Pugh et al., 196; James y Jones, 1976).

A estos factores se les conoce como factores contingentes dentro de los cuales se presentan (Daft, 2019):

- Tamaño: hace mención principalmente al número de empleados.
- Tecnología: son las herramientas, técnicas y acciones para generar productos.
- Entorno: son elementos externos a la organización como el gobierno, proveedores, compradores, etc.
- Metas: definen el alcance de las operaciones y relación con los empleados.
- Cultura: conjunto de valores, creencias y normas que comparten los empleados.

Puesto que los factores estructurales y los factores contingentes son interdependientes; de acuerdo a la selección y aplicación de los mismos, se clasifica al diseño organizacional en un diseño mecanicista u orgánico (Chiavenato, 2009; Daft, 2019).

A grandes rasgos, un diseño mecanicista se conforma por entornos estables y pocos cambios, lo que la caracteriza por reglas, procesos, estandarización y niveles marcados en la toma de decisiones. Contrario a esto, el diseño orgánico se adapta a un entorno cambiante y dinámico, caracterizado por

adaptabilidad, flexibilidad en los empleados, permitiendo la aplicación de la creatividad y libertad en la toma de decisiones (Chiavenato, 2009; Daft, 2019).

Respecto a la aplicación del concepto de diseño organizacional en las organizaciones en salud, tradicionalmente los hospitales se conforman por departamentos clínicos y unidades funcionales, en el que las tareas se desempeñan acorde a la especialización, procesos, políticas y argumentos éticos que propician a un entorno mecanicista en una organización en salud (Vera y Kuntz, 2007).

Sin embargo, deben existir enlaces verticales y organizacionales (interdepartamentales) para conectar las funciones. Así mismo acorde a la naturaleza, complejidad y rapidez, cada área se debe realizar una “microestructura”, p. ej debido a la naturaleza del área de emergencias debe adoptar un modelo más orgánico de “ajuste mutuo” (entre laboratorio, rayos X, diagnóstico, farmacia, etc.), mientras el área de atención clínica puede tener una coordinación secuencial con los consultorios, médicos y farmacia, menos rápida y en comparación con urgencias.

Debido a lo mencionado con anterioridad, en la actualidad se encuentran en desarrollo distintos modelos para modificar el diseño organizacional de una organización en salud, orientado hacia una atención integral, que obliga a las organizaciones a dar solución a la problemática interna con procesos de interdependencia y toma de decisiones en todos los niveles jerárquicos de la organización (Fiorio et al., 2018).

Simultáneamente, Una organización en salud, tiene como actividad principal brindar una atención tanto asistencial como económica, encaminada a dar cumplimiento a las políticas en salud, es decir, brindar un estado de salud favorable para la sociedad, lo cual se refleja en un bienestar social (Lemus et al., 2009; Román, 2012).

Para ello, una organización en salud tiene características que permiten brindar servicios de salud que la distinguen de otras organizaciones, tanto en sus procesos de regulación por parte del gobierno, hasta sus servicios constantes, que inclusive ante desastres naturales, no pueden dejar de funcionar, por lo que su estructura física y social, permiten atender pacientes ante cualquier contexto (Terán et al., 2017; OPS, S/F).

Estás características son cinco variables esenciales: financiación, mecanismo de pago, organización, regulación y comunicación social, que implica una coordinación y comunicación constante entre pacientes, profesionales de la salud, proveedores, gobierno y sociedad para que se brinde un servicio de calidad adecuado (Lemus et al., 2009).

En la práctica, una organización al dar cumplimiento a las cinco variables esenciales, “responden a las demandas sociales generando soluciones que garanticen la satisfacción de todos los grupos de interés” (Terán et al., 2017).

Otra de las características que identifican a una organización de salud, es la responsabilidad social que asumen, ya que la misma es un reto constante, puesto que todas las decisiones que se realizan, se deben ejecutar en un contexto basado en la ética de forma multidisciplinaria, intersectorial e integral, principalmente entre los profesionales de la salud, administrativos y el gobierno, ya que las decisiones que tomen, repercuten directamente en el estado de salud de la población (Robles et al., 2017).

## **Capítulo III. Marco contextual**

### **3.1 Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024**

#### **3.1.1 Presupuesto federal de egresos en salud (2018-2020)**

De acuerdo al Plan de Desarrollo de México 2019-2024, el sector salud, requiere una modificación sustancial el acceso a los servicios de salud, de tal manera que la población tenga una cobertura universal, en el que se garanticen terapias y tratamientos, sin importar que la población tenga o no una afiliación, puesto que es un derecho que tiene la población mexicana (Presidencia de la República, 2019).

Para ello se requiere un presupuesto que permita ejecutar los proyectos, que acorde a cifras del Presupuesto de Egresos de la Federación 2018, se tuvo un gasto neto total en pesos mexicanos de 564,935.7 millones de pesos, correspondiente al 12.8% del porcentaje del presupuesto, siendo 1.5% mayor al año 2017, teniendo como objetivo principal, la cobertura de 53.5 millones de afiliados al seguro popular (SHCP, 2018).

Según cifras de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) (2021), el gasto público en % del PIB en salud, para el año 2018 fue de 2.8%, en el que se presentó un gasto en porcentaje para la población con seguridad social del 54.2%, y 45.8% para la población sin seguridad social, con una relación de gasto federal-estatal para población sin seguridad social del 80.9% para el Gobierno Federal y 19.1% para el Gobierno Estatal.

En el año 2019, estas cifras tuvieron un aumento del 1.7% respecto al año 2018, con 591,168.4 millones de pesos mexicanos (SHCP, 2019).

Respecto al año 2020, de acuerdo a Transparencia Presupuestaria (2020), el gasto programable correspondiente a salud se distribuyó en dos grandes grupos: salud para todos 226,252.2 millones de pesos mexicanos, y seguridad social y salud a derechohabientes 1, 305,708.6 millones de pesos mexicanos.

Debido al papel que juegan las unidades hospitalarias durante la pandemia por COVID-19, el gasto del presupuesto Federal en México en protección social, seguridad social y cobertura de salud, presentó un importante incremento de 36.4% de 2019 a 2021 (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2022).

### **3.2 El contexto global de la pandemia por COVID-19**

#### **3.2.1 Epidemiología del COVID-19**

Pertenecientes a la taxonomía de virus, de la familia Coronaviridae, los coronavirus tienen una amplia capacidad de producir diversas enfermedades, dentro de las que destacan las respiratorias, entéricas, hepáticas y neurológicas (Aragón et al., 2019).

La enfermedad COVID-19 (2019 coronavirus disease) producida por un coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo 2 (SARS-CoV-2) causó una emergencia sanitaria a nivel mundial así declarada por la Organización Mundial de la Salud en enero de 2020 (Aragón et al., 2019; Patel et al., 2020). La capacidad de transmisión del virus se produce por capacidades de resistencia por parte del virus, encontrándose SARS-Cov-2 en forma de aerosol hasta 3 horas, estable en superficies de plástico y acero hasta 72 horas, siendo las principales vías de transmisión del virus por contacto y gotículas, aérea y fómites ((Patel et al., 2020; OMS, 2020). De acuerdo a la OMS “el SARS-CoV-2 puede transmitirse por contacto directo, indirecto, o estrecho con personas infectas a través de las secreciones contaminadas que se expulsan cuando una persona infectada tose, estornuda, habla o canta” (OMS, 2020). A su vez, el virus se puede propagar por la diseminación en aerosoles en el aire, que tiene una repercusión en espacios cerrados

y concurridos, como restaurantes, salas de conferencia, iglesias, centros comerciales, etc., características que por su naturaleza son las causantes de la pandemia (Morwaska y Cao, 2020; Tang et al., 2020)

De acuerdo con la OMS, a nivel mundial, para el cierre al día 14 de septiembre de 2022 se presentan 607,083,820 casos confirmados por COVID-19, y 6,496,721 defunciones, con comportamientos distintos de acuerdo a los países, como lo es México, país que presenta el 1.16% de casos confirmados según el total de casos a nivel global, pero que en comparación con otros países de Latinoamérica, tiene un porcentaje de defunciones de acuerdo a casos confirmados elevado de 4.67%, en comparación con Brasil, Colombia y Argentina. En la tabla 2 se desglosan el resto de los resultados tomando como país referente a Estados Unidos (WHO, 2022).

Tabla 2. Casos confirmados y mortalidad por COVID-19 en países de América Latina

País	Población 2021	Total de casos confirmados acumulados	Total de defunciones acumuladas	Porcentaje de casos confirmados de acuerdo a población	Porcentaje de defunciones de acuerdo a casos confirmados	Porcentaje de casos confirmados de acuerdo a casos confirmados globales	Porcentaje de defunciones de acuerdo a defunciones globales
Argentina	45.60	9.70	0.13	21.27	1.34	1.60	2.00
Brasil	214.00	34.53	0.68	16.14	1.98	5.69	10.54
Colombia	51.30	6.30	0.14	12.29	2.25	1.04	2.18
Estados Unidos	332.90	9.41	1.04	2.83	11.05	1.55	16.01
México	130.30	7.06	0.33	5.42	4.67	1.16	5.08
Global	7,875.00	607.08	6.50	7.71	1.07	100	100

Fuente: UNFPA (2021); WHO (2022). Nota: Población, casos y defunciones en millón de habitantes.

En general, hasta la fecha mencionada con anterioridad, a pesar de las medidas reportadas desde inicios de la pandemia, como lo es el distanciamiento social, lavado de manos y uso de cubrebocas, la población se encuentra en riesgo constante debido a las comorbilidades presentes, las cuales aumentan la probabilidad de padecer COVID-19 severo, como lo son las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y obesidad (WHO, 2018; WHO, 2021, OMS, 2021, PAHO, 2021).

Dentro de las comorbilidades presentes en México para el año 2016, se observa mayor porcentaje de mortalidad por diabetes en comparación Estados Unidos, Colombia, Brasil y Argentina, con un porcentaje similar para enfermedades cardiovasculares (Tabla 3). A su vez, como se observa en la tabla 4, la obesidad tiene un porcentaje importante para la población adulta afectando principalmente a mujeres (WHO, 2018; WHO, 2021).

Tabla 3. *Carga de enfermedades no transmisibles en el año 2016*

País	Población	Total de defunciones por ENT	Porcentaje de mortalidad		
			enfermedades cardiovasculares	cáncer	diabetes
Argentina	43,847,000	328,000	28	20	3
Brasil	202,700,000	975,400	28	18	5
Colombia	48,653,000	211,400	30	20	3
Estados Unidos	322,200,000	2,474,000	30	22	3
México	127,500,000	521,800	24	12	15

Fuente: WHO (2018). Nota: \*ENT: Enfermedades no transmisibles

Tabla 4. *Porcentaje de obesidad en adultos en el año 2016*

País	Ambos sexos	Femenino	Masculino
Argentina	28.3	29.0	27.3
Brasil	22.1	25.4	18.5
Colombia	22.3	26.6	17.6
Estados Unidos	36.2	35.5	37
Mexico	28.9	32.8	24.3

Fuente: WHO (2021)

Es importante señalar, que en América Latina y El Caribe de acuerdo a la OPS (2020), el 62% de los casos reportados por COVID-19 presentaban al menos una comorbilidad, siendo las comorbilidades más comunes la diabetes (40%), enfermedades cardíacas (36%) y enfermedades pulmonares (12%), lo cual aumenta considerablemente el riesgo por mortalidad, contexto en el que un exceso de mortalidad, representa un desafío por una saturación de los servicios de atención que se exacerba por otras afecciones, así como un aumento en el estrés para los profesionales de la salud.

### 3.2.2 Dimensiones socioeconómicas afectadas

En términos generales, el virus ha afectado directamente a tres dimensiones: económica, social y sistema de salud. Respecto a las modificaciones en la economía global, debido a las características de transmisión del COVID-19, las medidas que los distintos gobiernos han realizado, como el cierre de fronteras, escuelas, políticas de aislamiento social, restricción de movimiento poblaciones, etc., se ha presentado un aumento en el desempleo, una reducción de la demanda de bienes y servicios, con una

reducción del comercio de bienes del 17.7% en comparación de mayo de 2020 con mayo de 2019 (Maliszewska et al., 2020; CEPAL, 2020).

Asimismo, se presentó una contracción del PIB en América Latina y el Caribe de -7.1%, generando una caída en el empleo y un aumento en la tasa en promedio de desocupación del 10.5%, además se muestra una evidencia una relación negativa entre los precios de las acciones a nivel mundial con la exposición a COVID-19 (Naciones Unidas México, 2021; Maliszewska et al., 2020; Baber, 2020).

Correspondiente a lo social, se describen cambios en los estilos de vida, principalmente en los hábitos alimenticios, actividades físicas, acceso a entornos públicos, y actividades sociales. Estos entornos repercuten directamente en la salud mental de la población, principalmente por histeria, ansiedad, angustia y sensación de pérdida de control, lo cual se intensifica si los individuos, e inclusive familias, presentan pérdidas financieras, lo cual puede llevar a una inestabilidad en el comportamiento social (Chopra et al., 2020; Dubey et al., 2020).

Similar a lo anterior, en el sistema de salud, los profesionales de la salud se han visto afectados por una carga laboral exhaustiva, carga que pudo llevar a errores médicos y baja productividad. En una revisión bibliográfica realizada por Shreffler et al. (2020), identificaron que se presenta un aumento en estrés, ansiedad y síntomas depresivos en los profesionales de la salud, que en algunos casos se acompaña de “burn out”, principalmente por el temor al contagio de familias, lo cual representa una carga para la salud mental y el bienestar.

En resumen, la pandemia por COVID-19 ha repercutido en distintos niveles, tanto a nivel social, como individual, que se ve reflejado en un bajo bienestar en términos generales, a nivel mundial y no solo en un país en específico. Es un reto al que se enfrenta la humanidad; se debe de tener en consideración, que la adaptación al entorno es una parte fundamental para poder sobrellevar la problemática actual (Organización Panamericana de la Salud y Organización mundial de la Salud, 2021).

### **3.2.3 Semáforo COVID-19**

A causa del COVID-19, en México se realizó un semáforo de riesgo epidémico de COVID-19, con la finalidad de estimar los riesgos acorde a la magnitud y temporalidad de cada uno de los territorios de México, ya sea en ciudades, municipios, zonas metropolitanas o estados; debido a la dinámica de cada una de las entidades, la epidemia tiene un distinto comportamiento entre las mismas, pues en ocasiones el riesgo puede verse reflejado en la misma magnitud, pero por distintos indicadores (SSa, 2020).

Para ello, el semáforo se compone de 10 indicadores que acorde a la Secretaría de Salud (2020) son:

1. Tasa de reproducción efectiva ( $R_t$ ) de COVID-19;
2. Tasa de incidencia de casos estimados activos por 100 mil habitantes;
3. Tasa de mortalidad por 100 mil habitantes;
4. Tasa de casos hospitalizados por 100 mil habitantes;
5. Porcentaje de camas generales ocupadas en los hospitales de la Red hospitalaria para la atención de IRAG (Red IRAG);
6. Porcentaje de camas con ventilador ocupadas en los hospitales de la Red IRAG;
7. Porcentaje semanal de positividad al virus SARS-CoV-2;

8. Tendencia de casos hospitalizados por 100 mil habitantes;
9. Tendencia de casos de síndrome COVID-19 por 100 mil habitantes, y;
10. Tendencia de la tasa de mortalidad por 100 mil habitantes.

Las instituciones encargadas de la elaboración del semáforo, que implica un proceso de registro, análisis, revisión y publicación, con la Subsecretaría de Prevención de Promoción de la Salud, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Centro de Investigación en Matemáticas, y el Instituto Nacional de Salud Pública, quienes, a través de los indicadores mencionados, establecen la estimación de riesgo epidémico COVID-19 en:

- Bajo (Verde)
- Moderado (Amarillo)
- Alto (Naranja)
- Máximo (Rojo)

De esta clasificación surgen las actividades específicas que puede llevar a cabo la ciudadanía, considerando siempre las medidas básicas de prevención como lo es la sana distancia, lavado de manos y uso correcto del cubreboca (SSa, 2020).

### 3.3 Las organizaciones de salud en México

#### 3.3.1 Sistema de Salud de México

Un sistema de salud, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2003) “abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud”. Dentro de estas organizaciones, se ven involucrados distintos actores; desde el personal encargado de la prestación de servicios de salud, hasta la comunidad, en la que la relación entre ambos, fomentan a una adecuada atención primaria en salud (Figura 3).



Figura 3. Sistema de salud basado en la atención primaria.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2003.

Los sistemas de salud, bajo una acción rectora por parte de los respectivos gobiernos, propician que las funciones en los sistemas de salud se ejecuten conforme lo establezcan las políticas de salud, de tal manera que la prestación de servicios sea equitativa y no excluyente, contexto en el cual se ve involucrada la ética (OMS, 2003).

No obstante, los sistemas de salud para poder dar una prestación de servicios de salud afrontan retos en mantener una sustentabilidad en la prestación de los mismos, bajo un concepto de “racionalidad” de costos, en el que acorde a la capacidad económica, se puedan implementar diversas medidas que eviten barreras y se tenga un acceso universal en salud (Lega et al., 2013).

Para ello los sistemas de salud buscan cumplir con los siguientes objetivos fundamentales de desempeño (Murray y Frenk, 2000):

1. Mejorar la salud: aumentar el estado de salud y reducir las desigualdades en salud.
2. Aumentar la capacidad de respuesta en las expectativas de la población: respeto, confidencialidad y autonomía de las personas para que decidan sobre su propia salud, y orientación sobre el uso de los servicios de salud.
3. Asegurar equidad financiera: cada familia paga por una parte justa del total del gasto en salud de un país, buscando que las familias pobres no realicen pagos.

Esto implica que los sistemas de salud, ejecuten la función rectora, de generación de recursos, prestación de servicios y financiamiento de manera efectiva, equitativa, con prestación de servicios que respeten la dignidad de las personas (OMS, 2000).

En México, el sistema de salud, se considera que se encuentra fragmentado y segmentado, por los distintos aseguradores que existen, que actúan de manera independiente y acceso no equitativo para toda la población, este acceso depende de la capacidad laboral y de pago de las familias (OPS, S/F).

De acuerdo con INEGI (S/F), la clasificación de las instituciones de salud, se maneja principalmente en tres grandes grupos:

- Instituciones de Salud del sector público
- Instituciones de Salud del sector privado
- Aseguradoras, bancos y otras instituciones de prepago de servicios médicos

Estas instituciones de salud se agrupan en dos sectores, público y privado (Figura 2). El sector público se conforma por las siguientes Instituciones (Dantés et al., 2011):

- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- Petróleos Mexicanos (PEMEX)
- Secretaría de la Defensa (SEDENA)
- Secretaría de Marina (SEMAR)
- Secretaría de Salud (SSa)
- Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), que sustituye al Seguro Popular.

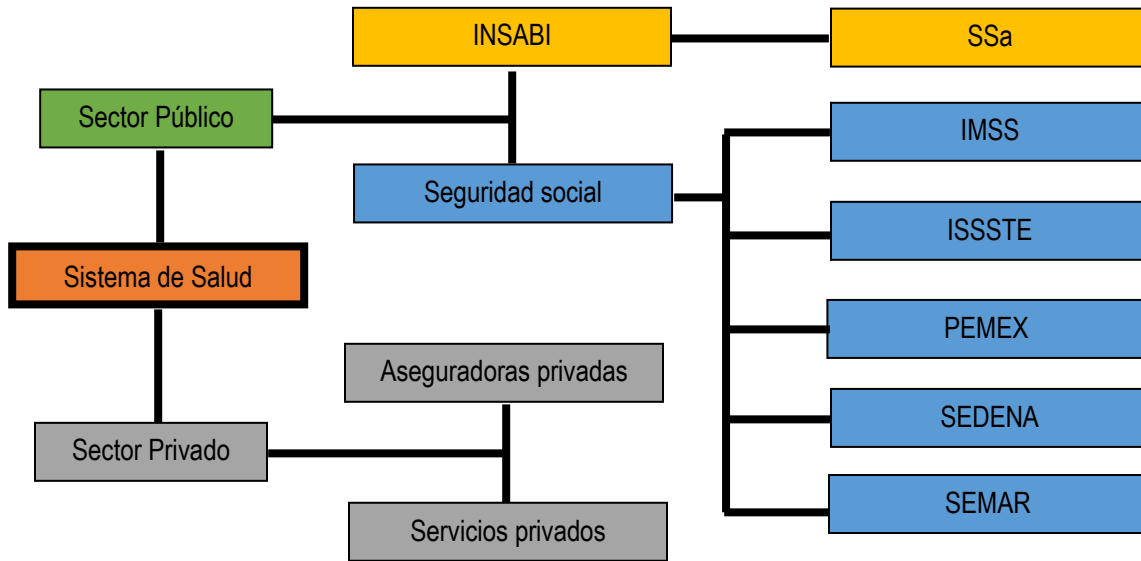


Figura 4. Sectores público y privado del Sistema de Salud de México.  
Fuente: Información a partir de Dantés et al., 2011.

Dentro del sector privado se encuentran las compañías aseguradoras, y prestadores de servicios privados, en las que, a través de pago por evento, o seguros especializados en salud (esquemas de prepago) se hace el uso de los servicios por parte de los pacientes, que, además, los servicios de salud de instituciones públicas también hacen uso de servicios de salud privados. (Dantés et al., 2011; Giedion et al., 2010).

En el que se puede clasificar a los grupos beneficiarios en trabajadores asalariados, autoempleados o sector informal y población con capacidad de pago, siendo los servicios ofertados por las diversas instituciones financiadas por contribuciones de los empleados, obreros, y gobiernos, en los que el gobierno federal, a través de la SSa, ejerce la función rectora dentro del sistema de salud con la finalidad de coordinar y regular actividades de la atención a la salud, y evaluación de servicios, programas y políticas (Dantés et al., 2011).

Las actividades de la SSa, se desempeñan por una organización dirigida y coordinada por un secretario de salud, con apoyo de la Dirección General de Asuntos Jurídicos, Dirección General de Comunicación Social, Contraloría Interna en la Secretaría de Salud y la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud, acompañado de órganos desconcentrados, en las cuales se encuentra la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la Comisión Federal para la protección contra Riesgos Sanitarios. Que se acompaña de diversas subsecretarías la división de tareas y objetivos, encaminados a mejorar el estado de la población de México (Anexo 1) (SSa, S/F).

Además, para ejecutar las acciones encaminadas al mejoramiento de la salud, el sistema de salud mexicano, de acuerdo a la SSa con datos estimados de 2018, las instituciones públicas de salud cuentan con (DGIS, S/F):

- 139,581 camas totales
- 1,395 hospitales
- 77,523 consultorios

- 4,161 quirófanos

Las instituciones de salud como se observa en la figura 5, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) para el año 2020, tienen un total de 92, 582,812 derechohabientes (INEGI, 2020), siendo la institución más representativa, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), seguido por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

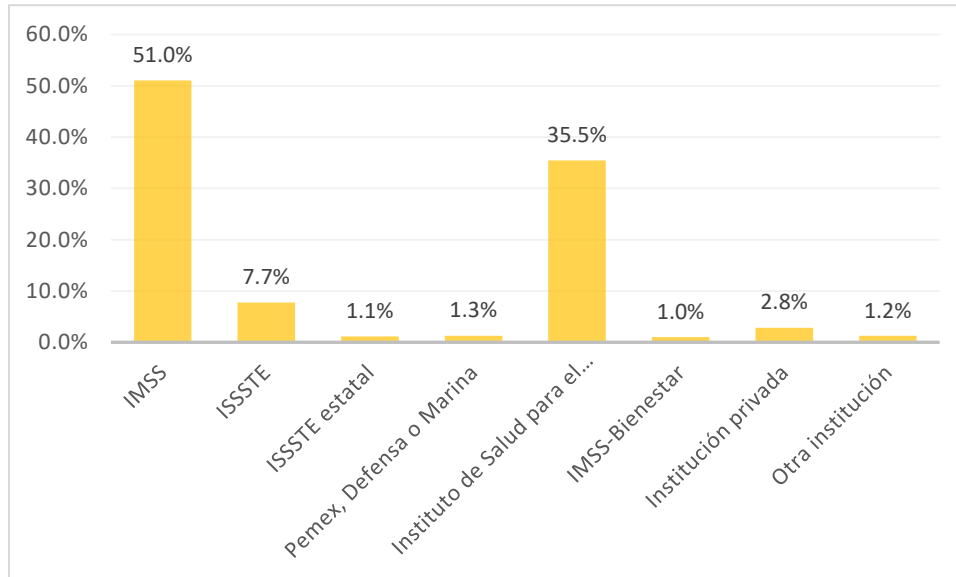
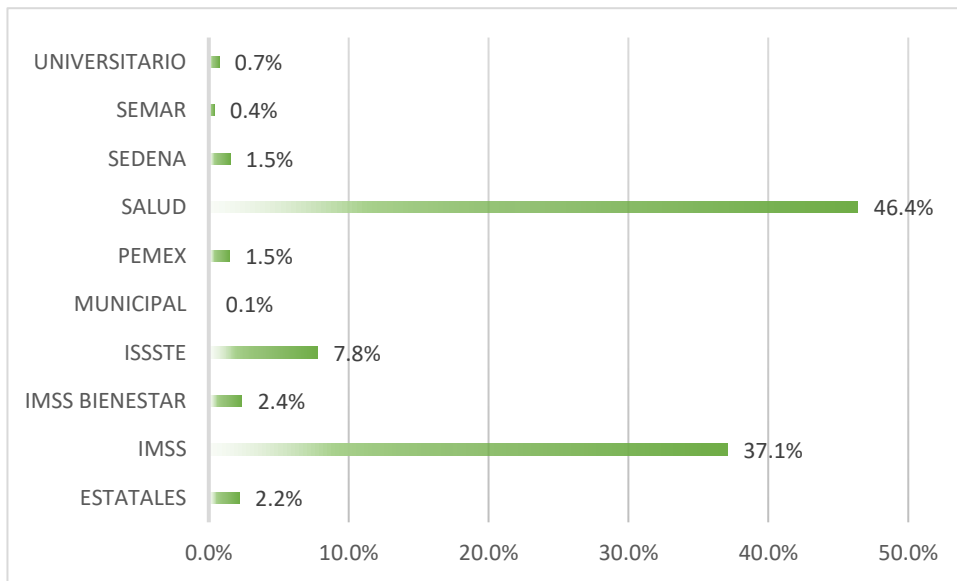


Figura 5. Porcentaje de derechohabientes por institución de salud.

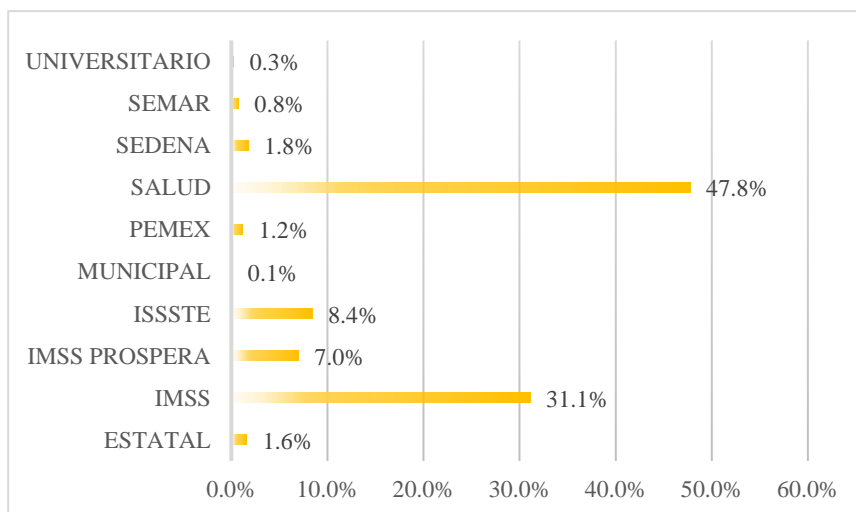
Fuente: INEGI (2020).

Para el año 2019 (DGIS, 2021), México cuenta con 177,062 médicos generales, especialistas y odontólogos; 184, 169 enfermeras generales y especialistas, que, sumado a otras profesiones, como auxiliares de enfermería, personal técnico, personal en formación, etc. se tiene un total de todos los profesionales de la salud de 964,800. Al distribuir a las profesiones por instituciones se presenta un mayor porcentaje, para Salud, seguida por IMSS e ISSSTE (Figura 6).



*Figura 6.* Distribución porcentual de profesionales de la salud por institución, 2019.  
Fuente: Elaboración propia con base en información de la DGIS (2021).

Acorde a la distribución de recursos físicos en instituciones públicas por institución (DGIS, 2021), se presenta un mayor número de recursos en Salud, seguido por IMSS e ISSSTE, en la que, al analizar los tipos de recursos por total de unidades acorde a la institución, se observa que la mayoría tiene un predominio de camas hospitalarias, consultorios y camas no hospitalarias (Figuras 7 y 8).



*Figura 7.* Distribución porcentual de recursos físicos en instituciones públicas, 2019.  
Fuente: Elaboración propia con base en información de la DGIS (2021).

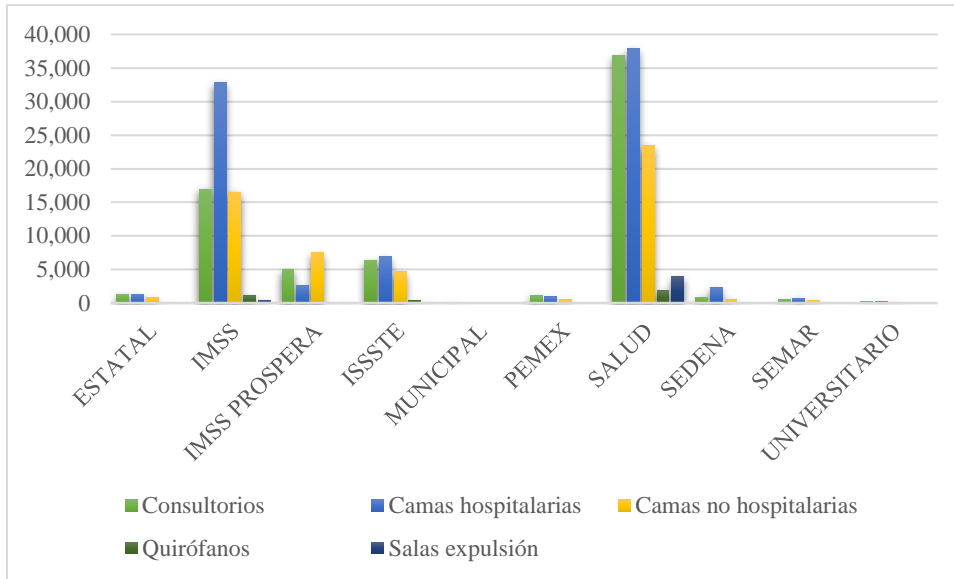


Figura 8. Distribución de recursos físicos en instituciones públicas, 2019.  
Fuente: Elaboración propia con base en información de la DGIS (2021).

Cabe señalar que, en la actualidad, la pandemia por COVID-19 ha modificado la distribución de camas y su ocupación a pacientes con esta enfermedad (SSA, 2021), se observa que, para marzo del 2021, la SSA representa el mayor porcentaje de ocupación con un 42.78%, seguido por IMSS 22.35%, e ISSSTE 12.41% (Figura 9).

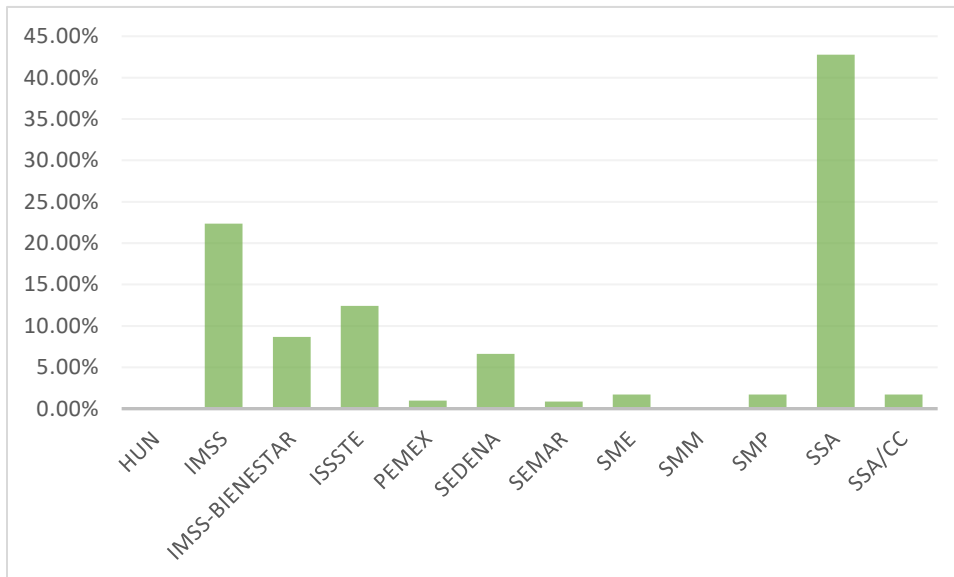


Figura 9. Distribución ocupación de camas en hospitalización por COVID-19 en las Instituciones de Salud.  
Fuente: Elaboración propia con base en información de la SSA (2021).

Respecto al 2020, el Presupuesto Público Federal para la Función Salud en México, fue de 653 mil 443.15 millones de pesos, que representa un incremento de 4.35% respecto al año 2019. Acorde al Producto Interno Bruto (PIB), se destinó el 1.64% para la prestación de servicios de salud a la persona, 0.62% en protección social en salud, 0.10% en prestación de servicios a la comunidad, 0.05% petróleo y gas natural, 0.04% en generación de recursos para la salud, 0.04% a rectoría del Sistema de Salud y 0.003% en Función Pública, equivalente al 2.49% del PIB (Cámara de Diputados, 2020).

Sin embargo, destaca la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en 2016, México requiere de mejoras en el sistema de salud, dentro de los que destacan desde una perspectiva del diseño y estructura organizacional:

- Situar el monitoreo y la mejora de la calidad en el núcleo de la gobernanza del sistema de salud.
- Implementar una separación efectiva de las funciones del comprador y del prestador.

Ambos son de suma importancia, porque a su vez se acompaña de una reestructura en el diseño y estructura organizacional del sistema de salud, puesto que ambos puntos implican modificar las dimensiones estructurales de especialización, formalización, centralización y configuración, de tal forma que se ejerza correctamente las funciones de gobernanza y además (Ramírez et al. 2011), los derechohabientes, tengan un entorno favorable en el uso de los servicios de salud.

### 3.4 Toma de decisiones ética, clima ético organizacional y desempeño organizacional

#### 3.4.1 Panorama Internacional

La percepción de la toma de decisiones éticas, clima ético organizacional y desempeño organizacional en los diversos estudios realizados a lo largo del mundo, presentan distintos abordajes metodológicos, resultados y discusiones, lo cual permite identificar que cada clima organizacional es distinto y depende tanto de la parte interna como externa de la organización. En la tabla 5 se desglosan los resultados de las referencias analizadas.

Tabla 5. *Revisión bibliográfica de toma de decisiones éticas, clima ético organizacional y desempeño organizacional*

Autor y Año	País	Metodología	Planteamiento del problema hipótesis u objetivos	Tipo de muestra	Tamaño de la muestra	Síntesis
<b>Berberoglu (2018)</b>	Chipre del Norte	<p>Estudio cuantitativo Cuestionario auto-aplicado con adaptación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizational Climate Scale</li> <li>• Organizational Commitment Questionnaire</li> <li>• Perceived Organizational Performance</li> </ul>	<p>Evaluar las percepciones de los empleados de la salud sobre el clima organizacional, y probar el impacto hipotético del clima organizacional en el compromiso y percepción organizacional.</p>	Muestra aleatoria simple	213 participantes	<p>Los resultados sugieren que el clima organizacional tiene un impacto en la predicción del compromiso organizacional y la percepción de desempeño organizacional de los empleados; el autor concluye que los resultados sugieren que el clima organizacional conduce a resultados positivos en la prestación de servicios de salud.</p>

<p><b>Teresi et al. (2019)</b></p>	<p>Italia</p>	<p>Estudio cuantitativo-cualitativo a través de dos escenarios experimentales (cuasi-experimento). Se aplicó un cuestionario que se enfoca en las siguientes dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación organizacional</li> <li>• Compromiso organizacional</li> <li>• Intención de rotación</li> <li>• Clima ético</li> </ul>	<p>Comparar los efectos de un clima ético de interés individual vs amistad.</p>	<p>Probabilístico</p>	<p>Grupo 1: 152 Grupo 2: 113</p>	<p>Los resultados y conclusiones del estudio, resaltan la importancia del clima organizacional en el comportamiento tanto individual, como colectivo, teniendo en cuenta que en términos generales, el clima ético tiene un papel fundamental en la regulación organizacional, de tal forma que los colaboradores actúan acorde a como la organización se comporta para resolver dilemas éticos de tal forma que los colaboradores actúan acorde a como la organización se comporta para resolver dilemas éticos</p>
<p><b>Bustamante et al. (2015)</b></p>	<p>Chile</p>	<p>Estudio cuantitativo Aplicación de instrumento que evalúa el clima organizacional en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estructura</li> <li>• Responsabilidad</li> <li>• Recompensa</li> <li>• Riesgo</li> <li>• Calidez</li> <li>• Apoyo</li> <li>• Administración del conflicto</li> <li>• Identidad</li> <li>• Estilo laboral</li> <li>• Oportunidad de desarrollo</li> <li>• Comunicación</li> <li>• Equipos y distribución de personas y materiales</li> </ul>	<p>Caracterizar el clima organizacional de 2 hospitales de alta complejidad.</p>	<p>No probabilístico</p>	<p>561 sujetos</p>	<p>Dentro de las dimensiones que permite evaluar el cuestionario, se identificó que identidad, motivación laboral y responsabilidad, son las dimensiones mejor apreciadas por los encuestados, contrario a equipo y distribución de personas y materiales, administración del conflicto y comunicación, con una percepción menos valorada. Los autores concluyen, que las dimensiones mejor valoradas, destacan el compromiso de los funcionarios, así como su interés por construir al mejoramiento, sin embargo se caracterizó, que las dimensiones menor valoradas, son factores que afectan al clima de las instituciones, generando "externalidad negativa, en términos de calidad, productividad y efectividad de los servicios de salud prestados a los usuarios".</p>

<b>Chiang et al. (2011)</b>	Chile	<p>Estudio cuantitativo. Aplicación de instrumento en dos partes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionario de clima organizacional.</li> <li>• Cuestionario de satisfacción laboral.</li> </ul>	<p>Conocer y analizar el clima organizacional y la satisfacción laboral, y la relación existente entre estos constructos, en hospitales públicos chilenos, comparándolos según sean hospitales de alta o baja complejidad.</p>	No probabilístico	1,239 trabajadores	<p>Los autores concluyen que no existen diferencias entre los hospitales públicos de baja y alta complejidad.</p>
<b>Airas (2007)</b>	Costa Rica	<p>Estudio cuantitativo-cualitativo. Aplicación de cuestionario y entrevista estructurada acerca de: Comunicación Liderazgo Motivación Reciprocidad</p>	<p>Analizar si los factores del clima organizacional, influyen en la satisfacción laboral.</p>	No probabilístico	36 personas	<p>De acuerdo a la autora, "se estableció que los factores que alteran el clima organizacional del servicio son: déficit de capacidad de negociación en las jefaturas, existencia de conflictos por el poder y la autoridad que altera la armonía en las relaciones en el ambiente de trabajo".</p>
<b>Del Rio, et al. (2013)</b>	Perú	<p>Estudio cuantitativo. Cuestionario de 55 preguntas que valora tres variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencial humano</li> <li>• Diseño organizacional</li> <li>• Cultura organizacional</li> </ul>	<p>Identificar la percepción del clima organizacional.</p>	Muestreo aleatorio proporcional a cada grupo	178 trabajadores	<p>Los resultados, indican que se tiene un clima organizacional, en el que solo el 12.9% percibe el clima como saludable, lo cual indica grandes ventanas de oportunidad, para mejorar principalmente el espacio de convivencia entre el personal, orientado a programas de motivación, comunicación y retribución.</p>
<b>Chmielewska et al. (2022)</b>	Polonia	<p>Estudio transversal Cuestionario estructurado de la Organización Mundial de la Salud para evaluar las variables de desempeño organizacional acorde con el Marco McKinsey 7-S</p>	<p>Identificar las mejoras necesarias en el desempeño organizacional.</p>	Muestreo aleatorio	249 médicos seleccionados al azar	<p>Los autores demostraron que los factores sociales desempeñan un papel más significativo en la gestión hospitalaria por lo que merecen atención y reconocimiento al mejorar aspectos que inciden en el desempeño de los hospitales públicos.</p>

<b>Torabi et al. (2018)</b>	Irán	Estudio cualitativo con un enfoque de análisis de contenido a través de una entrevista semi-estructurada.	Describir las experiencias del personal del servicio de emergencia Iraní en el campo de toma de decisiones éticas.	Muestreo no probabilístico	14 participantes	El proceso de análisis de datos resultó en la generación de categorías principales: respeto a los valores del cliente, desempeño de las tareas dentro de los profesionales y característica personal.
<b>Tehrani-shat et al. (2020)</b>	Irán	Estudio descriptivo transversal. Cuestionario que analiza la escala de valores de los profesionales de enfermería, clima ético hospitalario y calidad de vida.	Explorar la relación entre los valores profesionales de enfermería y el clima ético y la calidad de vida profesionales de los enfermeros.	Muestreo no probabilístico	400 participantes	Se encontró que las relaciones entre los valores profesionales y los índices de satisfacción por compasión, burnout y estrés traumático secundario resultaron ser positivas y significativas. También las relaciones entre el clima ético y los ítems de satisfacción por compasión resultados ser positivos y significativos.
<b>Saygili et al. (2020)</b>	Turquía	Estudio transversal en el que se aplicó un cuestionario estructurado.	Explorar la relación entre el liderazgo paternalista, clima ético y desempeño entre el personal de salud.	Muestreo por conveniencia	460 participantes	Las relaciones entre el liderazgo paternalista y las dimensiones del clima ético fueron positivos y significativos.
<b>Rojas (2019)</b>	Perú	Estudio correlacional con enfoque cuantitativo con la aplicación de una escala de clima organizacional y una hora de evaluación del desempeño	Determinar la relación entre el clima organizacional y el desempeño laboral.	Muestreo no probabilístico	234 trabajadores asistenciales	La autora muestra que el clima organizacional de relaciona significativamente con el desempeño laboral del personal de salud.

<b>Zavala et al. (2020)</b>	Ecuador	Estudio cualitativo, observacional y descriptivo. Los datos se recolectaron a través de una entrevista.	Identificar los factores que intervienen en la toma de decisiones por parte del personal médico que trabajan en el área de emergencias en hospitales de segundo nivel de atención en 2 provincias de la zona centro del Ecuador.	Muestreo no probabilístico	40 encuestados	Los resultados indican que el número de pacientes atendidos en los servicios de emergencias y la complejidad de las patologías que presentan los pacientes en las salas de emergencia son factores que inciden directamente en el proceso de toma de decisiones en diagnóstico y tratamiento por el poco tiempo que tienen para el proceso de atención médica, debido a la alta demanda de atención.
<b>Rubio et al. (2020)</b>	España	Proceso de revisión narrativa de la evidencia, seguida de un consenso de expertos no sistematizado, en el que establecen que más allá de desarrollar estrategias proactivas basadas en las estimaciones epidemiológicas, el conocimiento clínico y la optimización de los recursos.	Encontrar algunas respuestas desde la ética a la encrucijada entre el incremento de personas con necesidad de atención intensiva y la disponibilidad efectiva de medios.	Muestreo no probabilístico	Consenso entre 18 sociedades científicas y 5 institutos de bioética y cuidado paleativos	El proceso de planificación de una crisis de salud pública requiere una reflexión sobre los valores, como la responsabilidad, inclusividad, transparencia, sensibilidad o razonabilidad.
<b>Shafipour et al. (2016)</b>	Irán	Estudio descriptivo y transversal, en el que se aplicó la encuesta de clima ético hospitalario de Olson.	Determinar las percepciones de los enfermeros sobre el clima ético que rige el ambiente hospitalario.	Censo	168 profesionales de enfermería	Los resultados indican que la puntuación más alta de clima ético correspondió a los gerentes, mientras que la puntuación mínima estuvo relacionada con los médicos.
<b>Khalesi et al. (2014)</b>	Irán	Estudio transversal en el que se aplicó un cuestionario de clima ético de Olson.	Evaluar las percepciones de las enfermeras sobre el clima ético en los hospitales docentes de Irán.	Muestreo no probabilístico	187 participantes	Los resultados muestran que los gerentes tienen la puntuación más alta y los médicos la puntuación más baja.

En términos generales los estudios que analizan el clima y desempeño organizacional durante la pandemia por COVID-19, refuerzan la importancia del clima organizacional orientado hacia la toma de decisiones éticas, debido a su efecto positivo en el desempeño organizacional, siendo factores como el compromiso y la comunicación una de las bases del desempeño organizacional durante la pandemia por COVID-19 (Damián et al., 2021).

A pesar de que el clima organizacional tiene una correlación positiva con el desempeño organizacional durante la pandemia por COVID-19, se presentaron diversos factores a mejorar para considerar un clima organizacional como favorable como lo es el diseño organizacional y la cultura organizacional orientados a cumplir con los objetivos (Sánchez, 2020).

También se identificó que el liderazgo basado en la ética es una competencia que se debe mejorar y fomentar en las organizacional de salud. Ali y Al-Anwer (2022) identificaron en un estudio transversal, que las organizaciones de salud deben brindar apoyo hacia un clima ético, de tal forma que se desarrollen competencias de liderazgo mediante reuniones, talleres, y permitir un diálogo abierto.

A su vez, departamentos en los que la toma de decisiones éticas se realiza de manera inmediata y constante como una Unidad de Cuidados Intensivos, se presentan diferencias en las decisiones dentro de los profesionales de la salud, principalmente por un ambiente de estrés. Silverman et al. (2022) en un estudio transversal aplicado a médicos y enfermedaras, identificaron diferencias significativas entre la percepción del clima ético, niveles de estrés moral e intención de salud entre médicos y enfermeras en las Unidades de Cuidados Intensivos.

De manera similar, en un estudio realizado por Seo y Kim (2022), describen que la sensibilidad ética de las enfermeras no presenta diferencias ante escenarios con presencia o ausencia de un conflicto ético ante enfermedades infecciosas emergentes como COVID-19. Los autores mencionan que las enfermeras en el campo clínico, a pesar de que a menudo tienen problemas éticos complejos, la ética representa la base para reconocer correctamente los mismos y tomar las mejores decisiones al cuidado del paciente.

### **3.4.2 Contexto Nacional**

La evidencia en la literatura científica muestra un gran desarrollo de trabajos en el área de la bioética clínica y de investigación científica en el área de la salud, siendo poca la evidencia dirigida hacia la ética organizacional. En México al realizar la búsqueda, se encontró la evidencia mostrada a continuación.

Valdez et al. (2008) realizaron, un estudio descriptivo, transversal con una muestra por conveniencia de 500 profesionales de la salud, seleccionados de nueve organizaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la Ciudad de México, en el año 2008, en el que aplicaron los investigadores realizaron entrevistas estructuradas a hombres y mujeres de turno completo matutino o turno nocturno, quienes participaron de forma voluntaria en el trabajo, para explorar entendimientos comunes y comportamientos en la ética.

En los resultados destaca las diferencias que existe en los conceptos entre mujeres y hombres, en donde sugieren que las mujeres tienden a manejar el comportamiento de ética con conceptos como de “respeto mutuo”, “confidencialidad y privacidad”, y “responsabilidad laboral”, en contraste con los hombres, se relacionan con “información precisa y efectiva”, “actualización profesional”, y “decir la verdad al paciente”.

En el mismo estudio se describe que el dominio cultural de los comportamientos éticos entre trabajadores mexicanos de la salud se puede englobar en 6 dimensiones: determinantes del desempeño de calidad clínica, elementos que favorecen la calidad de la atención médica, consideraciones éticas para

cualquier intervención, valores que favorezcan el trabajo en equipo, la relación médico paciente, y marcadores de satisfacción y comunicación.

Asimismo, Peña et al. (2015) realizaron un estudio transversal analítico de correlación para medir la vinculación entre el clima organizacional y los resultados en atención a la salud en el IMSS. El trabajo se desarrolló en la División de Mejora a la Gestión de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante los años 2011 y 2012. Para medir el clima organizacional, aplicaron el instrumento Escala de Clima Organizacional (EDCO), a personal directivo de los servicios de salud de las delegaciones en la atención médica de las jefaturas de servicios de prestaciones médicas del IMSS, con un total de 862 participantes. En el análisis, se realizó una correlación de Pearson o Spearman con un valor de significancia del 95%. En los resultados se observó una correlación positiva y estadísticamente significativa en el desempeño de las relaciones interpersonales, la estabilidad, la claridad y coherencia en la dirección y los valores colectivos, lo cual revela que, a mayor desempeño laboral, mayor nivel percibido de un clima organizacional alto.

También, García et al. (2016) diseñaron y validaron un instrumento para valorar la ética médica en forma objetiva, denominado Acontecer de la Ética Médica (AEM), constituido por 10 principios que representan a la ética, validada a través un estudio transversal, prospectivo y comparativo, en 20 estudiantes de medicina de tercer año y 30 internos de pregrado, con un muestro por conveniencia.

En la discusión, los autores describen que el instrumento proporciona información valiosa de las condiciones éticas de cierta realidad y permite vincular los datos a esa realidad, en la que los mismos resultados, sugieren ambientes académicos poco propicios para la reflexión ética, el cuestionamiento e indagación.

Por otra parte, durante la pandemia por COVID-19 la evidencia de estudios que analizaron el clima organizacional, identificaron que el clima organizacional representa la base para la comunicación entre profesionales de la salud, factor de suma importancia debido a que el mismo se refleja en factores estructurales, metas operacionales y reglamentos internos, así como actitudes y comportamiento social, en el que la medicina actual requiere de la aplicación de herramientas poco desarrolladas en virtud del desarrollo de nuevas tecnologías como la aplicación de la telemedicina o las visitas domiciliarias (Hernández et al. , 2021; Estrada y Ahuerma, 2022; Llaca y Templos, 2021; Álvarez, 2021).

A su vez, un adecuado clima orgazacional, mantiene un desempeño laboral adecuado que permite el desarrollo de los profesionales de la salud, el cual, acompañado de una calidad de vida laboral positiva, el desempeño laboral de los profesionales de la salud se beneficia directamente, siendo el desempeño explicado por factores como la ciudadanía organizacional, productividad, dinamismo y fraternización organizacional (Hernández y Cisneros, 2022; López et al., 2021; Flores, 2021).

Sin embargo, debido a la pandemia, la toma de decisiones debe tener un espacio de reflexión orientado hacia la ética, de tal forma que la salud y el bien común no se vean comprometidos; la pandemia por COVID-19 al igual que otras pandemias a lo largo de la historia, cambian los ideales conductuales que se aspiran a seguir, por lo que los estándares éticos pueden verse afectados (Garay et al., 2021).

En México, la pademia por COVID-19 se asignaron tareas de manera inmediata sin controlar los factores de riesgo psicosociales, aumentando la vulnerabilidad de los profesionales de la salud al momento de tomar decisiones que pueden comprometer el estado de salud de los pacientes, empero, las competencias de los profesionales de la salud permitieron tomar actitudes y comporamientos en pro de la salud (Santos, 2022).

## Capítulo IV. Metodología

### 4.1 Muestra del estudio e instrumentos de recolección

La información para esta investigación se recopiló a partir de una encuesta aplicada a profesionales de la salud que ejercen sus actividades dentro de unidades hospitalarias en áreas urbanas de 9 estados de México (Puebla, Ciudad de México, Baja California Sur, Estado de México, Tlaxcala, Tamaulipas, Guanajuato, Nuevo León y Veracruz), estados a los que pertenecen los participantes, entre septiembre y octubre de 2021, y considerando las siguientes profesiones: enfermería, medicina, química y otros (tales como paramédicos y técnicos en radiología). Las instituciones de salud que se incluyeron son públicas y privadas (Kumar, 2011; Bryman, 2012; Carrasco, 2019).

A través de un estudio descriptivo, transversal, con un muestreo no probabilístico utilizando la técnica bola de nieve, se aplicó una encuesta en formato electrónico auto-administrado a 68 participantes. Dicha encuesta evalúa características demográficas y 3 dimensiones (constructos) desglosados en 53 ítems: toma de decisiones éticas, clima ético organizacional y desempeño organizacional, antes del inicio de la pandemia por COVID-19 (año 2019) y durante la pandemia (año 2020-2021). Las respuestas utilizaron una escala de Likert de cinco dimensiones: nunca (1), casi nunca (2), regular (3), casi siempre (4) y siempre (5), considerando como favorables aquellas respuestas con un promedio igual o mayor a 3.5.

En la dimensión de toma de decisiones éticas y desempeño organizacional, se adaptaron los indicadores del modelo de calidad de la atención de Donabedian, los cuales permiten analizar la estructura, procesos y resultados de la atención brindada en un servicio, por lo que evalúa de manera indirecta el desempeño organizacional (Torres y Vásquez, 2015). A su vez, se identificaron aquellos métodos e instrumentos que por su estructura permiten establecer los factores que deben ser analizados en toma de decisiones éticas y desempeño organizacional, tales como:

- Toma de decisiones éticas
  - Cuestionario sobre el clima para la toma de decisiones éticas (EDMCQ) de Van den Bulcke et al. (2018)
  - Problemas éticos en la gestión de enfermería (EProNuma) de Aitamaa et al. (2019)
  - Cuestionario de toma de decisiones compartida para médicos (SDM-Q-Doc) de Scholl et al. (2012)
- Desempeño organizacional (laboral)
  - Cuestionario de desempeño organizacional percibido de Delaney y Huselid (1996)
  - Evaluación del desempeño o de las competencias en la práctica clínica de Morán (2017)
  - Factores que interfieren con el desempeño Moreira et al. (2018)

Para analizar la dimensión del clima ético organizacional se adaptó la encuesta de Clima Ético Hospitalario (HECS) de Olson (1998), ya que la misma está diseñada solo para identificar el personal de enfermería, por lo que las preguntas fueron modificadas para aplicarlas a los profesionales de la salud de este estudio.

La toma de decisiones éticas se conforma por 7 factores analizados a través de 14 preguntas. El clima ético organizacional se estructura por 5 factores y 26 preguntas. El desempeño organizacional se

constituye por 10 factores y 13 preguntas. En la tabla 5 se desglosan los factores analizados y sus respectivas preguntas por dimensiones analizadas.

Tabla 6. Factores analizados por tres dimensiones para profesionales de salud en México (2021)

Dimensión y su respectivo coeficiente Alpha de Cronbach	Factor	No.	Pregunta
Toma de decisiones éticas	Toma de decisiones basadas en evidencias científicas	1	Las decisiones médicas que ejecuto se basan en la evidencia científica de las guías de la práctica clínica.
	Consentimiento informado	2	El consentimiento informado por parte del paciente es una parte fundamental para la toma de decisiones clínicas.
	Principios de bioética	3	Al realizar un diagnóstico considero los principios de bioética para su abordaje.
		4	Antes de iniciar un tratamiento tomo en consideración los principios de bioética.
	Juicio clínico	5	Asumo toda responsabilidad en las decisiones que realizo sobre la atención de mis pacientes.
		6	Las decisiones clínicas que ejecuto se basan en los principios de bioética.
		7	Las decisiones clínicas que ejecuto se adaptan a los lineamientos de mi institución.
	Comunicación con otros profesionales	8	Existen oportunidades de dialogar con otros profesionales de la salud (p.ej. personal de enfermería, química, fisioterapia, nutriología etc.) antes de iniciar un abordaje multidisciplinario (otras profesiones).
		9	En contextos difíciles, me apoyo de la opinión de mis colegas (misma profesión).
		10	Las decisiones clínicas que ejecuto se discuten con otros profesionales de la salud (p.ej. enfermería, química, fisioterapia, nutriología, etc.).
	Políticas públicas	11	En general las políticas públicas favorecen la toma de decisiones éticas.
		12	Las políticas públicas implementadas para combatir COVID-19 han favorecido mi juicio clínico para brindar una atención de calidad (Obtener mayores beneficios con menores riesgos para los pacientes).

		13	El anexo del INSABI modifica la toma de decisiones en favor de la atención de los pacientes.
	Procedimientos	14	Las políticas, lineamientos y procesos de la institución, propician la toma de decisiones en favor de la salud de mi paciente.
<b>Clima ético organizacional</b>	Colegas (misma profesión)	15	Mis colegas escuchan mis preocupaciones sobre la atención al paciente.
		16	Mis colegas me ayudan con problemas difíciles de atención al paciente.
		17	Trabajo con colegas competentes (Cumplimiento para obtener mayores beneficios con menores riesgos para los pacientes).
		18	Se proporciona atención segura al paciente en mi unidad.
	Pacientes	19	Los pacientes saben que esperan de su atención.
		20	Los profesionales de salud tienen acceso a la información necesaria para resolver un problema de atención al paciente.
		21	Los profesionales de salud usan la información necesaria para resolver un problema de atención al paciente.
		22	Se respeta la autonomía del paciente.
	Jefe	23	Cuando no puedo decidir qué está bien o mal en una situación de atención al paciente, mi jefe me ayuda.
		24	Mi jefe me apoya en mis decisiones sobre la atención al paciente.
		25	Mi jefe me escucha sobre problemas de atención al paciente.
		26	Mi jefe es alguien en quien puedo confiar.
		27	Cuando mis colegas no pueden decidir qué está bien o mal en una situación de atención al paciente, he observado que mi jefe los ayuda.
		28	Mi jefe es alguien a quien puedo respetar.
Hospital	29	Las políticas del hospital me ayudan con problemas difíciles de atención al paciente.	
	30	Se comparte la misión del hospital entre el personal de salud.	

		31	Puedo practicar mi profesión en mi unidad como creo que debería practicarse.
		32	Los valores de todas las partes involucradas en un problema de atención al paciente se tienen en cuenta al elegir una acción.
		33	El conflicto se trata con un ente neutral.
		34	Existe la sensación de ser propositivo en los problemas de atención al paciente.
	Profesionales de la salud (todas las profesiones)	35	Los profesionales de salud confían los unos a los otros.
		36	Los profesionales de la salud son apoyados y respetados en este hospital.
		37	Las decisiones de tratamiento se consultan entre todos los profesionales de salud involucrados.
		38	Participo en las decisiones de tratamiento para mis pacientes.
		39	Los profesionales de la salud respetan las opiniones de los familiares de los pacientes.
		40	Existe acoso entre los profesionales de la salud de este hospital (a mayor promedio menor acoso).
<b>Desempeño organizacional</b>	Cantidad de personal	41	El número de profesionales de la salud de mi organización es pertinente para brindar una atención de calidad (Obtener mayores beneficios con menores riesgos para los pacientes).
	Calidad de personal	42	Los profesionales de salud de mi organización se encuentran adscritos al servicio acorde a su formación para ejercer una atención de calidad (Obtener mayores beneficios con menores riesgos para los pacientes).
	Recursos (insumos)	43	Los recursos que dispone mi organización me permiten desempeñar mis actividades.
	Instalaciones físicas	44	Las instalaciones de mi organización favorecen mi actividad diaria.
	Procedimientos	45	Las políticas, lineamientos y procesos de la institución, facilitan la atención a los pacientes.
	Servicios	46	Los servicios de mi organización cumplen con las necesidades de los pacientes.
	Actividades diarias	47	La planificación de mis actividades dentro de la organización favorece mi desempeño.

	Objetivos de la organización	48	Busco dar cumplimiento a los objetivos de atención a pacientes de la institución.
		49	Mi organización cumple con los objetivos de atención a pacientes programados para mi área (p.ej. radiología, laboratorio, trabajo social, etc.).
	Comunicación	50	La comunicación entre los distintos departamentos de la organización es oportuna.
	Políticas públicas	51	En general las políticas públicas favorecen la atención a los pacientes.
		52	La ejecución de la política pública y programas sociales acerca de la vacunación contra COVID-19 ha mejorado mi desempeño.
		53	La ejecución de la política pública y programas sociales acerca de la vacunación contra COVID-19 ha mejorado el desempeño de mi organización.

La evaluación de atención de calidad de servicios como complemento al desempeño se realizó a través de la identificación de interrelaciones para el desempeño de actividades, de la selección y jerarquización de los 5 departamentos que se consideren primordiales para desempeñar la actividad individual, ordenándolos por prioridad, siendo el 5 el más prioritario y el 1 el menos prioritario, basado y adaptado de la encuesta/diagnóstico de la estructura de una organización de Aguirre (2006). La tabla 7 se desglosa las preguntas realizadas para identificar la interrelación departamentos. En la Table 8 se muestran los departamentos a seleccionar con base en el manual de organización de las unidades médicas hospitalarias del Instituto Mexicano del Seguro Social (1996) y el organigrama general del Hospital General de Culiacán (Anexo 2).

Tabla 7. *Interrelación de departamentos*

Factor	No.	Pregunta
Pertenencia	1	¿A qué departamento pertenece?
Interacción	2	¿Cuáles son los principales departamentos con los que interactúa?
	3	¿Cuáles son los departamentos que tienen una respuesta oportuna ante una dificultad en la atención clínica?
	4	¿Qué departamentos que brindan un servicio en tiempo y forma?
	5	¿Cuáles son los departamentos que tienen un trato cordial y profesional con los pacientes?

Tabla 8. *Lista de departamentos*

No.	Departamento
1	Archivo clínico
2	Banco de sangre
3	Cirugía
4	Dirección general
5	Docencia e investigación
6	Enfermería

7	Epidemiología
8	Farmacia
9	Ginecología y obstetricia
10	Laboratorio
11	Limpieza y mantenimiento
12	Medicina interna
13	Nutriología
14	Odontología
15	Otros
16	Patología
17	Pediatría
18	Quirófano
19	Radiología
20	Rehabilitación
21	Salud mental
22	Seguridad
23	Sindicato
24	Trabajo social
25	Urgencias

## 4.2 Validez de los instrumentos

La confiabilidad de los instrumentos se realizó con un análisis de consistencia interna con Alfa de Cronbach, con una escala de confiabilidad en 4 categorías: baja (<0.5), moderada (0.5-0.7), alta (0.7-0.9) y excelente (>0.9).

En una primera etapa de validez, se realizó un estudio exploratorio en el que participaron 75 profesionales de la salud de distintas entidades federativas de México, para identificar su percepción del clima ético organizacional. Al realizar el análisis de confiabilidad del instrumento, se obtuvo un coeficiente de 0.962, considerado como excelente. El resto de los resultados se desglosan en el Anexo 3.

En la segunda etapa de validez, se realizó un estudio piloto para validar los instrumentos de toma de decisiones éticas, clima ético organizacional y desempeño organizacional, en el que participaron 7 médicos residentes del tercer y cuarto año, del Hospital General de Zona 20 La Margarita del IMSS. Para los instrumentos de toma de decisiones éticas se obtuvo un coeficiente de 0.892, en clima ético organizacional un coeficiente de 0.959, y un coeficiente para desempeño organizacional de 0.979. El resto de los resultados se muestran en el Anexo 4.

En cuanto a los resultados de confiabilidad de la aplicación definitiva del cuestionario, se desglosan los resultados en la Tabla 9.

Tabla 9. *Análisis de confiabilidad de los instrumentos en la aplicación definitiva del cuestionario*

Instrumento	No. de ítems	Alfa de Cronbach	Escala de confiabilidad
Toma de decisiones éticas	14	0.940	Excelente

<b>Clima ético organizacional</b>	26	0.975	Excelente
<b>Desempeño organizacional</b>	13	0.949	Excelente

### 4.3 Hipótesis

El contraste de las hipótesis son las siguientes:

1. La toma de decisiones éticas fue impactada significativamente por la pandemia por COVID-19.
2. El clima ético organizacional se modificó significativamente a raíz de la pandemia por COVID-19.
3. El desempeño organizacional se vió afectado debido a la pandemia por COVID-19.
4. La toma de decisiones ética y clima ético organizacional mantuvieron un efecto positivo en el desempeño organizacional durante la pandemia por COVID-19.
5. La interrelación de departamentos de las instituciones de salud cambió debido a la pandemia COVID-19.

### 4.4 Análisis estadístico

Las variables numéricas propuestas para el estudio se analizaron utilizando estadística descriptiva con media (promedio), mínimo y máximo, mientras que las variables categóricas se muestran en frecuencias y porcentajes.

Para la comparación de diferencias antes y durante COVID-19 de toma de decisiones éticas, clima ético organizacional y desempeño organizacional, se realizó la prueba t para muestras dependientes, considerando la media de las diferencias igual a Durante COVID-19 menos antes COVID-19, siendo valores positivos en la diferencia, un aumento de la media, es decir, un aumento de la media en durante COVID-19 respecto a la media de antes de COVID-19.

La prueba es obtenida de la siguiente manera (Clifford y Taylor, 2008):

$$t = \bar{d} - \mu_{d0} / s_d / \sqrt{n}$$

Donde:

$\bar{d}$  = media de la muestra de diferencias de puntuaciones

$\mu_{d0}$  = media hipotética de la población de diferencias de puntuaciones

$S_d$  = desviación estándar de la muestra de las diferencias de puntuaciones

En el análisis de las diferencias de toma de decisiones éticas, clima ético organizacional y desempeño organizacional, antes y durante COVID-19 por instituciones de salud, y departamento de ética, se realizó la prueba de ANOVA de medidas repetidas, con un análisis post-hoc con la prueba de comparaciones múltiples de Tukey.

La prueba definida como un modelo lineal se define por (Méndez, 2020):

$$y_{ij} = \mu + t_i + u_j + \epsilon_{ij}$$

Donde:

$y_{ij}$  = Es la medición de la variable analizada (toma de decisiones éticas, clima ético organizacional y desempeño organizacional)

$\mu$  = la media general de la respuesta

$t_i$  = El efecto promedio de cada grupo o momento en el tiempo

$u_j$  = variabilidad debida al sujeto

$\varepsilon_{ij}$  = variabilidad del error de medición dentro del sujeto

Para la analizar el efecto de la pandemia COVID-19, toma de decisiones éticas y clima ético organizacional sobre el desempeño organizacional, se estimó un modelo de efectos mixtos con un modelo de intercepto aleatorio con efecto del tiempo, el cual determina el efecto de toma de decisiones éticas y clima ético organizacional considerando el cambio en el tiempo por COVID-19 en antes y durante, y como efecto aleatorio a los participantes.

En el modelo de intercepto aleatorio con efecto del tiempo (COVID-19), la variable de respuesta depende del sujeto  $j$  y el tiempo de medición  $t_i$ , esto como modelo lineal de efectos mixtos es (Méndez, 2020):

$$y_{ij} = \beta_0 + \beta_1 t_i + \beta_2 t_i + u_j + \varepsilon_{ij}$$

Donde:

$y_{ij}$  = Es la medición del desempeño organizacional

$\beta_0$  = Estimador de la constante o intercepto

$t_i$  = Variable tiempo de medición (antes y durante COVID-19).

$\beta_1$  = Estimador del efecto promedio del tiempo con la toma de decisiones éticas

$\beta_2$  = Estimador del efecto promedio del tiempo con el clima ética organizacional

$u_j$  = Efecto aleatorio del sujeto  $j$  ésimo.

$\varepsilon_{ij}$  = Error aleatorio de la medición del sujeto  $j$  en el tiempo  $i$ .

El análisis de redes sociales, que tiene como objetivo “describir y explorar los patrones aparentes en las relaciones sociales que tanto individuos como grupos forman unos con otros [...], para analizar sus propiedades estructurales y sus implicaciones sociales”, se realizó con la interrelación del departamento donde los profesionales desempeñan sus actividades y al departamento con el que consideran como prioridad más importante de interacción para ejecutar sus actividades, antes y durante COVID-19, representado a través de un sociograma con enlaces direccionados para identificar las prioridades entre los departamentos (Scott, 2017).

Todas las pruebas se consideraron como estadísticamente significativas con una  $p < 0.05$ . Los análisis se realizaron con el paquete estadístico IBM (SPSS) versión 23.0, R versión 4.0.3 con la interfaz RStudio versión 1.3.1056 y Microsoft Excel 2013.

## Capítulo V. Resultados

De los 70 participantes de la encuesta electrónica aplicada del 20 de septiembre al 20 de octubre (AÑO), se eliminaron dos participantes por no responder los cuestionarios en su totalidad. A continuación, se desglosan los resultados de un total de 68 participantes incluidos en el estudio.

### 5.1 Sociodemográficos

El perfil de los participantes fue 41 mujeres (60.3%) y 27 hombres (39.7%) (Figura 10).

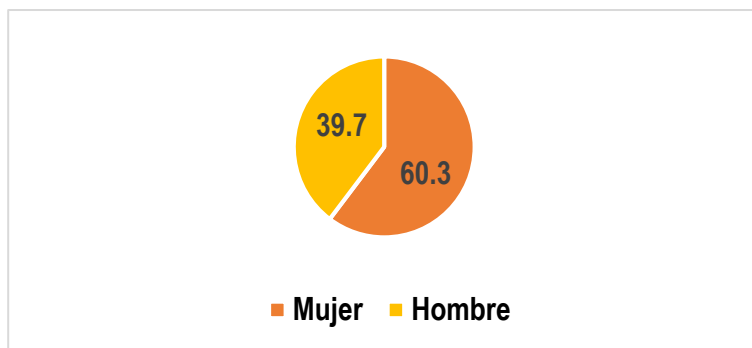


Figura 10. Género de los participantes encuestados  
Fuente: construcción propia con datos de encuesta electrónica

La edad en años promedio fue de 35, mínimo de 24 y máximo de 62, siendo el grupo de edad con mayor frecuencia de 22 el de 30-34 años (32.4%) (Figura 11 y Tabla 10).

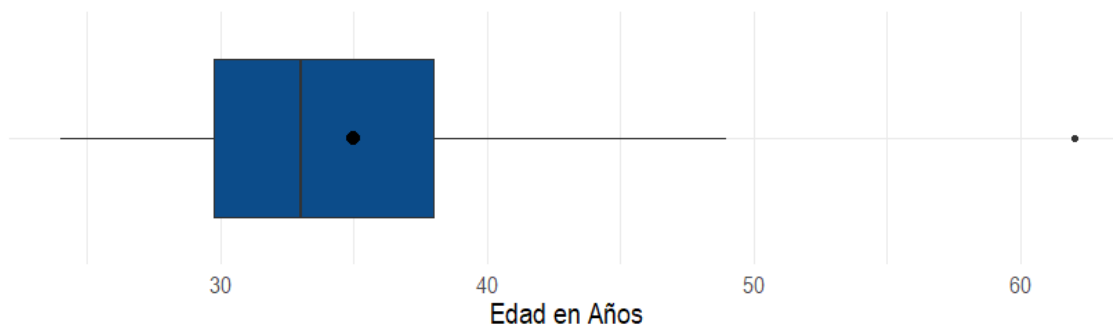


Figura 11. Distribución de la edad en años de los participantes encuestados  
Fuente: construcción propia con datos de encuesta electrónica

Tabla 10. Grupos de edad de los participantes encuestados

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
[20,25)	2	2.9
[25,30)	15	22.1
[30,35)	22	32.4
[35,40)	14	20.6
[40,45)	6	8.8
[45,50)	8	11.8
[60,65)	1	1.5

Fuente: construcción propia con datos de encuesta electrónica

Dentro del conjunto de profesiones se observan 50 en medicina (73.5%), 10 en enfermería (14.7%), 4 en química (5.9%), y 4 en otros (5.9%) (Figura 12).

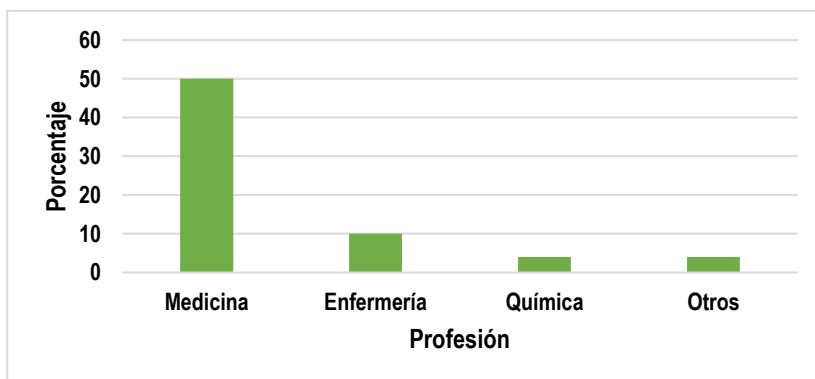


Figura 12. Porcentaje de profesiones de los participantes encuestados

Fuente: construcción propia con datos de encuesta electrónica

Respecto al grado académico, se presentaron en su mayoría 21 con licenciatura (30.9%), seguido por 20 con especialidad (29.4%), y 12 con maestría (19.1%). El resto se muestran en la Tabla 11.

Tabla 11. Grado académico de los participantes encuestados

Grado académico	Frecuencia	Porcentaje
Licenciatura	21	30.9
Especialidad	20	29.4
Maestría	13	19.1
Subespecialidad	9	13.2
Otros	5	7.4

Fuente: construcción propia con datos de encuesta electrónica

En cuanto al tipo de instituciones, se presentaron 52 en instituciones públicas (76.5%) y 16 en instituciones privadas (23.5%) (Figura 13).

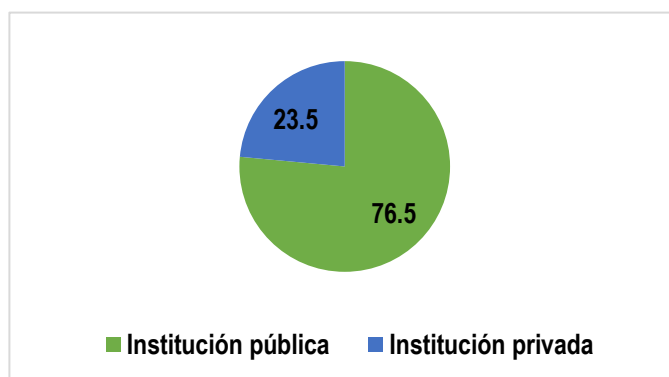


Figura 13. Porcentaje de instituciones de los participantes encuestados

Fuente: construcción propia con datos de encuesta electrónica

La localización estatal de las instituciones se observa principalmente en Puebla con 22 casos (32.4%), Ciudad de México con 20 (29.4%) y Baja California Sur con 9 (13.2%). El resto se muestran en la Tabla 12.

Tabla 12. Localización estatal de las instituciones de los participantes encuestados

Entidad Federativa	Frecuencia	Porcentaje
Puebla	22	32.4
Ciudad de México	20	29.4
Baja California Sur	9	13.2
México	6	8.8
Tlaxcala	6	8.8
Tamaulipas	2	2.9
Guanajuato	1	1.5
Nuevo León	1	1.5
Veracruz de Ignacio de la Llave	1	1.5

Fuente: construcción propia con datos de encuesta electrónica

El número de instituciones con departamento de ética es de 31 (45.6%), 17 (25%) no cuentan con departamento de ética, y 20 (29.4%) desconocen si cuentan con un departamento de ética (Figura 14).

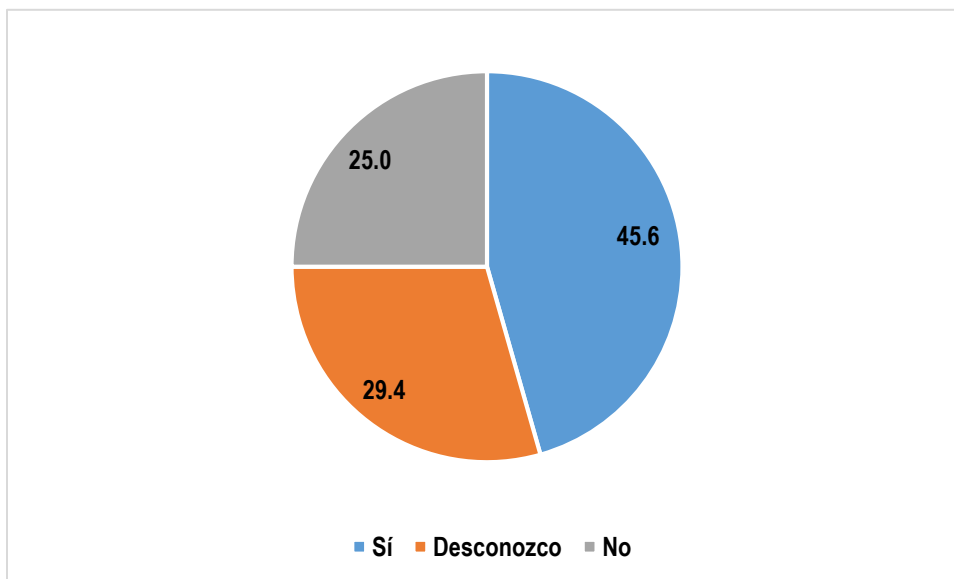


Figura 14. Porcentaje de instituciones con departamento de ética  
Fuente: construcción propia con datos de encuesta electrónica

## 5.2 Toma de decisiones éticas

Acorde a la primera pregunta de investigación acerca de la diferencia de la toma de decisiones éticas antes y durante la pandemia por COVID-19, se presentó una diferencia no estadísticamente significativa ( $p = 0.545$ ). De forma global en el rubro de toma de decisiones éticas, los participantes encuestados respondieron “casi siempre”, lo cual indica que adoptan una postura ética, con una media de toma de decisiones éticas antes de COVID-19 fue de 3.98, mínimo de 2.7 y máximo de 4.9, siendo esta similar durante COVID-19 con una media de 4.0, un mínimo de 2.8 y máximo de 4.9 (Figura 15).

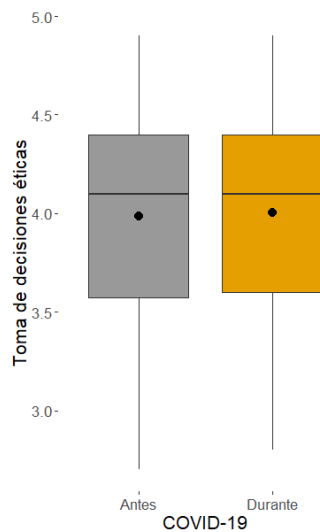


Figura 15. Distribución de toma de decisiones éticas antes y durante COVID-19

Fuente: elaboración propia. Puntuación de medición en escala del 1 (menor) al 5 (mayor).

Una posible explicación a la diferencia no estadísticamente significativa parte desde la formación de los profesionales de la salud en la bioética, la cual se basa en la dignidad, identidad, derechos y libertades de las personas, cuya práctica está determinada en gran medida por la formación académica y fomentada en la institución donde se da lugar el área socio-afectiva. A su vez, las personas determinan las necesidades de su comportamiento con base en los resultados de la organización, fomentando a que en su actuar médico asuman responsabilidades orientado hacia lo correcto (Ruiz, 2019; Treviño, et al. 2006).

Respecto al desglose de las diferencias por pregunta, se presentó una diferencia estadísticamente significativa  $p = 0.034$  en la pregunta 14, con una disminución en el promedio de 0.10, resultado que refuerza el aspecto fundamental de la institución como mediador de las relaciones entre los profesionales de la salud y las necesidades de los pacientes (Perales, 2019; Arpita, 2019), en el resto de las preguntas, no se observan diferencias estadísticamente significativas (Tabla 13).

Tabla 13. *Diferencia de medias de toma de decisiones éticas antes y durante la pandemia por COVID-19*

<b>No.</b>	<b>Pregunta</b>	<b>Antes</b>	<b>Durante</b>	<b>Diferencia</b>	<b>Significancia</b>
1	Las decisiones médicas que ejecuto se basan en la evidencia científica de las guías de la práctica clínica	3.93	3.94	0.01	0.843
2	El consentimiento informado es una parte fundamental para la toma de decisiones clínicas	4.51	4.56	0.04	0.260
3	Al realizar un diagnóstico considero los principios de bioética para su abordaje	4.41	4.50	0.09	0.057
4	Antes de iniciar un tratamiento tomo en consideración los principios de bioética	4.32	4.39	0.07	0.199
5	Asumo toda responsabilidad en las decisiones que realizo sobre la atención de mis pacientes	4.67	4.67	0.00	1.000
6	Las decisiones clínicas que ejecuto se basan en los principios de bioética	4.39	4.43	0.04	0.260
7	Las decisiones clínicas que ejecuto se adaptan a los lineamientos de mi institución	4.34	4.38	0.04	0.321
8	Existen oportunidades de dialogar con otros profesionales de la salud (p.ej. personal de enfermería, química, fisioterapia, nutriología etc.) antes de iniciar un abordaje multidisciplinario (otras profesiones)	3.90	3.81	-0.09	0.260
9	En contextos difíciles, me apoyo de la opinión de mis colegas (misma profesión)	4.34	4.40	0.06	0.159
10	Las decisiones clínicas que ejecuto se discuten con otros profesionales de la salud (p.ej. enfermería, química, fisioterapia, nutriología, etc.)	3.66	3.67	0.01	0.837
11	En general las políticas públicas favorecen la toma de decisiones éticas	3.38	3.32	-0.06	0.159
12	Las políticas públicas implementadas para combatir COVID-19 han favorecido mi juicio clínico para brindar una atención de calidad (Obtener mayores beneficios con menores riesgos para los pacientes)	3.31	-3.28	0.03	0.658
13	El anexo del INSABI modifica la toma de decisiones en favor de la atención de los pacientes	2.80	2.94	0.14	0.072

14	Las políticas, lineamientos y procesos de la institución, propician la toma de decisiones en favor de la salud de mi paciente	3.81	3.71	-0.10	0.034*
<b>Promedio global</b>		3.98	4.00	0.02	0.545

Fuente: elaboración propia. Nota \*: significativo a  $p < 0.05$ . Puntuación de medición en escala del 1 (menor) al 5 (mayor).

Al desglosar los promedios por los factores de toma de decisiones éticas, se presentó una diferencia estadísticamente significativa  $p = 0.034$  en el factor 7, con una disminución en el promedio de 0.10, siendo este el mismo promedio que la pregunta 14, es decir que entre los encuestados se perciben diferentes las políticas, lineamientos y procesos de la institución, que propician la toma de decisiones en favor de la salud del paciente. A su vez, tampoco se presentan diferencias estadísticamente significativas en el resto de los factores (Tabla 14).

Tabla 14. *Diferencia de medias de factores de toma de decisiones éticas antes y durante la pandemia por COVID-19*

No.	Factor	Antes	Durante	Diferencia	Significancia
1	Evidencia científica	3.93	3.94	0.01	0.843
2	Consentimiento informado	4.51	4.55	0.04	0.260
3	Principios de bioética	4.37	4.45	0.08	0.094
4	Juicio clínico	4.47	4.50	0.03	0.240
5	Comunicación con otros profesionales	3.97	3.97	0.00	0.922
6	Políticas públicas	3.16	3.18	0.02	0.650
7	Procedimientos	3.81	3.71	-0.10	0.034*

Fuente: elaboración propia. Nota \*: significativo a  $p < 0.05$ . Puntuación de medición en escala del 1 (menor) al 5 (mayor).

### 5.3 Clima ético organizacional

En relación a la pregunta de investigación referente a diferencia del clima ético organizacional antes y durante la pandemia por COVID-19, se observa una diferencia no estadísticamente significativa con una  $p = 0.079$  en la comparación de las medias de clima ético organizacional antes y durante COVID-19. De manera general la media de clima ético organizacional antes de COVID-19 fue de 3.79, mínimo de 2.5 y máximo de 5.0. Durante COVID-19 se observa una media de 3.7,2 un mínimo de 2.2 y máximo de 5.0, (Figura 16).

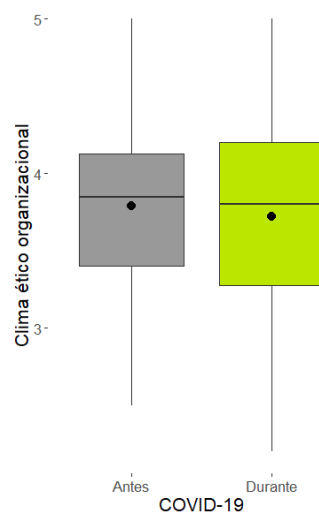


Figura 16. Distribución de clima ético organizacional antes y durante COVID-19  
Fuente: elaboración propia. Puntuación de medición en escala del 1 (menor) al 5 (mayor).

Los resultados concuerdan con la descripción de personas con un alto desarrollo cognitivo moral, las cuales son menos susceptibles a ser influenciadas en las decisiones del hacer y el comportamiento, características que se ven reflejadas en un sistema socio-técnico en donde la unidad de trabajo y el clima del mismo interactúan y son interdependientes, permitiendo adaptarse al entorno externo e interno enfocada a una mejora de la práctica clínica (Treviño et al., 2006; Schneider y Barbera, 2014).

En el desglose de las medias por pregunta, se presentaron diferencias estadísticamente significativas con una disminución en sus respectivas medias, en la pregunta 11, media 0.16  $p = 0.021$ ; pregunta 12, media 0.15  $p = 0.024$ ; pregunta 15, media 0.12  $p = 0.031$ ; pregunta 17, media 0.21  $p = 0.030$ ; pregunta 18, media 0.10  $p = 0.034$ ; pregunta 22, media 0.15  $p = 0.040$ . El resto de las preguntas no presentaron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 15).

Tabla 15. Diferencia de medias de clima ético organizacional antes y durante la pandemia por COVID-19

No.	Pregunta	Antes	Durante	Diferencia	Significancia
1	Mis colegas escuchan mis preocupaciones sobre la atención al paciente	3.90	3.87	-0.03	0.686
2	Mis colegas me ayudan con problemas difíciles de atención al paciente	4.12	4.12	0.00	1.000
3	Trabajo con colegas competentes	4.17	4.10	-0.07	0.278
4	Se proporciona atención segura al paciente en mi unidad	4.09	4.02	-0.07	0.167
5	Los pacientes saben que esperan de su atención	3.95	3.88	-0.07	0.279

<b>6</b>	Los profesionales de salud tienen acceso a la información necesaria para resolver un problema de atención al paciente	3.90	3.84	-0.06	0.103
<b>7</b>	Los profesionales de salud usan la información necesaria para resolver un problema de atención al paciente	4.04	3.98	-0.06	0.159
<b>8</b>	Se respetan los deseos del paciente	4.38	4.35	-0.03	0.621
<b>9</b>	Cuando no puedo decidir qué está bien o mal en una situación de atención al paciente, mi jefe me ayuda	3.74	3.66	-0.07	0.133
<b>10</b>	Mi jefe me apoya en mis decisiones sobre la atención al paciente	3.74	3.75	0.01	0.765
<b>11</b>	Mi jefe me escucha sobre problemas de atención al paciente	3.77	3.61	-0.16	0.021*
<b>12</b>	Mi jefe es alguien en quien puedo confiar	3.59	3.44	-0.15	0.024*
<b>13</b>	Cuando mis colegas no pueden decidir qué está bien o mal en una situación de atención al paciente, he observado que mi jefe los ayuda	3.57	3.48	-0.09	0.083
<b>14</b>	Mi jefe es alguien a quien puedo respetar	4.06	3.96	-0.10	0.146
<b>15</b>	Las políticas del hospital me ayudan con problemas difíciles de atención al paciente	3.53	3.41	-0.12	0.031*
<b>16</b>	Se comparte la misión del hospital entre el personal de salud	3.45	3.38	-0.07	0.167
<b>17</b>	Puedo practicar mi profesión en mi unidad como creo que debería practicarse	3.74	3.53	-0.21	0.030*
<b>18</b>	Los sentimientos y valores de todas las partes involucradas en un problema de atención al paciente, se tienen en cuenta al elegir una acción	3.64	3.54	-0.10	0.034*
<b>19</b>	El conflicto se trata abiertamente, no se evita	3.48	3.48	0.00	1.000
<b>20</b>	Existe la sensación de cuestionar, aprender y buscar respuestas creativas a los problemas de atención al paciente	3.64	3.55	-0.09	0.135
<b>21</b>	Los profesionales de salud confían los unos a los otros	3.52	3.49	-0.03	0.531

22	Los profesionales de la salud son apoyados y respetados en este hospital	3.54	3.39	-0.15	0.040*
23	Las decisiones de tratamiento se consultan entre todos los profesionales de salud involucrados	3.54	3.48	-0.06	0.288
24	Participo en las decisiones de tratamiento para mis pacientes	3.87	3.78	-0.09	0.109
25	Los profesionales de la salud respetan las opiniones de los familiares de los pacientes	4.10	4.14	0.04	0.182
26	Existe acoso entre los profesionales de la salud de este hospital (a mayor promedio menor acoso)	3.56	3.63	0.07	0.058
<b>Promedio global</b>		3.79	3.72	0.07	0.079

Fuente: elaboración propia. Nota \*: significativo a  $p < 0.05$ . Puntuación de medición en escala del 1 (menor) al 5 (mayor).

En cuanto al desglose por factores, se presentó una disminución en el valor de los mismos, con una media de 0.09 estadísticamente significativa  $p = 0.046$  en el factor Jefe, lo cual podría sugerir empíricamente que los lineamientos establecidos en las instituciones de salud durante COVID-19 forzaron a que los jefes buscarán el cumplimiento de los mismos modificando el clima ético organizacional bajo esta perspectiva (Lanes, et al., 2021), el resto de los factores no presentaron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 16).

Tabla 16. *Diferencia de medias de factores de toma de clima ético organizacional antes y durante la pandemia por COVID-19*

No.	Factor	Antes	Durante	Diferencia	Significancia
1	Colegas (misma profesión)	4.07	4.03	-0.04	0.353
2	Pacientes	4.7	4.01	-0.06	0.121
3	Jefe	3.74	3.75	-0.09	0.046*
4	Hospital	3.58	3.49	-0.09	0.059
5	Profesionales de la salud (todas las profesiones)	3.68	3.65	-0.03	0.312

Fuente: elaboración propia. Nota \*: significativo a  $p < 0.05$ . Puntuación de medición en escala del 1 (menor) al 5 (mayor).

#### 5.4 Desempeño organizacional

En correspondencia a la pregunta de investigación acerca de la diferencia del desempeño organizacional antes y durante la pandemia por COVID-19, se presentó una diferencia estadísticamente

significativa ( $p = 0.002$ ) en la comparación de las medias antes y durante COVID-19 del desempeño organizacional, con un menor promedio durante la pandemia del COVID-19.

La media de desempeño organizacional antes de la pandemia COVID-19 fue de 3.56, mínimo de 1.8 y máximo de 4.8. Durante la pandemia del COVID-19 se observa una media de 3.44, un mínimo de 1.8 y máximo de 4.7 (Figura 17).

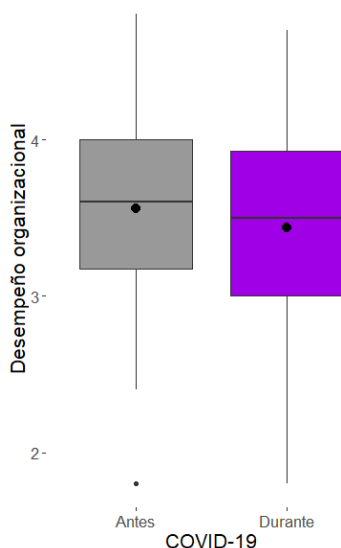


Figura 17. Distribución de desempeño organizacional antes y durante COVID-19  
Fuente: elaboración propia. Puntuación de medición en escala del 1 (menor) al 5 (mayor).

Los resultados indican que el desempeño organizacional se vio afectado por la pandemia por COVID-19 en elementos técnicos como la estrategia y estructura de los procesos institucionales, siendo el número de profesionales y su formación la base para fomentar un trabajo en equipo que se vea reflejado en el cumplimiento de los objetivos organizacionales (Chmielewska et al, 2022).

En el desglose de medias por pregunta, se observan diferencias estadísticamente significativas con una disminución en su media en la pregunta 1 (media 0.16 y  $p = 0.033$ ; pregunta 2 (media 0.18 y  $p = 0.006$ ), pregunta 3 (media 0.21 y  $p = 0.001$ ), pregunta 4 (media 0.15 y  $p = 0.007$ ), pregunta 5 (media 0.13 y  $p = 0.006$ ), pregunta 6 (media 0.15 y  $p = 0.049$ ), pregunta 8 (media 0.09 y  $p = 0.013$ ), pregunta 9 (media 0.19 y  $p = 0.006$ , pregunta 10 (media 0.19 y  $p = 0.006$ ), y pregunta 11 (media 0.21 y  $p < 0.001$ ). El resto de las preguntas no presentan diferencias estadísticamente significativas (Tabla 17).

Tabla 17. Diferencia de medias de desempeño organizacional antes y durante la pandemia por COVID-19

No.	Pregunta	Antes	Durante	Diferencia	Significancia
1	El número de profesionales de la salud de mi organización es pertinente para brindar una atención de calidad (Obtener mayores	3.09	2.93	-0.16	0.033*

	beneficios con menores riesgos para los pacientes)				
2	Los profesionales de salud de mi organización se encuentran adscritos al servicio acorde a su formación para ejercer una atención de calidad (Obtener mayores beneficios con menores riesgos para los pacientes)	3.78	3.60	-0.18	0.006*
3	Los recursos que dispone mi organización me permiten desempeñar mis actividades	3.47	3.26	-0.21	0.001*
4	Las instalaciones de mi organización favorecen mi actividad diaria	3.51	3.36	-0.15	0.007*
5	Las políticas, lineamientos y procesos de la institución, facilitan la atención a los pacientes	3.49	3.36	-0.13	0.006*
6	Los servicios de mi organización cumplen con las necesidades de los pacientes	3.31	3.16	-0.15	0.049*
7	La planificación de mis actividades dentro de la organización favorece mi desempeño	3.84	3.75	-0.09	0.083
8	Busco dar cumplimiento a los objetivos de atención a pacientes de la institución	4.44	4.35	-0.09	0.013*
9	Mi organización cumple con los objetivos de atención a pacientes programados para mi área (p.ej. radiología, laboratorio, trabajo social, etc.)	3.79	3.60	-0.19	0.006*
10	La comunicación entre los distintos departamentos de la organización es oportuna	3.47	3.28	-0.19	0.006*
11	En general las políticas públicas favorecen la atención a los pacientes	3.43	3.22	-0.21	0.000*
12	La ejecución de la política pública y programas sociales acerca de la vacunación contra COVID-19 ha mejorado mi desempeño	3.36	3.43	0.07	0.357
13	La ejecución de la política pública y programas sociales acerca de la vacunación contra COVID-19 ha mejorado el desempeño de mi organización	3.35	3.41	0.06	0.454
	<b>Promedio global</b>	3.56	3.44	-0.12	0.002*

Fuente: elaboración propia. Nota \*: significativo a  $p < 0.05$ . Puntuación de medición en escala del 1 (menor) al 5 (mayor).

Respecto a las medias por factores se presentan diferencias estadísticamente significativas en factor 1, media 0.16,  $p = 0.003$ ; factor 2, media 0.18  $p = 0.006$ ; factor 3, media 0.21  $p = 0.001$ ; factor 4, media 0.15  $p = 0.007$ ; factor 5, media 0.18,  $p = 0.006$ ; factor 6, media 0.15  $p = 0.049$ ; factor 7, media 0.9  $p = 0.083$ ; factor 8, media 0.14  $p = 0.002$  y factor 9, media 0.19  $p = 0.006$ . Únicamente el factor 10 no presentó diferencias estadísticamente significativas. Durante la pandemia fueron evidentes las afectaciones (debajo de 3.5) principalmente en la cantidad de personal, los servicios, los insumos y la comunicación, las instalaciones físicas y las políticas públicas (que desfavorecieron la atención al paciente), en ese orden. Casi en el límite (3.6) se encuentra la calidad de personal. Esto podría también implicar que los factores organizacionales se ajustaron para atender la contingencia como estrategia alternativa y sin descuidar la prestación de servicios de salud (Tabla 18).

Tabla 18. *Diferencia de medias de factores de desempeño organizacional antes y durante la pandemia por COVID-19*

No.	Factor	Antes	Durante	Diferencia	Significancia
1	Cantidad de personal	3.09	2.93	-0.16	0.033*
2	Calidad de personal	3.78	3.60	-0.18	0.006*
3	Recursos (insumos)	3.47	3.26	-0.21	0.001*
4	Instalaciones físicas	3.51	3.36	-0.15	0.007*
5	Procedimientos	3.49	3.31	-0.18	0.006*
6	Servicios	3.26	3.11	-0.15	0.049*
7	Actividades diarias	3.84	3.75	-0.09	0.083
8	Objetivos de la organización	4.12	3.98	-0.14	0.002*
9	Comunicación	3.47	3.28	-0.19	0.006*
10	Políticas públicas	3.38	3.36	-0.02	0.647

Fuente: elaboración propia. Nota \*: significativo a  $p < 0.05$ . Puntuación de medición en escala del 1 (menor) al 5 (mayor).

Asimismo, el contexto de la pandemia propició una deficiencia en la comunicación interna por el temor al contagio, involucrando el uso inapropiado de tecnologías de la información con diálogos con poca deliberación, disminuyendo la eficiencia en la calidad de la atención de salud (Damián et al., 2021).

## 5.5 Diferencias por tipo de instituciones de salud

### 5.5.1 Toma de decisiones éticas

Los promedios de la toma de decisiones éticas antes de COVID-19 fueron 3.9 para instituciones públicas y 4.2 para instituciones privadas, siendo durante la pandemia COVID-19 los mismos promedios (Figura 18).

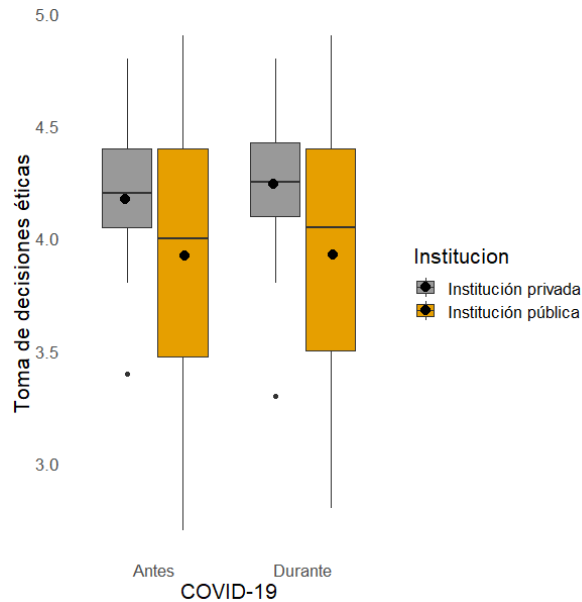


Figura 18. Diferencias de distribución de toma de decisiones éticas por instituciones antes y durante COVID-19

Fuente: elaboración propia. Puntuación de medición en escala del 1 (menor) al 5 (mayor).

Al realizar la prueba de ANOVA de medidas repetidas, no se presenta una modificación en las medias tanto para las instituciones públicas como privadas, antes y durante COVID-19, y a su vez, no se presentan diferencias entre las instituciones en su media de toma de decisiones éticas en ambos periodos de tiempo analizadas.

Esto indica que no se presentó un cambio en la toma de decisiones éticas antes y durante la pandemia COVID-19 por tipo de institución, y a pesar de que se presenta un mayor promedio para la institución privada, este no es estadísticamente significativo respecto a la institución pública.

### 5.5.2 Clima ético organizacional

En el clima ético organizacional se observa un promedio antes de la pandemia COVID-19 de 3.7 para instituciones públicas y 4.0 para instituciones privadas. Durante COVID-19 se observan promedios de 3.6 para instituciones públicas y 4.1 para instituciones privadas (Figura 19).

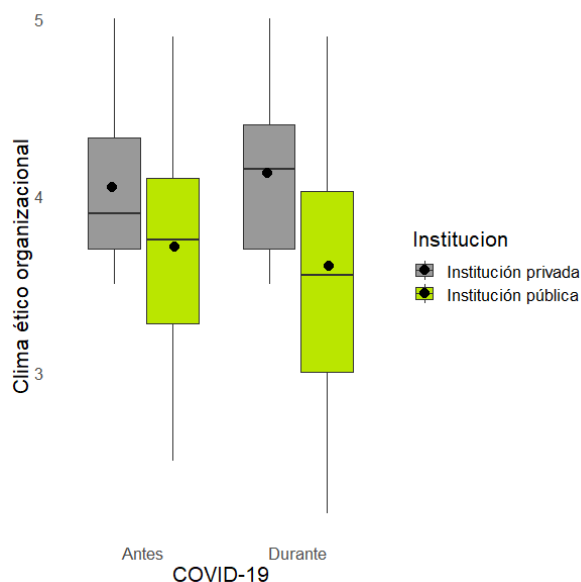


Figura 19. Diferencias de distribución de clima ético organizacional por instituciones antes y durante COVID-19

Fuente: elaboración propia- Puntuación de medición en escala del 1 (menor) al 5 (mayor).

Al realizar la prueba de ANOVA de medidas repetidas, no se observa una diferencia estadísticamente significativa en los promedios del clima ético organizacional para ambos tipos de instituciones al comparar el antes con el durante. Al desglosar los promedios en la prueba de comparaciones múltiples de Tukey, solo se observa una diferencia positiva estadísticamente significativa de 0.523 ( $p = 0.0202$ ) en el periodo durante COVID-19 entre las instituciones privadas y públicas, siendo mayor el promedio para la institución privada, el resto de los periodos y tipos de institución no muestran diferencias estadísticamente significativas.

Los resultados difieren de los identificados por Bustamante et al., (2022), quienes describen que la percepción del clima organizacional en un hospital público es mayor al privado; una posible explicación es que a pesar de que existen estructuras similares, los objetivos institucionales se abordan desde distintos factores como lo es la comunicación o la autonomía profesional, factores que se vieron afectados por la pandemia por COVID-19 como se muestra en la tabla 18.

### 5.5.3 Desempeño organizacional

En el desempeño organizacional se observa un promedio antes de la pandemia COVID-19 de 3.4 para instituciones públicas y 4.0 para instituciones privadas. Durante la pandemia COVID-19 se observan promedios de 3.3 para instituciones públicas y 4.0 para instituciones privadas (Figura 20).

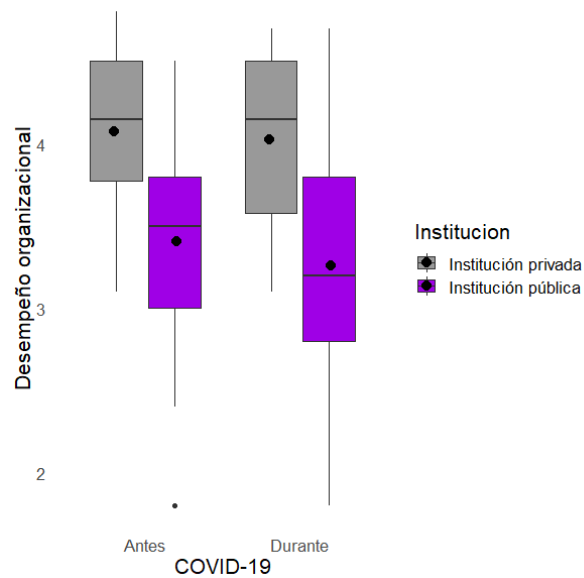


Figura 20. Diferencias de distribución de desempeño organizacional por instituciones antes y durante COVID-19

Fuente: elaboración propia. Puntuación de medición en escala del 1 (menor) al 5 (mayor).

En la prueba de ANOVA de medidas repetidas, se observa una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0.0019$ ) en el efecto del tiempo sobre el desempeño organizacional, es decir, que para ambos tipos de instituciones el promedio del desempeño disminuyó.

En las comparaciones múltiples de Tukey para comparar los promedios entre instituciones en ambos periodos de tiempo, se presentan diferencias estadísticamente significativas antes de la pandemia COVID-19 entre tipos de instituciones de 0.671 ( $p = 0.0009$ ) y durante la pandemia COVID-19 entre tipos de instituciones de 0.765 ( $p = 0.0001$ ).

Los resultados muestran que durante la pandemia por COVID-19 aumento la brecha en los promedios entre los tipos de instituciones, a favor de la institución privada, siendo la diferencia de 0.671 antes y de 0.765 durante. Una posible explicación es que las instituciones públicas adoptaron medidas urgentes para afrontar la pandemia por COVID-19, lo cual modificó notablemente tanto la cantidad de personal como los insumos disponibles, principalmente por pacientes de mayor gravedad, quienes requieren una atención con un mayor número de recursos y personal capacitado (Mendoza y Suárez, 2020).

## 5.6 Análisis con y sin departamento de ética

### 5.6.1 Toma de decisiones éticas

Los promedios de la toma de decisiones éticas por departamento de ética antes de la pandemia COVID-19 fueron 3.7 sin departamento de ética, 4.0 con departamento de ética, y 4.2 desconoce, siendo

durante la pandemia COVID-19 un promedio de 3.7 sin departamento de ética, 4.0 con departamento de ética, y 4.1 desconoce (Figura 21).

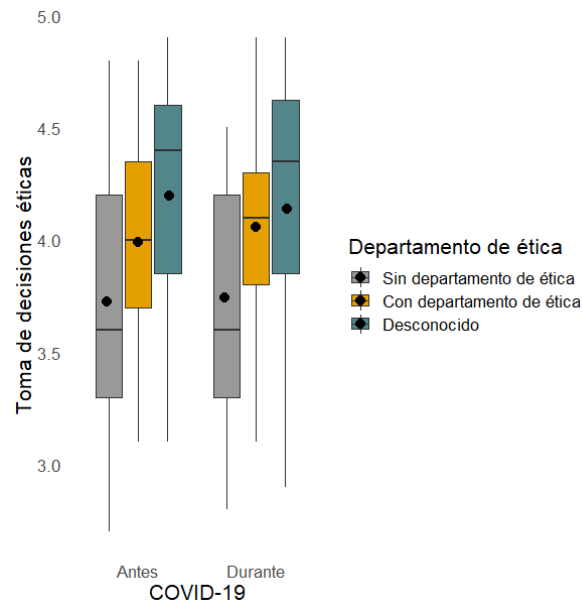


Figura 21. Diferencias de distribución de toma de decisiones éticas por departamento de ética antes y durante COVID-19

Fuente: elaboración propia. Puntuación de medición en escala del 1 (menor) al 5 (mayor).

En el desglose las medias con la presencia de departamento de ética con la prueba de ANOVA de medidas repetidas, no se presentan cambios en el durante respecto al antes, por lo que tampoco se presentan diferencias entre las medias por el tipo de departamento de ética.

Esto indica que no se presentó un cambio en la toma de decisiones éticas antes y durante COVID-19, lo cual se observa en los resultados mostrados en la Tabla 14 y que, en su desglose por departamento de ética, tampoco se presentan cambios.

### 5.6.2 Clima ético organizacional

En el clima ético organizacional acorde a la presencia de un departamento de ética se observa un promedio antes de COVID-19 de 3.4 en sin departamento de ética, 3.9 para departamento de ética y 3.9 para desconocido. Durante COVID-19 se observan promedios de 3.3 en sin departamento de ética, 3.9 con departamento de ética y 3.9 en desconocido (Figura 22).

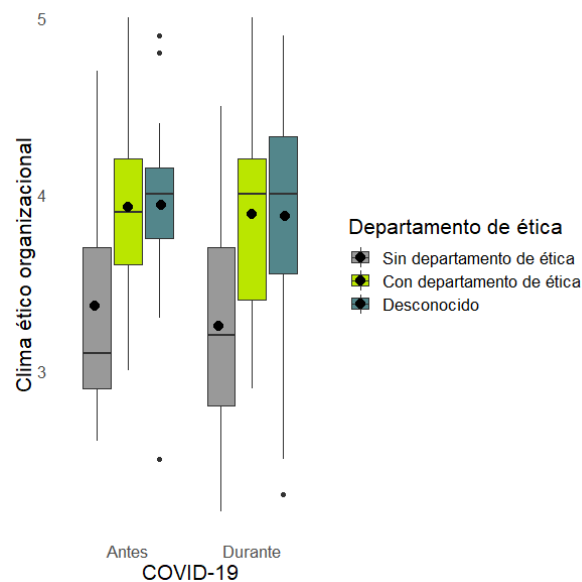


Figura 22. Diferencias de distribución de clima ético organizacional por departamento de ética antes y durante COVID-19

Fuente: elaboración propia. Puntuación de medición en escala del 1 (menor) al 5 (mayor).

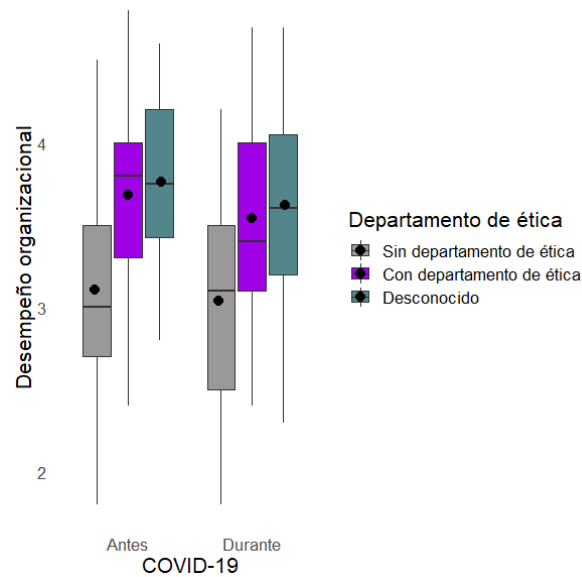
Al realizar la prueba de ANOVA de medidas repetidas, no se presentaron cambios estadísticamente significativos en las medias por departamento de ética en el durante respecto al antes.

En la prueba de comparaciones múltiples de Tukey, se observa una diferencia estadísticamente significativa de 0.5584 ( $p = 0.0294$ ) en el periodo antes la pandemia COVID-19 entre con departamento de ética y sin departamento de ética. Durante la pandemia COVID-19 se observan diferencias estadísticamente significativas de 0.6342 ( $p = 0.0085$ ) entre los casos con departamento de ética y sin departamento de ética, y sin departamento de ética y desconoce de 0.6261 ( $p = 0.0249$ ).

Esto demuestra que el clima ético organizacional al desglosarse por departamento de ética, se presenta una diferencia entre la presencia y ausencia de un departamento de ética antes y durante COVID-19, considerando que desconocido representa un grupo sobre el que se tendría que indagar más para tener una comparación de clima ético organizacional más precisa.

### 5.6.3 Desempeño organizacional

En desempeño organizacional acorde al departamento de ética se observa un promedio antes de la pandemia COVID-19 de 3.1 en casos sin departamento de ética, 3.7 para casos con departamento de ética y 3.8 para desconoce. Durante la pandemia COVID-19 se observan promedios de 3.0 en casos sin departamento de ética, 3.6 con departamento de ética y 3.6 en desconoce (Figura 23).



*Figura 23.* Diferencias de distribución de desempeño organizacional por departamento de ética antes y durante COVID-19

Fuente: elaboración propia. Puntuación de medición en escala del 1 (menor) al 5 (mayor).

Respecto a la prueba de ANOVA de medidas repetidas, no se observa una diferencia estadísticamente significativa entre el durante respecto al antes en los tipos de departamentos de ética.

Sin embargo, en la prueba de comparaciones múltiples de Tukey, se presentan diferencias estadísticamente significativas antes de la pandemia COVID-19 entre departamento de ética y sin departamento de ética con una diferencia de 0.5780 ( $p = 0.0336$ ), y entre desconocido y sin departamento de ética de 0.6541 ( $p = 0.0249$ ). A su vez, durante la pandemia COVID-19 no se presentaron diferencias estadísticamente significativas a pesar de que la estimación de promedios es menor.

Estos resultados indican que el efecto de la pandemia COVID-19 en el desempeño organizacional es mayor que en las diferencias que se presentan por departamento de ética per se, siendo los resultados similares a los descritos en la Tabla 17.

## 5.7 Modelo de intercepto aleatorio

En respuesta a la segunda pregunta de investigación sobre identificar si la toma de decisiones éticas y el clima organizacional tuvieron un efecto en el desempeño organizacional, durante la pandemia por COVID-19, se presentó un efecto positivo estadísticamente significativo en el desempeño organizacional antes y durante la pandemia por COVID-19, lo cual se describe a continuación.

En el modelo de intercepto aleatorio, teniendo como variable dependiente al desempeño organizacional, para analizar los cambios por el efecto de la pandemia COVID-19 en interacción con la toma de decisiones éticas y clima ético organizacional, se observa que el efecto de la pandemia COVID-19, toma de decisiones éticas, clima ético organizacional y sus respectivas interacciones son estadísticamente significativas, con un coeficiente de correlación intraclass ajustado de 0.892, de modo que la proporción de las mediciones atribuible a los participantes es de 89.2%, el resto se debe a la variabilidad entre mediciones de los mismos participantes (Tabla 19).

Los coeficientes de la toma de decisiones éticas y clima ético organizacional muestran un coeficiente con valor positivo, lo cual indica que estos dos efectos aumentan el desempeño organizacional por cada unidad que aumentan las mismas (Tabla 19).

Por otra parte, cuando la toma de decisiones éticas y clima ético organizacional interactúan con el efecto de la pandemia COVID-19, sus coeficientes muestran un valor negativo, lo que indica que el efecto de la pandemia COVID-19 fue suficiente para disminuir la media estimada para el desempeño organizacional. Sin embargo, la interacción de los 3 efectos analizados muestra un coeficiente positivo, lo cual indica que a pesar de que el desempeño disminuyó por el efecto de COVID-19 este se ve beneficiado por la toma de decisiones éticas y el clima ético organizacional, con una  $R^2$  marginal de 0.62 y  $R^2$  ajustada de 0.96, de tal forma que el modelo explica considerablemente el desempeño organizacional (Tabla 19).

Tabla 19. *Modelo de intercepto aleatorio*

<b>Efecto fijo</b>	<b>Coefficientes</b>	<b>Significancia</b>
Intercepto	-3.76759	0.005599**
COVID-19	2.30318	0.039597*
Toma de decisiones éticas	1.30672	0.000382***
Clima ético organizacional	1.64152	1.72e-05***
COVID-19 Durante: Toma de decisiones éticas	-0.58074	0.042449*
COVID-19 Durante: Clima ético organizacional	-0.72699	0.021082*
Toma de decisiones éticas: Clima ético organizacional	-0.26760	0.004602**
COVID-19 Durante: Toma de decisiones éticas: Clima ético organizacional	0.17475	0.024070*

Fuente: elaboración propia. Nota \*: significativo a  $p < 0.05$ ; \*\*: significativo a  $p < 0.01$ ; \*\*\*: significativo a  $p < 0.001$

En la Figura 24 se observa que la toma de decisiones éticas tuvo un efecto positivo en el desempeño organizacional antes y durante la pandemia COVID-19, esto a pesar de que la pandemia COVID-19 afectó de manera adversa el desempeño organizacional.

Este comportamiento también se observa en la Figura 25, en la que el clima ético organizacional también tiene un efecto positivo en el desempeño organizacional a pesar de su disminución por la pandemia COVID-19; en ambos momentos, antes y durante la pandemia COVID-19, tiene un efecto positivo.

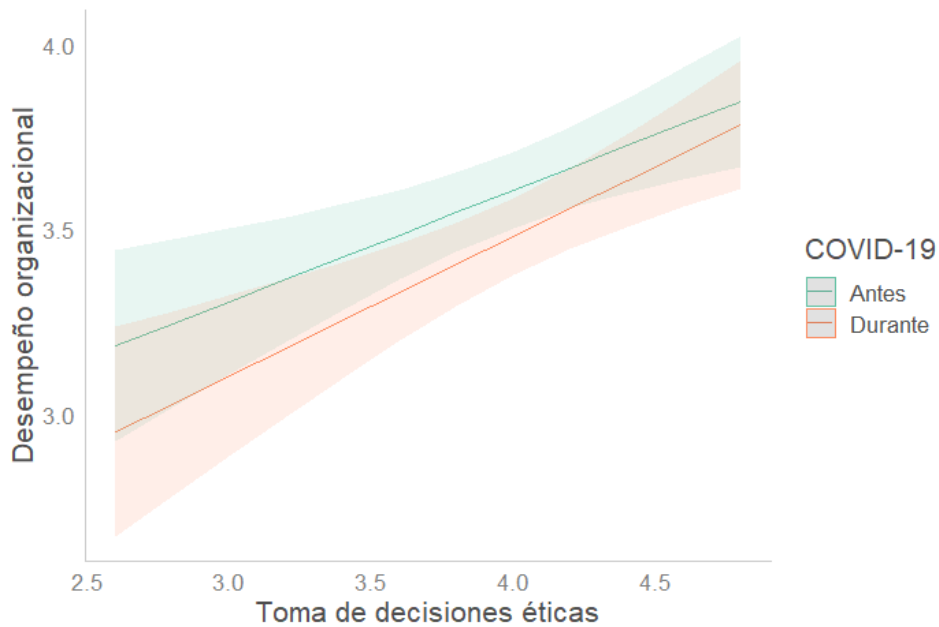


Figura 24. Efecto de la toma de decisiones éticas en el desempeño organizacional antes y durante COVID-19

Fuente: elaboración propia. Puntuación de medición en escala del 1 (menor) al 5 (mayor).

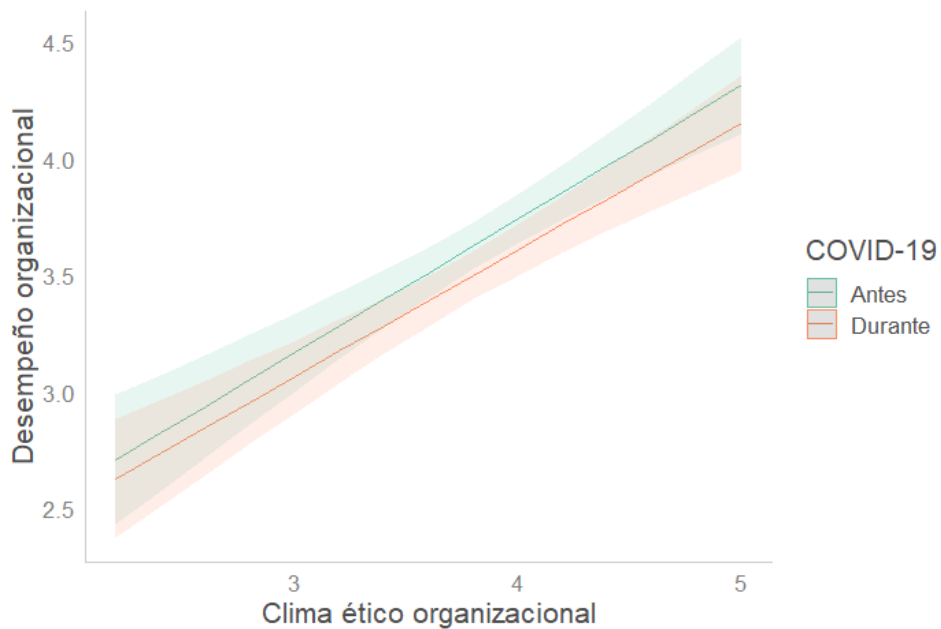


Figura 25. Efecto del clima ético organizacional en el desempeño organizacional antes y durante COVID-19

Fuente: elaboración propia. Puntuación de medición en escala del 1 (menor) al 5 (mayor).

Los resultados coinciden con la evidencia científica, en el que la ética tiene un efecto positivo en el desempeño organizacional, porque la ética influencia la motivación, liderazgo y confianza entre los profesionales de la salud, debido a esto, si la comunicación entre los mismos se ve afectada, el desempeño tiende a disminuir (Foroughi et al., 2019; AlQershi et al., 2022, Aini, 2020; Taheri, 2019; Maarefi y Nonchi, 2021).

## 5.8 Interrelaciones entre departamentos

En la distribución de departamentos donde los profesionales de la salud desempeñan sus actividades, antes de la pandemia COVID-19 fueron principalmente otro con frecuencia 13 (19.1%), consulta 10 (14.7%) y cirugía con frecuencia 7 (10.3%); durante la pandemia COVID-19 fueron los mismos departamentos con otro y frecuencia de 11 (16.9%), consulta 8 casos (12.3%) y cirugía con 6 (9.2%) (Tabla 20).

Tabla 20. Distribución de departamentos antes y durante COVID-19

Departamento	Antes		Durante	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Banco de sangre	1	1.5	2	3.1
Cirugía	7	10.3	6	9.2
Consulta	10	14.7	8	12.3
Enfermería	5	7.4	6	9.2
Epidemiología	6	8.8	6	9.2
Ginecología y obstetricia	2	2.9	2	3.1
Laboratorio	6	8.8	4	6.2
Medicina interna	4	5.9	5	7.7
Otro	13	19.1	11	16.9
Patología	-	-	1	1.5
Pediatría	3	4.4	2	3.1
Quirófano	3	4.4	2	3.1
Radiología	5	7.4	5	7.7
Rehabilitación	2	2.9	2	3.1
Urgencias	1	1.5	3	4.6
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

En la distribución por prioridad de interacción, la prioridad número 1 antes de la pandemia COVID-19 fue 11 (16.2%) laboratorio, departamento que durante la pandemia COVID-19 disminuyó su prioridad, siendo en ese periodo de estudio tanto dirección general como enfermería con una frecuencia de 10 y porcentaje de 15.2 % respectivamente (Tabla 21).

Tabla 21. Distribución de prioridad no.1 de interacción antes y durante COVID-19

Prioridad no.1	Antes		Durante	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Banco de sangre	2	2.9	1	1.5
Cirugía	5	7.4	2	3.0

Consulta	4	5.9	3	4.5
Dirección general	9	13.2	10	15.2
Enfermería	9	13.2	10	15.2
Epidemiología	2	2.9	7	10.6
Farmacia	3	4.4	3	4.5
Ginecología y obstetricia	2	2.9	3	4.5
Laboratorio	11	16.2	9	13.6
Limpieza y mantenimiento	-	-	1	1.5
Medicina interna	5	7.4	5	7.6
Otro	1	1.5	1	1.5
Pediatría	2	2.9	-	-
Quirófano	5	7.4	2	3.0
Radiología	2	2.9	2	3.0
Seguridad	1	1.5	1	1.5
Urgencias	5	7.4	6	9.1
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la prioridad número 2 antes de la pandemia COVID-19 fue 14 (21.2%) enfermería, departamento que se mantuvo como prioridad número 2 durante la pandemia COVID-19 con una frecuencia de 13 y un porcentaje de 20.6 % (Tabla 22).

Tabla 22. Distribución de prioridad no.2 de interacción antes y durante COVID-19

Prioridad no.2	Antes		Durante	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Archivo clínico	2	3.0	-	-
Banco de sangre	3	4.5	3	4.8
Cirugía	5	7.6	2	3.2
Consulta	6	9.1	4	6.3
Dirección general	2	3.0	1	1.6
Docencia e investigación	-	-	1	1.6
Enfermería	14	21.2	13	20.6
Epidemiología	2	3.0	3	4.8
Farmacia	3	4.5	3	4.8
Ginecología y obstetricia	3	4.5	1	1.6
Laboratorio	11	16.7	8	12.7
Medicina interna	2	3.0	7	11.1
Otro	1	1.5	-	-
Pediatría	1	1.5	2	3.2
Quirófano	2	3.0	2	3.2
Radiología	2	3.0	2	3.2
Salud mental	-	-	1	1.6
Sindicato	1	1.5	1	1.6
Trabajo social	1	1.5	1	1.6
Urgencias	5	7.6	8	12.7

<b>Total</b>	66	100	63	100
--------------	----	-----	----	-----

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la prioridad número 3, tanto antes y durante la pandemia COVID-19 el principal departamento fue laboratorio con una distribución de 13 (20%) antes de la pandemia COVID-19 y 15 (23.8%) durante la pandemia COVID-19 (Tabla 23).

Tabla 23. Distribución de prioridad no.3 de interacción antes y durante COVID-19

Prioridad no.3	Antes		Durante	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Archivo clínico	3	4.6	-	-
Banco de sangre	1	1.5	-	-
Cirugía	2	3.1	6	9.5
Consulta	2	3.1	2	3.2
Docencia e investigación	1	1.5	1	1.6
Enfermería	8	12.3	9	14.3
Epidemiología	1	1.5	1	1.6
Farmacia	5	7.7	3	4.8
Ginecología y obstetricia	3	4.6	-	-
Laboratorio	13	20.0	15	23.8
Limpieza y mantenimiento	1	1.5	7	11.1
Medicina interna	2	3.1	4	6.3
Otro	-	-	1	1.6
Pediatría	1	1.5	-	-
Quirófano	5	7.7	3	4.8
Radiología	5	7.7	4	6.3
Salud mental	1	1.5	-	-
Trabajo social	3	4.6	1	1.6
Urgencias	8	12.3	6	9.5
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

En la prioridad número 4 antes de COVID-19 el principal departamento fue 10 (15.6%) laboratorio; durante COVID-19 se presentó una modificación de departamento a 11 (18%) farmacia (Tabla 24).

Tabla 24. Distribución de prioridad no.4 de interacción antes y durante COVID-19

Prioridad no.4	Antes		Durante	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Archivo clínico	1	1.6	1	1.6
Banco de sangre	2	3.1	1	1.6
Cirugía	4	6.3	8	13.1

Consulta	4	6.3	8	13.1
Dirección general	4	6.3	2	3.3
Enfermería	6	9.4	3	4.9
Epidemiología	5	7.8	2	3.3
Farmacia	3	4.7	11	18.0
Ginecología y obstetricia	2	3.1	6	9.8
Laboratorio	10	15.6	1	1.6
Limpieza y mantenimiento	4	6.3	2	3.3
Medicina interna	2	3.1	2	3.3
Nutriología	4	6.3	1	1.6
Otro	1	1.6	5	8.2
Patología	1	1.6	-	-
Pediatría	2	3.1	-	-
Radiología	3	4.7	-	-
Salud mental	-	-	2	3.3
Sindicato	2	3.1	3	4.9
Trabajo social	1	1.6	1	1.6
Urgencias	3	4.7	2	3.3
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

En relación a la prioridad número 5, antes de la pandemia COVID-19 el principal departamento fue 7 (11.1%) archivo clínico; durante la pandemia COVID-19 fue principalmente 9 (14.5%) sindicato (Tabla 25).

Tabla 25. Distribución de prioridad no.5 de interacción antes y durante COVID-19

Prioridad no.5	Antes		Durante	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Archivo clínico	7	11.1	7	11.3
Banco de sangre	2	3.2	1	1.6
Consulta	4	6.3	3	4.8
Dirección general	1	1.6	6	9.7
Docencia e investigación	2	3.2	2	3.2
Enfermería	3	4.8	2	3.2
Epidemiología	2	3.2	3	4.8
Farmacia	3	4.8	2	3.2
Ginecología y obstetricia	-	-	2	3.2
Laboratorio	2	3.2	-	-
Limpieza y mantenimiento	2	3.2	4	6.5
Medicina interna	3	4.8	1	1.6
Nutriología	3	4.8	2	3.2
Odontología	6	9.5	3	4.8
Otro	6	9.5	3	4.8
Patología	-	-	2	3.2
Quirófano	1	1.6	1	1.6

<b>Radiología</b>	3	4.8	1	1.6
<b>Salud mental</b>	1	1.6	-	-
<b>Seguridad</b>	3	4.8	2	3.2
<b>Sindicato</b>	4	6.3	9	14.5
<b>Trabajo social</b>	5	7.9	4	6.5
<b>Urgencias</b>	-	-	2	3.2
<b>Total</b>	63	100	62	100

Fuente: Elaboración propia

En la distribución de los departamentos que brindan un servicio en tiempo y forma, se observa que los principales departamentos antes de la pandemia COVID-10 fueron 11 (16.4%) urgencias, 9 (13.4%) consulta y 6 (9%) laboratorio; durante la pandemia COVID-19 se mantuvo urgencias como el principal departamento con una frecuencia de 16 y porcentaje de 24.2, seguido de laboratorio y enfermería, ambos con una frecuencia de 9 y porcentaje de 13.6 (Tabla 26).

Tabla 26. *Distribución de departamentos que brindan un servicio en tiempo y forma antes y durante COVID-19*

Departamento	Antes		Durante	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>Archivo clínico</b>	3	4.5	2	3.0
<b>Banco de sangre</b>	4	6.0	3	4.5
<b>Cirugía</b>	2	3.0	-	-
<b>Consulta</b>	9	13.4	3	4.5
<b>Dirección general</b>	2	3.0	2	3.0
<b>Docencia e investigación</b>	2	3.0	-	-
<b>Enfermería</b>	8	11.9	9	13.6
<b>Epidemiología</b>	3	4.5	4	6.1
<b>Farmacia</b>	3	4.5	3	4.5
<b>Ginecología y obstetricia</b>	2	3.0	2	3.0
<b>Laboratorio</b>	6	9.0	9	13.6
<b>Limpieza y mantenimiento</b>	-	-	2	3.0
<b>Medicina interna</b>	2	3.0	2	3.0
<b>Odontología</b>	-	-	1	1.5
<b>Otro</b>	2	3.0	2	3.0
<b>Pediatría</b>	1	1.5	-	-
<b>Quirófano</b>	3	4.5	1	1.5
<b>Radiología</b>	2	3.0	2	3.0
<b>Rehabilitación</b>	2	3.0	2	3.0
<b>Seguridad</b>	-	-	1	1.5
<b>Urgencias</b>	11	16.4	16	24.2
<b>Total</b>	67	100	66	100

Fuente: Elaboración propia

En la distribución de departamentos que tienen un trato cordial y profesional con los pacientes, antes y durante COVID-19 fue principalmente enfermería con una frecuencia antes de la pandemia COVID-19 de

19 y porcentaje de 27.9%, durante COVID-19 disminuyó su frecuencia y porcentaje a 16 y 23.5 respectivamente (Tabla 27).

Tabla 27. Distribución de departamentos que tienen un trato cordial y profesional con los pacientes antes y durante COVID-19

Departamento	Antes		Durante	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Banco de sangre	1	1.5	2	2.9
Cirugía	4	5.9	2	2.9
Consulta	9	13.2	9	13.2
Dirección general	3	4.4	2	2.9
Docencia e investigación	1	1.5	1	1.5
Enfermería	19	27.9	16	23.5
Epidemiología	1	1.5	3	4.4
Farmacia	-	-	2	2.9
Ginecología y obstetricia	2	2.9	2	2.9
Laboratorio	2	2.9	4	5.9
Medicina interna	3	4.4	4	5.9
Nutriología	1	1.5	-	-
Otro	2	2.9	3	4.4
Pediatría	1	1.5	-	-
Quirófano	3	4.4	1	1.5
Radiología	4	5.9	2	2.9
Rehabilitación	2	2.9	2	2.9
Trabajo social	5	7.4	6	8.8
Urgencias	5	7.4	7	10.3
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100</b>	<b>68</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

Sobre la tercera pregunta de investigación para identificar cambios en la interrelación de departamentos antes y durante la pandemia, acorde al análisis de redes, en cuanto a la interrelación de departamentos antes de la pandemia COVID-19 con su principal prioridad de interacción, se presenta un total de 17 nodos y 68 enlaces, en el que se observa que laboratorio, enfermería y dirección general son los principales departamentos en cuanto a los enlaces que se forman, lo cual indica que son servicios que forman puentes y comunicación con el resto de los departamentos pertenecientes principalmente a servicios clínicos y quirúrgicos (Figura 26).

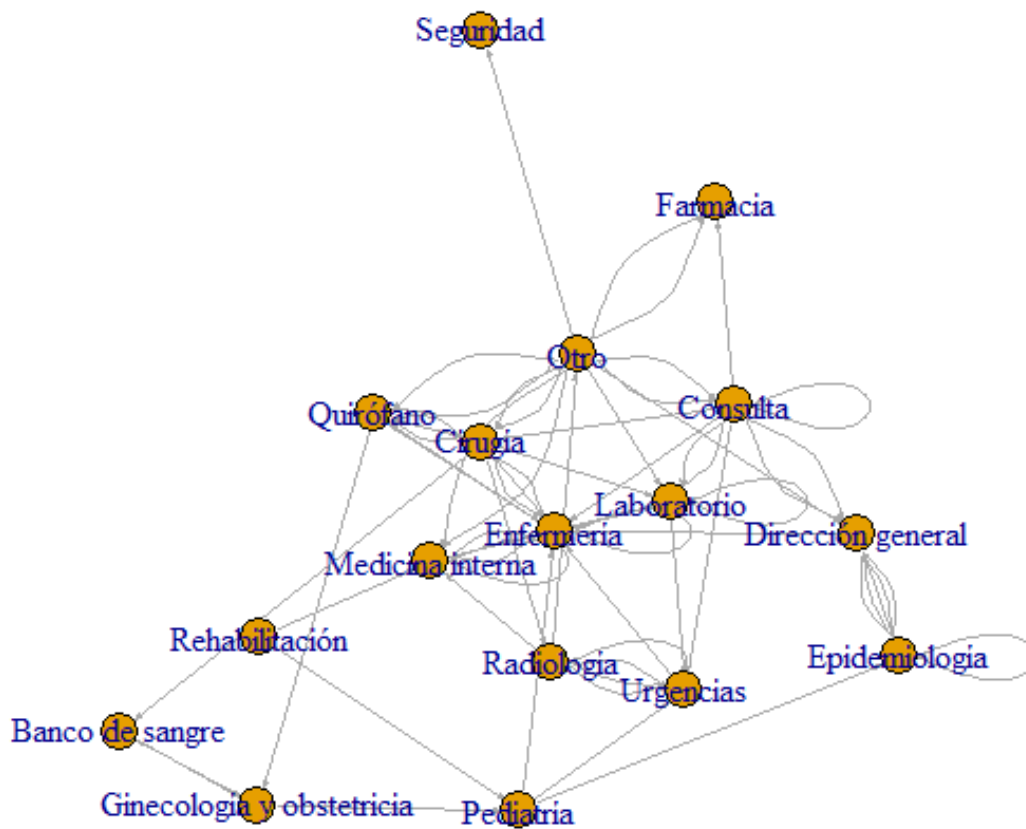


Figura 26. Interrelación de departamentos antes de COVID-19 acorde a su principal prioridad de interacción

Fuente: Elaboración propia

Al igual que durante la pandemia COVID-19, se presentaron 17 nodos y 68 interacciones, en el que se observa que dirección general, enfermería y laboratorio tienen un comportamiento similar que antes de COVID-19, sin embargo, se presenta un mayor número de enlaces entre consulta y otro, siendo al igual que antes de la pandemia COVID-19 el departamento de seguridad, aparentemente aislado en el que solo tiene interacción con otro (Figura 27).

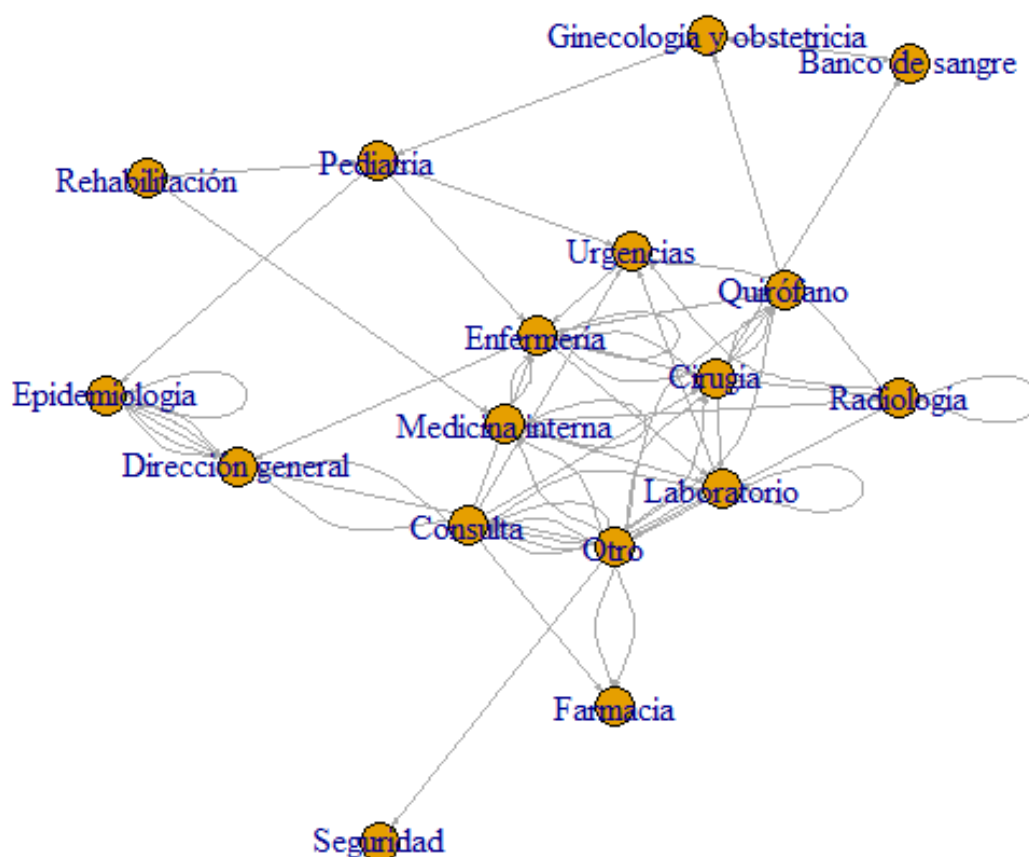


Figura 27. Interrelación de departamentos durante COVID-19 acorde a su principal prioridad de interacción  
Fuente: Elaboración propia

Cabe destacar que “Otro” en antes COVID-19 se conformó por medicina familiar, reumatología y administración, servicios que no se desglosan en durante COVID-19, y que fueron sustituidos por área COVID y módulo de enfermedades respiratorias. Esta modificación es representativa puesto que se la pandemia por COVID-19 tuvo un impacto en la prestación de servicios de salud considerados como esenciales (Tullo et al., 2020).

Las frecuencias de interacciones y la interacción entre departamentos acorde a sus prioridades se desglosan en el Anexo 5.

## Capítulo VI. Discusión

La pandemia por COVID-19 representa un reto para las organizaciones en salud, las cuales no solo se enfrentan constantemente a cambios en la salud global, sino a factores contingentes como COVID-19 que pueden tener la capacidad de modificar el desempeño de una organización, y el cómo las estructuras sociales de las instituciones de salud pueden verse afectadas (Chua et al, 2020; Kendzerska et al, 2021; Mohamed y Gaballah, 2018). Los resultados de la presente tesis en general demuestran que el desempeño organizacional a pesar de su disminución por COVID-19 mantiene una tendencia favorable debido a la ética, siendo más representativo el factor de “objetivos de la organización” dentro de los promedios de los factores que conforman al desempeño organizacional. Estos resultados pueden explicarse por la estructura organizacional de los hospitales que en general está enfocado a cumplir objetivos y operar en función de los requisitos de una unidad hospitalaria, con la intención de brindar el máximo nivel posible de salud (Chmielewska et al, 2022).

Acorde a la teoría de la contingencia y la teoría de la ecología de las poblaciones, la pandemia por COVID-19 es un factor que, por si solo tuvo la capacidad de modificar el ambiente de las organizaciones de salud debido a su impacto a gran escala en las infraestructuras existentes en los sistemas de salud, principalmente en su estructura social, de tal forma que esta estructura se adaptó a las necesidades por la pandemia sin dejar de atender las necesidades más prevalentes antes de la pandemia, como lo son las enfermedades crónico degenerativas (Marín y Cuartas, 2014; Greve y Argote, 2015; Agüero, 2007; Tebeje y Klein, 2021; Scott et al., 2020).

Uno de los principales cambios observados en la atención brindada durante la pandemia por COVID-19 es el cambio en la utilización de los servicios de salud, disminuyendo el uso de servicios como consulta externa por el temor al contagio por COVID-19, sustituyéndose por servicios para atender con prontitud a pacientes infectados por COVID-19. Un servicio que disminuyó notablemente su uso fue el de oncología en un 75% acorde a la bibliografía. La evidencia empírica del presente estudio identificó que se sustituyó medicina familiar por área COVID. Estos cambios forzaron a las instituciones de salud en México a continuar brindando el máximo nivel posible de salud, estableciendo “Hospitales COVID” instituida como una reconversión hospitalaria y campañas de vacunación en distintas regiones para poder hacer frente a esta pandemia, cambios explicados por la teoría del cambio, la cual permite identificar las necesidades de intervención y ejecutar estrategias que fomenten al cambio hacia el bien de la población (Al-Tawfiq et al., 2020; Gobierno de México, 2020; PAHO, 2021; Rogers, 2014).

Estos cambios modificaron el entorno interno de las instituciones de salud, que, al pertenecer a un sistema abierto, sus interrelaciones y por lo tanto clima organizacional de ajustaron al cambio constante y dinámico del entorno externo. A pesar de que existen cambios por COVID-19 en el entorno de las instituciones de salud, existen actividades que inclusive diferencian a las instituciones públicas de las privadas, como son la burocracia, la competitividad, motivación, innovación etc., factores que por su naturaleza se ven reflejadas en la calidad del servicio. En el caso de la pandemia por COVID-19 los departamentos dentro de las instituciones de salud se ajustaron a las necesidades específicas que fueron atender a pacientes infectados por COVID-19, evidencia que se demuestra en la presente tesis (Bustamente et al. 2022; Schneider y Barbera, 2014).

Debido a un cambio en el entorno, se pueden producir cuestionamientos y dilemas en la toma de decisiones éticas realizadas por los profesionales de la salud, sobre todo en pacientes en estado de gravedad, por lo que herramientas y políticas que permitan tomar decisiones en pro de los pacientes tomaron

un rol de suma importancia para evitar variaciones en este proceso, y ser prudentes en el desenlace clínico. A su vez, este proceso se acompaña y de beneficia de personas que tienen un ambiente favorable para reconocer los estándares morales y mitigar las ambigüedades en la toma de decisiones (Guidolin et al., 2022; Helzer et al., 2022)

En la figura 28 se describe la interacción de las variables analizadas, en el que acorde a la teoría de contingencia y teoría de la ecología de las poblaciones, COVID-19 se vuelve un factor que puede modificar directamente la interrelación de departamentos dentro de instituciones de salud, toma de decisiones éticas y clima ético organizacional, sin embargo, en el caso de la toma de decisiones éticas, el institucionalismo establece y regula la actitud y compromiso de las instituciones de salud y profesionales de la salud hacia la población, de tal manera que se busca brindar el máximo nivel posible de salud a la población. A su vez, la teoría del cambio a través de los tomadores de decisiones, los planes y estrategias modifican las estructuras sociales de las instituciones de salud, de modo que los objetivos se cumplan de manera eficiente, empero, debido a estos cambios el clima ético organizacional, explicado por el Modelo de Burke-Litwin, puede modificarse de manera desfavorable o, por el contrario, favorecer la toma de decisiones.

Como resultado, la interacción de los distintos actores y factores repercuten en el desempeño organizacional, que acorde a la evidencia empírica del presente trabajo, disminuyó por COVID-19, pero la disminución fue mitigada por la toma de decisiones éticas y el clima ético organizacional, dimensiones que no se modificaron por COVID-19.

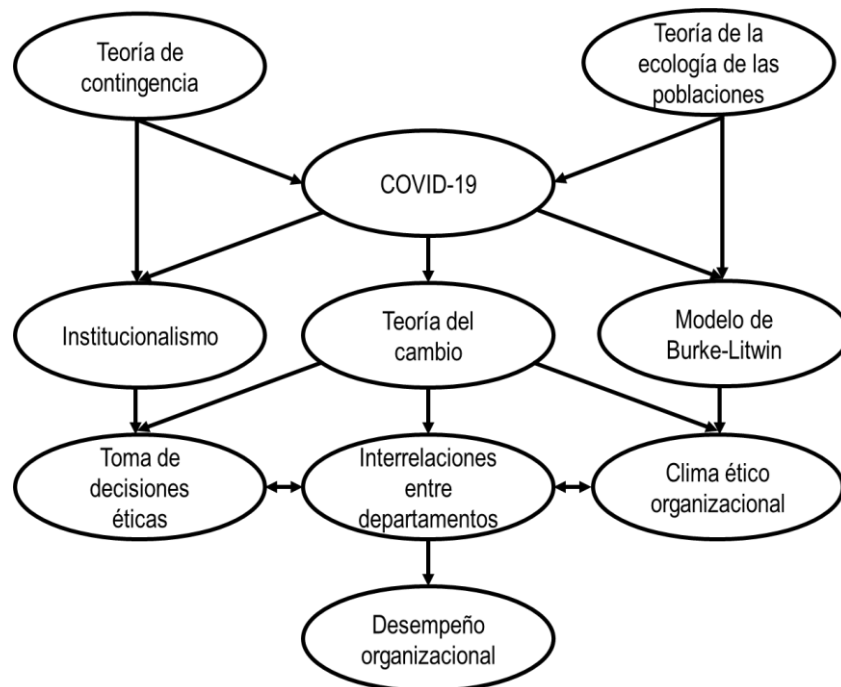


Figura 28. Ética y desempeño organizacional durante la pandemia por COVID-19  
Fuente: Elaboración propia

Esta interacción se explica debido a que un clima favorable se relaciona de manera positiva con una mejora en el compromiso organizacional. Los resultados empíricos explican que el clima ético organizacional se ve favorecido por las prácticas que se ejercen con los colegas y no tanto por los procesos del hospital,

esto sugiere que la influencia del compromiso afectivo con los colegas mejora el desempeño y el clima organizacional (Bahrami et al, 2016; Woznyj et al, 2019).

A su vez, los resultados demuestran que existe una asociación entre el clima ético organizacional y el desempeño organizacional, evidencia que en otros trabajos se explica porque el clima organizacional es un factor importante al generar entornos de atención médica en los que predomina el compromiso, puesto que unas de las posibles dimensiones a estudiar dentro del clima organizacional, el diseño organizacional y potencial humano, se relacionan positivamente con el desempeño organizacional (Berberoglu, 2018, Rojas, 2019).

En dos estudios en los que se evaluó el clima ético organizacional en unidades hospitalarias en personal de enfermería, se presentó un clima ético de 3.5 y 2.75 respectivamente, resultados que contrastan con los resultados obtenidos en el presente estudio, en donde se mantuvo un promedio por arriba de 3.5 antes y durante COVID-19, lo que indica que a pesar de que COVID-19 es un factor contingente que puede modificar la estructura social de una organización, no fue suficiente para afectar el clima organizacional basado en la ética dentro de los hospitales. Incluso podría obedecer a que en condiciones críticas o metas superordinarias (urgentes y complejas) como la pandemia, pueden propiciar la cohesión grupal (Shafipour et al, 2016; Khalesi et al, 2014; Daft, 2019).

Por otra parte, la toma de decisiones ejercidas se basa en aspectos que dicta la bioética médica, resultados que acorde no solo al contexto de la pandemia, los profesionales de la salud pueden enfrentarse en el día a día ante posibles dilemas éticos, en el que el rol de la bioética permite ejecutar las actividades enfocadas en brindar el máximo nivel posible de salud en los pacientes, que acorde a los resultados empíricos, la toma de decisiones presentó un mayor promedio en el juicio clínico, el cual se conforma por la responsabilidad en la toma de decisiones, que las decisiones se ejecutan acorde a principios de bioética y las decisiones realizadas se adaptan a los lineamientos de la institución, que basado en una cultura en la que se fomentan los valores institucionales, se tiene un ambiente favorable para tomar decisiones éticamente correctas (Burrows et al, 2013; Robert et al, 2020; Yepes-Temiño et al, 2021).

Este aspecto favorece a un clima ético basado en las responsabilidades tanto individuales como institucionales, favoreciendo el proceso de cuestionar las decisiones clínicas antes de aplicarlas a los pacientes y, además, permite asumir responsabilidades, que, al acompañarse de los principios de bioética, se presta a que las organizaciones brinden un servicio de calidad.

## **Capítulo VII. Conclusiones y recomendaciones**

Acorde al objetivo general de investigación, los resultados del presente estudio muestran de manera general que la toma de decisiones éticas y el clima ético organizacional, son de suma importancia en el proceso de prestación de servicios de atención clínica, puesto que aun ante factores contingentes como lo es la emergencia sanitaria por COVID-19, estos no modifican su comportamiento, es decir, continúan siendo la base de la atención clínica. A su vez, el mantener niveles óptimos de percepción de la toma de decisiones éticas y clima ético organizacional fomenta el aumento del desempeño organizacional de manera global. Sin embargo, la toma de decisiones éticas, clima ético organizacional y desempeño organizacional, a pesar de que se encuentran en valores considerados como favorables, no presentan un valor considerado como excelente.

La atención tardía en los pacientes, el diagnóstico inadecuado de las enfermedades, los contagios intrahospitalarios, que en ocasiones están vinculados con la ausencia de procesos claros en la atención, la escasez de personal, sus horarios y salarios inadecuados, la escasa disponibilidad de equipos de protección del personal, derivados de la pandemia pudieron haber afectado, tanto el clima ético como las decisiones basadas en la ética. En este entorno de alta complejidad y velocidad, donde la acción prevalece sobre la planeación. No sería extraño sacrificar la toma de decisiones éticas. Sin embargo, antes y durante COVID-19 los profesionales de salud de las unidades hospitalarias encuestadas casi siempre mantuvieron los mismos criterios éticos en la toma de decisiones antes y durante de la pandemia. No obstante, se debe poner especial cuidado en los procedimientos, políticas, lineamientos y procesos de la institución, que propician la toma de decisiones en favor de la salud del paciente (Organización Panamericana de la Salud, 2020; Daft, 2019).

El clima ético en las unidades hospitalarias estudiadas, ha experimentado retos desde antes y especialmente durante COVID-19, los promedios son sensiblemente bajos (de “casi siempre” a “regular”) tanto del hospital como de los profesionales de la salud, particularmente el relacionado con los “superiores o jefes”. El factor que ya venía sufriendo afectaciones, pero éstas se acentuaron con la pandemia, fue el desempeño organizacional, principalmente en la cantidad de personal, los servicios, los insumos y la comunicación, las instalaciones físicas y las políticas públicas (que desfavorecen la atención al paciente), así como la calidad de personal.

A partir de los resultados de esta investigación podría recomendarse el diseño de mecanismos de comunicación visual, tales como tableros, boletines, posters en sitios estratégicos para comunicar los rediseños organizacionales, acorde a cada departamento y jerarquía; evitar los avisos “generales” que no indican con precisión las adecuaciones y ajustes en actividades. Esto realizarlo con la frecuencia que el caso lo amerite, de ser posible diaria o semanalmente conforme existan cambios en las funciones y en los responsables. Evitar dar por hecho que los colaboradores conocen los cambios. Generar la misma información con las adecuaciones para que los pacientes tengan conocimiento. Promover en dichos boletines los procedimientos, políticas, lineamientos y procesos de la institución, enmarcados en la política de salud nacional, y generar mecanismos para que los interioricen los trabajadores de la salud. Crear cursos de capacitación cortos sobre diseño organizacional, toma de decisiones y liderazgo en los superiores o jefes para resolver temas de comunicación, gestión, desempeño y motivación. Coordinar pláticas sobre la importancia de mantener y reforzar la toma de decisiones ética, el comportamiento ético. De ser posible gestionar buzones de denuncia anónima y premiar aquellos casos con dicha connotación, pero también sancionar aquellos que no lo son para fortalecer la transparencia y que las personas confíen en la institución. Empezar un diagnóstico sobre la estructura de puestos y responsabilidades, así como los requerimientos de nueva infraestructura y tecnología, para que los profesionales de la salud cuenten con las herramientas necesarias para el desempeño de sus labores y los pacientes se vean beneficiados (cuantificar financieramente el costo/beneficio). Proyectar diferentes escenarios financieros que apoyen el desempeño del personal de salud en cuanto a horarios, salarios y prestaciones. Cuantificarlo respecto al costo de la rotación, del agotamiento o que el personal sufra de contagios, y sus implicaciones para el sistema de salud público y privado.

En futuras investigaciones es posible ampliar el tamaño de la muestra, tanto de profesionales de la salud como de hospitales públicos y privados; utilizar un muestreo probabilístico por afijación proporcional acorde a cada sujeto de estudio y a cada unidad de análisis; aplicar las encuestas “cara a cara” así como realizar un estudio post-pandemia para contrastar resultados.

## Referencias bibliográficas

- Agüero, Juan Omar. (2007). Teoría de la administración: un campo fragmentado y multifacético. Revista Científica "Visión de Futuro", vol. 7, núm. 1. Universidad Nacional de Misiones.
- Aguilar Luis F. (2012). Política pública. Biblioteca básica de administración pública. Siglo veintiuno editores, México.
- Aguilar-Morles Jorge Everardo. (2019). Teorías del comportamiento organizacional.
- Aguirre, I. (2006). Tesis para obtener el Grado de Doctor en Dirección de organizaciones. UPAEP
- Aini, Q. (2020). Analysis of The Effect of Islamic Leadership on Islamic Motivation and Performance of Employees Both Directly or Indirectly Through Islamic Work Ethics. *Journal of Political Science and Leadership Research*, 16(1), 1-14.
- Airas-Jiménez Milena. (2007). Factores del clima organizacional influyentes en la satisfacción laboral de enfermería, concerniente a los cuidados intensivos neonatales del Hospital Nacional de Niños, 2004. ENFERMERIA EN COSTA RICA, Junio, vol.28(1)
- Aitamaa, E., Suhonen, R., Puukka, P., yLeino-Kilpi, H. (2019). Ethical problems in nursing management - a cross-sectional survey about solving problems. *BMC health services research*, 19(1), 417. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4245-4>
- Alessandro Ancarani, Carmela Di Mauro y Maria Daniela Giammanco. (2019). Linking Organizational Climate to Work Engagement: A Study in the Healthcare Sector, *International Journal of Public Administration*, 42:7, 547-557, DOI: 10.1080/01900692.2018.1491595
- Ali Awad, N. H., & Al-Anwer Ashour, H. M. (2022). Crisis, ethical leadership and moral courage: Ethical climate during COVID-19. *Nursing ethics*, 9697330221105636. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/09697330221105636>
- AlQershi, N. A., Thurasamy, R., Ali, G. A., Al-Rejal, H. A., Al-Ganad, A., y Frhan, E. (2022). The effect of talent management and human capital on sustainable business performance: an empirical investigation in Malaysian hospitals. *International Journal of Ethics and Systems*, 38(2), 316–337. <https://doi.org/10.1108/ijoes-06-2021-0130>
- Al-Tawfiq, J. A., Al-Yami, S. S., & Rigamonti, D. (2020). Changes in healthcare managing COVID and non-COVID-19 patients during the pandemic: striking the balance. *Diagnostic microbiology and infectious disease*, 98(4), 115147. <https://doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2020.115147>
- Álvarez Díaz, J. A. (2021). Aspectos éticos de la telemedicina ante la pandemia de Covid-19. *Medicina Y Ética*, 32(1), 249–270. <https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n1.07>
- Aragón-Nogales R, Vargas-Almanza I, Miranda-Novales MG. (2019). COVID-19 por SARS-CoV-2: la nueva emergencia de salud. *Rev Mex Pediatr*. 86(6):213-218. doi:10.35366/91871

- Arango G.L. (2011). Instrumentos usados para medir clima ético en organizaciones de salud. *rev.latino am.bioet.* Volumen 11 / Número 2 ISSN 1657-4702
- Arpita Rojas, Andrea Mirella. (2019). Bioética en la enseñanza de los profesionales de ciencias de la salud. *Revista Medica Herediana*, 30(2), 126-128. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v30i2.3556>
- Azarpazhooh, M. R., Morovatdar, N., Avan, A., Phan, T. G., Divani, A. A., Yassi, N., Stranges, S., Silver, B., Biller, J., Tokazebani Belasi, M., Kazemi Neyra, S., Khorram, B., Frydman, A., Nilanont, Y., Onorati, E., y Di Napoli, M. (2020). COVID-19 Pandemic and Burden of Non-Communicable Diseases: An Ecological Study on Data of 185 Countries. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases: the official journal of National Stroke Association*, 29(9), 105089. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105089>
- Baber, Hasnan, Spillover Effect of COVID-19 on the Global Economy. (2020). Forthcoming, *Transnational Marketing Journal (TMJ)*, 8(2), 177-196. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3717456>
- Bahrami, M. A., Barati, O., Ghoroghchian, M. S., Montazer-Alfaraj, R., and Ranjbar Ezzatabadi, M. (2016). Role of Organizational Climate in Organizational Commitment: The Case of Teaching Hospitals. *Osong public health and research perspectives*, 7(2), 96–100. <https://doi.org/10.1016/j.phrp.2015.11.009>
- Báscolo, E., Houghton, N., y Del Riego, A. (2018), Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Revista panamericana de salud publica*, 42, e126. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126>
- Berberoglu Aysen. (2018). Impact of organizational climate on organizational commitment and perceived organizational performance: empirical evidence from public hospitals. *BMC Health Services Research*, 18:399. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3149-z>
- Berlinger Nancy, Wynia Matthew, Powell Tia, et al. (2020). Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). *Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19*. The Hastings Center.
- Bernal I. y Pedraza N.A. y Sánchez M.L. (2015). El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. *Estudios Gerenciales*. Volume 31, Issue 134 <http://dx.doi.org/10.1016/j.estger.2014.08.003>
- Birkinshaw Julian y Goddard Jules. (S/F). *Modelos de comportamiento organizacional*.
- Bitencourt, Fábio y Monza, Luciano. (2017). *Arquitectura para salud en América Latina*. Brasilia: Río Book's 1ª ed.
- Brunette Mj, Curioso Wh. (2017). Sistemas de salud móvil integrados: rol de los factores socioculturales y el enfoque de sistemas sociotécnico. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 34(3):544-50. doi:10.17843/rpmesp.2017.343.2859
- Bryman Alan. (2012). *Social Research Methods*. 4ta edición. OXFORD University Press.

- Buchbinder Sharon B., Shanks Nancy H. y Kite Bobbie J. (2019). Introduction to health care management. 4th edition. Jones & Bartlett learning.
- Burrows, Jaime, Echeverría B, Carlos, Goic G, Alejandro, Herrera C, Carolina, Quintana V, Carlos, Rojas O, Alberto, Salinas R, Rodrigo, Serani M, Alejandro, Taboada R, Paulina, and Vacarezza Y, Ricardo. (2013). Organizing health care: an ethical perspective. *Revista médica de Chile*, 141(6), 780-786. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000600013>
- Bustamante, Miguel A., Lapo, María del C., Tello, Michelle G., & Zerda, Elsie R.. (2022). Comparación de factores de clima organizacional entre un hospital público y un hospital privado de Guayas (Ecuador). *Información tecnológica*, 33(3), 249-260. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642022000300249>
- Bustamante-Ubilla, Miguel Alejandro, Grandón Avendaño, Maderline Lissette, y Lapo Maza, María del Carmen. (2015). Caracterización del clima organizacional en hospitales de alta complejidad en Chile. *Estudios Gerenciales*, 31(137), 432-440. <http://dx.doi.org/10.1016/j.estger.2015.08.003>
- Cámara de Diputados. Subdirección de Análisis Económico. (2020). Presupuesto Público Federal para la Función Salud, 2019-2020. SAE-ISS-12-20
- Carayon Pascale. (2006). Human factors of complex sociotechnical systems. *Applied Ergonomics* 37 (2006) 525–535
- Carrasco Díaz Sergio. (2019). METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA. Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación. APLICACIONES EN EDUCACIÓN Y OTRAS CIENCIAS SOCIALES. 19th ed. San Marcos.
- Carrillo Punina Álvaro Patricio. (2016). Medición de la cultura organizacional. *Revista digital. Ciencias Administrativas Año 4 – N° 8 Julio*
- Carroll J. S. y Rudolph J. W. (2006). Design of high reliability organizations in health care. *Qual Saf Health Care*, 15(Suppl 1):i4–i9. doi: 10.1136/qshc.2005.015867
- Chaudhary, R., Rangnekar, S., y Barua, M. (2014). Organizational Climate, Climate Strength and Work Engagement. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 133, 291-303. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.195>
- Chiang Vega, María Margarita, y Salazar Botello, C. Mauricio, Martín Rodrigo, María José, y Nuñez Partido, Antonio. (2011). Clima organizacional y satisfacción laboral. Una comparación entre hospitales públicos de alta y baja complejidad. *Salud de los Trabajadores*, 19(1), 5-16.
- Chiavenato Idalberto. (2009). Comportamiento organizacional. La dinámica del éxito en las organizaciones. 2ª ed. McGra-Hill.
- Chmielewska, M., Stokwiszewski, J., Markowska, J., and Hermanowski, T. (2022). Evaluating Organizational Performance of Public Hospitals using the McKinsey 7-S Framework. *BMC health services research*, 22(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07402-3>

- Chopra Sakshi et al. (2020). Impact of COVID-19 on lifestyle-related behaviours- a cross-sectional audit of responses from nine hundred and ninety-five participants from India Diabetes y Metabolic Syndrome: Clinica Research & Reviews. 14, 2021-2030. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.09.034>
- Chua, A. Q., Tan, M., Verma, M., Han, E., Hsu, L. Y., Cook, A. R., Teo, Y. Y., Lee, V. J., and Legido-Quigley, H. (2020). Health system resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from Singapore. *BMJ global health*, 5(9), e003317. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003317>
- Clifford Balir R. and Taylor Richard A. (2008). *Bioestadística*. 1ª edición. Pearson Educación.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020). Los efectos del COVID-10 en el comercio internacional y la logística. Informe Especial COVID-19.
- Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. (2019). DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. Recuperado el 16 de octubre de 2020 de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019&print=true](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019&print=true)
- Counte Michael, et al. (2019). *The global healthcare manager: competencies, concepts, and skills*. ISBN: 978-1-64055-015-5
- Cribb A, Entwistle V, Mitchell P. (2020). What does 'quality' add? Towards an ethics of healthcare improvement. *Journal of Medical Ethics* 46:118-122.
- Cruz-Rubio César Nicandro. (2011). Convergencias y disparidades en las teorías sobre el cambio de las políticas públicas: una revisión preliminar y una propuesta de integración tipológica. *Administración y desarrollo*. vol. 39, núm. 54, jul. /dic.
- Csaszar, .F. A, y Ostler J. (2020). A Contingency Theory of Representational Complexity in Organizations. *Organization Science* 31(5):1198-1219. <https://doi.org/10.1287/orsc.2019.1346>
- Cubillos Vega, C. (2018). Ética organizacional aplicada. Estudio de caso de una organización de servicios sociales en España. *Innovar*, 28(67), 111-121. doi: 10.15446/innovar.v27n67.68616.
- Daft Richard L. (2019). *Teoría y diseño organizacional*. 12ª edición. Cengage Learning
- Dailey, Robert. (2012). *Comportamiento Organizacional*. Edinburgh Business School. Heriot-Watt University.
- Damián Foronda, Jorge Luis, Castillo Saavedra, Ericson Felix, Reyes Alfaro, Cecilia Elizabeth, Salas Sánchez, Rosa María, y Ayala Jara, Carmen Isolina. (2021). Comunicación interna y desempeño laboral en profesionales sanitarios peruanos durante la pandemia COVID-19. *MediSur*, 19(4), 624-632.
- Dantés, Octavio Gómez, Sesma, Sergio, Becerril, Victor M., Knaul, Felicia M., Arreola, Héctor, y Frenk, Julio. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), s220-s232. Recuperado en 16 de octubre de 2020, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es&tlng=es).
- David, R., Tolbert, P., y Boghossian, J. (2019). *Institutional Theory in Organization Studies*. Oxford Research Encyclopedia of Business and Management. Recuperado el 26 de marzo de 2021, de

<https://oxfordre.com/business/view/10.1093/acrefore/9780190224851.001.0001/acrefore-9780190224851-e-158>.

- De los Santos-Briones, Saúl y Cruz-Lavadores Dulce María. (2004). Criterios éticos para la formulación de políticas y programas de salud. *Gac Méd Méx* Vol.141 No. 3,
- De los Santos-Briones, Saúl, y Cruz-Lavadores, Dulce María. (2005). Criterios éticos para la formulación de políticas y programas de salud. *Gaceta médica de México*, 141(3), 247-249. Recuperado en 05 de marzo de 2021, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-38132005000300016&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000300016&lng=es&tlng=es)
- Del Rio-Mendoza Jeny Rosanna Julia, Munares-Lovaton Alicia y Montalvo-Valdez Hugo. (2013). Clima organizacional en trabajadores de un hospital general de Ica. *Rev méd panacea*. 3(1): 11-14. <https://doi.org/10.35563/rmp.v3i1.87>
- Delaney, J. T., y Huselid, M. A. (1996). The impact of human resource management practices on perceptions of organizational performance. *Academy of Management Journal*, 39(4), 949–969. <https://www.jstor.org/stable/256718>
- Díez Martín, F; Blanco González, A; Prado Román, C. (2010). LEGITIMIDAD COMO FACTOR CLAVE DEL ÉXITO ORGANIZATIVO. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*. Volume 16, Issue 3, [https://doi.org/10.1016/S1135-2523\(12\)60038-0](https://doi.org/10.1016/S1135-2523(12)60038-0).
- Dirección General de Información en Salud (DGIS). (2021). Datos en Salud. Recuperado el 02/02/2021 de <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>
- Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., Lahiri, D., y Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & metabolic syndrome*, 14(5), 779–788. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.035>
- El Bcheraoui, C., Weishaar, H., Pozo-Martin, F., and Hanefeld, J. (2020). Assessing COVID-19 through the lens of health systems' preparedness: time for a change. *Globalization and health*, 16(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00645-5>
- Esper, Susana C. (2017). Institucionalismo, hipocresía y legitimidad: hacia una nueva agenda de investigación. *Tres articul.* Vol. 01
- Esquivel-Guadarrama, José Alejandro. (2020). Pandemia 2020. Algunas consideraciones éticas. *Rev Mex Anestesiol*; 43 (2): 168-172. <https://dx.doi.org/10.35366/92878>
- Estrada, J. M. S., & Ahuerma, I. M. (2022). Evaluación del clima organizacional el personal de fisioterapia bajo el contexto COVID-19. *Revista Electrónica INNOVA IUUV*, 2(1).
- Farrugia, G., and Plutowski, R. W. (2020). Innovation Lessons From the COVID-19 Pandemic. *Mayo Clinic proceedings*, 95(8), 1574–1577. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.05.024>
- Ferorelli, D., Mandarelli, G., Solarino, B. (2020). Ethical Challenges in Health Care Policy during COVID-19 Pandemic in Italy. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*; 56(12): 691.

- Fioro Carlo V., Gorli Mara y Verzillo Stefano. (2018). Evaluating organizational change in health care: the patient-centered hospital model. *BMC Health Services Research* 18:95. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2877-4>
- Flores, A. J. F. (2021). Capital estructural y desempeño organizacional en el sector público de salud del estado de Tamaulipas, México. *RICS Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, 10(19), 1-29.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2021). Población mundial. Dashboard. Recuperado el 16 de abril de 2021 de <https://www.unfpa.org/es/data/world-population-dashboard>
- Foroughi., Zareiyan., Sharififar. (2019). The effect of professional ethics program (in-personal and E-learning) on nurses' performance and satisfaction of patients referring to emergency department of hospitals affiliated to armed forces. *Military Caring Sciences*, 6(2), 136–147. <https://doi.org/10.29252/mcs.6.2.136>
- García Solarte, Mónica. (2009). Clima Organizacional y su Diagnóstico: Una aproximación Conceptual. *Cuadernos de Administración (Universidad del Valle)*, (42), 43-65 [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012046452009000200004&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012046452009000200004&lng=en&tlng=es).
- García-Mangas J.A et al. (2016). Percepción de lo ético desde el punto de vista de los estudiantes de medicina. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 54(2):230-41
- Garay-Sevilla, M. E., Ávalos-Montoya, M. L., Tovar-Villegas, V. I., Daza-Hernández, E. S., Galván-Martínez, D. H., Coria-Caballero, V., ... & Reyes-Domínguez, A. A. (2021). Consideraciones éticas en épocas de epidemias y pandemias. Una mirada de asombro en tiempos de COVID-19 Ethical considerations in times of epidemics and pandemics. A look of amazement in the days of COVID-19. *Rev Mex Endocrinol Metab Nutr*, 8, 3-12.
- Gertler, Paul J., Martínez Sebastián, Premand Patrick et al. (2017). *La evaluación de impacto en la práctica*. 2ª ed. Grupo Banco Mundial.
- Gholam Ali Ahmady, Maryam Mehrpour, Aghdas Nikooravesh. (2016). Organizational Structure. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 230, 455 – 462. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.09.057>
- Giedion Úrsula, Villar Manuela y Ávila Adriana. (2010). *Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el papel del seguro Privado*. Fundación MAPFRE.
- Gobierno de México (2020). *Lineamiento de Reversión Hospitalaria*.
- Gómez Fröde Carina. (2017). El sistema de Salud en México. *Revista CONAMED Vol. 22 Núm. 3. Derecho Sanitario Folio: 420 /2017 ISSN 2007-932X*
- González Cruz, F. (2009). La ética en las organizaciones y el desarrollo local. *Revista Provincia*, (21).
- Greve Henrich R y Argote Linda (2015). *Behavioral Theories of Organization*. Elsevier Ltd.
- Guidolin, K., Catton, J., Rubin, B., Bell, J., Marangos, J., Munro-Heesters, A., Stuart-McEwan, T., & Queresby, F. (2022). Ethical decision making during a healthcare crisis: a resource allocation

- framework and tool. *Journal of medical ethics*, 48(8), 504–509. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107255>
- Hatch, Mary Jo, and Ann L. Cunliffe. (2013). *Organization Theory: Modern, Symbolic, and Postmodern Perspectives*. Oxford: Oxford University Press. Third edition.
- Helzer, E. G., Cohen, T. R., & Kim, Y. (2022). The character lens: A person-centered perspective on moral recognition and ethical decision-making. *Journal of Business Ethics*, 1-18.
- Hernández Gracia, T. J., Duana Avila, D., & Polo Jiménez, S. D. (2021). Clima organizacional y liderazgo en un instituto de salud pública mexicano. *Revista Cubana de Salud Pública*, 47(2).
- Hernández-Herrera, J. E., & Cisneros-Carrasco, J. M. (2022). Perception of working environment in the Laboratory of the Bajío's National Medical Center. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 60(3), 258-267.
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*, Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill Education, Año de edición: 2018, ISBN: 978-1-4562-6096-5, 714 p.
- Hinings C. R. y Lee Gloria L. (1971). *Dimensions of Organization Structure and their Context: A Replication*. First Published January 1, Research Article <https://doi.org/10.1177/003803857100500106>
- Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). (2020). Instituto de Salud para el Bienestar. Recuperado el 16 de octubre de 2020 de <https://www.gob.mx/insabi/articulos/instituto-de-salud-para-el-bienestar-230778>
- Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). (2020). Instituto de Salud para el Bienestar. Recuperado el 16 de octubre de 2020 de <https://www.gob.mx/insabi/articulos/instituto-de-salud-para-el-bienestar-230778>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (1996). *MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE LAS UNIDADES MEDICAS HOSPITALARIAS DE TERCER NIVEL DE ATENCION*. dirección de finanzas y sistemas. Unidad de organización y procesos.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). Derechohabiencia. Recuperado el 16 de octubre de 2020, de <https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/>
- Instituto Nacional de estadística y Geografía (INEGI). (2020). Derechohabiencia. Censo de Población y Vivienda 2020. Recuperado el 04/02/2021 de [https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/#Informacion\\_general](https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/#Informacion_general)
- Instituto Nacional de estadística y Geografía (INEGI). (2020). Población según condición de afiliación a servicios de salud y sexo por entidad federativa, 2020. Censo de Población y Vivienda 2020. Recuperado el 04/02/2021 de [https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia\\_Derechohabiencia\\_01\\_3e83e8a1-690d-4cfb-8af0-a1e675979b3e](https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia_Derechohabiencia_01_3e83e8a1-690d-4cfb-8af0-a1e675979b3e)
- Instituto Nacional de estadística y Geografía (INEGI). (S/F). *Clasificación de Instituciones de Salud-Histórica*.

- James Lawrence R. y Jones Allan P. (1976). Organizational Structure: A review of Structural Dimensions and Their Conceptual Relationships with Individual Attitudes and Behavior. *Organizational Behavior and human performance*, 16, 74-113.
- Kendzierska, T., Zhu, D. T., Gershon, A. S., Edwards, J. D., Peixoto, C., Robillard, R., and Kendall, C. E. (2021). The Effects of the Health System Response to the COVID-19 Pandemic on Chronic Disease Management: A Narrative Review. *Risk management and healthcare policy*, 14, 575–584. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S293471>
- Khalesi, N., Arabloo, J., Khosravizadeh, O., Taghizadeh, S., Heyrani, A., y Ebrahimian, A. (2014). Psychometric properties of the Persian version of the "Hospital Ethical Climate Survey". *Journal of medical ethics and history of medicine*, 7, 15.
- Kornberger Martin y Clegg Stewart R. (2004). Bringing space back in: organizing the generative building. *Organization Studies* 25(7): 1095–1114. DOI: 10.1177/0170840604046312
- Kumar Ranjir. (2011). *Research Methodology. A step-by-step guide for beginners*. 3a edición. Sage Publications Ltd.
- Lanes, T. C., Magnago, A. C. D. S., Schutz, T. C., Carneiro, A. S., Morais, B. X., y Dalmolin, G. D. L. (2021). Evaluación del clima ético en servicios de salud: revisión sistemática. *Revista Bioética*, 28, 718-729.
- Lega, F., Prenestini A. y Spurgeon P. (2013). Is management essential to improving the eprformance and sustainability of health care systems and organizations? A systematic review and a roadmap for future studies. *VA L U E IN HE A LTH* 1 6 (2 0 1 3) S 4 6 – S 5 1. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2012.10.004>
- Lemus Jorge D. et al. (2009). *Administración hospitalaria y de organizaciones de Atención de la Salud*. 1ª ed. Rosario: Corpus Libros Médicos y Científicos
- Lenca Macerllo, et al. (2018). Considerations for ethics review of big data health research: A scoping review. *PLoS ONE* 13(10): e0204937. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204937>
- Li Meng Chapman Gretchen, Sweeny Kate, Robbins Megan and Cohen Lee. (2020). *Medical Decision Making*. 347-353. 10.1002/9781119057840.ch84.
- Llaca Gracia, E., & Templos, L. A. (2021). La pandemia de Covid-19 en México: el papel fundamental de los cuidados paliativos y de la bioética. *Medicina Y Ética*, 32(1), 179–195. <https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n1.05>
- Lovera, María Isabel, et al. (2008). Evolucionismo económico desde la perspectiva de Nelson y Winter. *Multiciencias*, vol. 8, diciembre. Universidad del Zulia.
- López-Martínez, B. E., Aragón-Castillo, J., Muñoz-Palomeque, M., Madrid-Tovilla, S., & Tornell-Castillo, I. (2021). Calidad de vida laboral y desempeño laboral en médicos del instituto mexicano del seguro social de bienestar, en el estado de Chiapas. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(2), 316-325.

- Maarefi, F., Nonchi, M. (2021). The effect of transformational leadership on service recovery performance in public hospitals of Ahwaz: A mediating role of professional ethics and emotional work. *Journal of Health and Care*, 23(3), 240–249. <https://doi.org/10.52547/jhc.23.3.240>
- Maliszewska Maryla, Mattoo Aaditya y van der Mensbrugge Dominique. (2020). The Potential Impact of COVID-19 on GDP and Trade: A Preliminary Assessment. World Banp Group.
- Marín-Idárraa, Diego Armando y Cuartas-Marín, Juan Carlos (2014). Teorías del análisis y diseño organizacional: una revisión a los postulados contingentes y de la co-alineación estratégica. *Revista Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y Reflexión*, vol XXII, núm. 1, ejero-junio, pp.153-168. Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.
- Marín-Idárraga Diego Armando y Losada Campos Luz Ángela. (2015). Estructura organizacional y relaciones inter-organizacionales: análisis en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas de Colombia. *Estudios Gerenciales* 31 88–99. <http://dx.doi.org/10.1016/j.estger.2014.08.004>
- Martin-Fumadó C, Gómez-Durán EL, Morlans-Molina M. (2020). Consideraciones éticas y médico-legales sobre la limitación de recursos y decisiones clínicas en la pandemia del COVID-19, *Revista Española de Medicina Legal*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.reml.2020.05.004>
- Méndez Gómez Humaran Ignacio. (2020). Modelos longitudinales. 1st ed. Centro de Investigación en Matemáticas, A.C.
- Mendoza-Popoca, Cecilia Úrsula, & Suárez-Morales, Mario. (2020). Reconversión hospitalaria ante la pandemia de COVID-19. *Revista mexicana de anestesiología*, 43(2), 151-156. <https://doi.org/10.35366/92875>
- Merino, Mauricio. (2008). La importancia de la ética en el análisis de las políticas públicas. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, núm. 41, junio, pp. 5-32
- Mohamed, H. A., y Gaballah, S. (2018). Study of the Relationship between Organizational Climate and Nurses' Performance: A University Hospital Case. *American Journal of Nursing Research*, 6(4), 191-197.
- Molina-Sabando Lázandro A. et al. (2016). El comportamiento organizacional y su importancia para la administración de empresas. *Dom. Cien.*, ISSN: 2477-8818 Vol. 2, núm. 4, oct., 2016, pp. 498 – 510
- Morán-Barrios Jesús. (2017). La evaluación del desempeño o de las competencias en la práctica clínica. 2ª parte: tipos de formularios, diseño, errores en su uso, principios y planificación de la evaluación. *Educación Médica* 18(1): 2-12. DOI: 10.1016/j.edumed.2016.07.001
- Morán-Barrios Jesús. La evaluación del desempeño o de las competencias en la práctica clínica. 2ª parte: tipos de formularios, diseño, errores en su uso, principios y planificación de la evaluación.
- Morawska, Lidia y Cao Junji. (2020). Airborne transmission of SARS-CoV-2: The world should face the reality. *Environment International*, Volume 139, ISSN 0160-4120, <https://doi.org/10.1016/j.envint.2020.105730>

- Moreira, A., Ramos, R. O., Ligório, A., Junqueira, K. D., y Corrêa, K. S. (2018). Rapid response team: what factors interfere with your performance?. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 36(2), 10.17533/udea.iee.v36n2e05. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n2e05>
- Morejón Santistevan, Maryury Elizabeth (2016). La teoría organizacional: análisis de su enfoque en una administración pública y su diferencia en una administración privada. *Revista enfoques: Ciencia Política y Administración Pública*, vol. XIV, núm. 25, pp.127-143. Universidad Central de Chile, Santiago, Chile.
- Morelos-Gómez, José, y Fontalvo-Herrera, Tomás José. (2014). Análisis de los factores determinantes de la cultura organizacional en el ambiente empresarial. *Entramado*, 10(1), 96-105.
- Murray, C. J., y Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 717–731.
- Naciones Unidas México. (2021). Los mercados laborales de la región demorarán en recuperarse del fuerte impacto de la pandemia de COVID-19 en 2020. Recuperado el 16 de septiembre de 2022 de <https://coronavirus.onu.org.mx/los-mercados-laborales-de-la-region-demoraran-en-recuperarse-del-fuerte-impacto-de-la-pandemia-de-covid-19-en-2020>
- Naranjo Pereira María Luisa. (2009). Motivación: perspectivas teóricas y algunas consideraciones de su importancia en el ámbito educativo. *Revista de educación* 33(2), 154-170, ISSN: 039-8082.
- Nikoloski, Z., Alqunaibet, A. M., Alfawaz, R. A., Almudarra, S. S., Herbst, C. H., El-Saharty, S., Alsukait, R., y Algwizani, A. (2021). Covid-19 and non-communicable diseases: evidence from a systematic literature review. *BMC public health*, 21(1), 1068. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11116-w>
- NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
- Olson L. L. (1998). Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting. *Image--the journal of nursing scholarship*, 30(4), 345–349. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01331.x>
- Organización Mundial de la salud (OMS). (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946. *Official Records of the World Health Organization*, N° 2, p. 100
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). Informe sobre la salud en el mundo 2003. Forjemos el futuro. Capítulo 7. Sistema de salud: principios para una atención integrada. ISSN 1020-6760
- Organización Mundial de la salud (OMS). (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud más necesaria que nunca.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Transmisión del SARS-CoV-2: repercusiones sobre las precauciones en materia de prevención de infecciones. *Reseña científica*.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): orientaciones para el público. Recuperado el 02 de febrero de 2020 de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2017). Acceso a servicios de salud integrales, equitativos y de calidad. Recuperado el 19 de junio de 2020, de la OPS: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=post\\_t\\_es&p=311&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=311&lang=es)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2020). Cobertura sanitaria universal. Recuperado el 19 de junio de 2020, de la OPS: [https://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/es/](https://www.who.int/universal_health_coverage/es/)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2020). Equidad en salud. Recuperado el 19 de junio de 2020, de la OPS: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5586:health-equity-egc&Itemid=0&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5586:health-equity-egc&Itemid=0&lang=es)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2007). Salud en las Américas. 2007. Volumen I-Regional. Publicación Científica y Técnica No. 622.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas Washington DC, 28 de mayo
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2014). 53° Consejo Directivo. 66ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Plan de acción sobre la salud en todas las políticas.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). Actualización epidemiológica: enfermedad por coronavirus (COVID-19). 25 de agosto de 2020, Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). La COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas. <https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (S/F). Hospitales seguros. Recuperado el 9 de abril de 2021 de: <https://www.paho.org/es/emergencias-salud/hospitales-seguros>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (S/F). Sistemas y servicios de salud: México. Recuperado el 16 de octubre de 2020 de [https://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_content&view=article&id=354:sistemas-servicios-salud&Itemid=387](https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=354:sistemas-servicios-salud&Itemid=387)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). En México, la pandemia de COVID-19 no detiene la campaña de seguimiento de vacunación contra sarampión y rubéola. Recuperado el 24 de septiembre de 2021 de <https://www.paho.org/es/historias/mexico-pandemia-covid-19-no-detiene-campana-seguimiento-vacunacion-contrasarampion>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2016). Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México

- Organización Panamericana de la Salud y Organización mundial de la Salud. (2021). La OPS y la CEPAL debaten sobre el impacto social, económico y en salud de la COVID-19. Recuperado el 16 de septiembre de 2022 de <https://www.paho.org/es/noticias/22-9-2021-ops-cepal-debaten-sobre-impacto-social-economico-salud-covid-19#:~:text=La%20Secretaria%20Ejecutiva%20de%20la,debe%20dirigirse%20el%20gasto%20p%C3%ABlico>
- Pan American Health Organization (PAHO). (2021). COVID-19 and comorbidities in the Americas. Hands-on tool to estimate the population at increased and high risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions for the Americas.
- Parra H., Aparicio L.E.A y Bolaños S. J. (2015). Sistemas de Servicios de Salud Basado en Ingeniería de Sistemas Complejos. Preprint submitted to International Journal of Applied engineering Research
- Patel, K.P., Vunnam, S.R., Patel, P.A. et al. (2020). Transmission of SARS-CoV-2: an update of current literature. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 39, 2005–2011. <https://doi.org/10.1007/s10096-020-03961-1>
- Patlán Pérez Juana. (2019). Medición de la cultura organizacional en organizaciones Mexicana. XXIV Congreso Internacional de contaduría, administración e informática.
- Pedraza, C. C., Pagano, J. P., Pescetto, C., y Prieto, L. (2018), Espacio fiscal para el financiamiento sostenible de los sistemas de salud y la salud universal. *Revista panamericana de salud publica*, 42, e197. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.197>
- Pena, Roberto Patrus Mundim. (2004). Ética y estrategia en un marco teórico referencial de la ética de negocios. *Revista de Administração Contemporânea*, 8(spe), 229-252. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552004000500012>
- Peña-Viveros R. y et al. (2015). Clima organizacional de equipos directivos y su relación con los resultados en la atención a la salud. *salud pública de México*. vol. 57, no. 6, noviembre-diciembre
- Perales, Alberto. (2019). Formación ética como soporte del desarrollo moral del alumno de carreras de ciencias de la salud: hacia una enseñanza centrada en las necesidades del estudiante como persona. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 36(1), 100-105. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.361.4314>
- Presidencia de la República. México. (2019). PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2019-2024.
- PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-016-SSA3-2009, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- Pugh D. S., Hickson D. J., Hinings C. R. y turner C. (1969). The Context of Organization Structures. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 14, No. 1 (Mar), pp. 91-114
- Ramírez, G., Vargas, G., y De la Rosa, A. (2011). Estudios organizacionales y administración. Contrastes y complementariedades: caminando hacia el eslabón perdido. *Revista electrónica Forum Doctoral*, 3, 7-54.

- Reich Michael R. (2020) Restructuring Health Reform, Mexican Style, *Health Systems & Reform*, 6:1, e1763114, DOI: 10.1080/23288604.2020.1763114
- Restrepo, María Carolina, y Rosero, Xiomara Ximena. (2002). TEORÍA INSTITUCIONAL Y PROCESO DE INTERNACIONALIZACIÓN DE LAS EMPRESAS COLOMBIANAS. *Estudios Gerenciales*, 18(84), 103-123. Recuperado en 20 de noviembre de 2020 de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-59232002000300006&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-59232002000300006&lng=en&tlng=es).
- Reyes-Morales, Hortensia, Dreser-Mansilla, Anahí, Arredondo-López, Armando, Bautista-Arredondo, Sergio, y Ávila-Burgos, Leticia. (2019). Análisis y reflexiones sobre la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud de México 2019. *Salud Pública de México*, 61(5), 685-691. Epub 07 de agosto de 2020. <https://doi.org/10.21149/10894>
- Rivera Porras Diego Andrés et al. (2018). Cultura organizacional, restos y desafíos para las organizaciones saludables. *Revista espacios*. Vol. 39 (Nº22)
- Robert, R., Kentish-Barnes, N., Boyer, A., Laurent, A., Azoulay, E., y Reignier, J. (2020). Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. *Annals of intensive care*, 10(1), 84. <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00702-7>.
- Robles Salguero Rodolfo Enrique et al. (2017). Retos de la planificación estratégica en instituciones de salud. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 36 (3).
- Rogers, P. (2014). La teoría del cambio, Síntesis metodológicas: evaluación de impacto n.º 2, Centro de Investigaciones de UNICEF, Florencia.
- Rojas Livia, S. (2019). Clima organizacional y desempeño laboral del personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Pasco. *Revista Peruana De Ciencias De La Salud*, 1(4), e28. <https://doi.org/10.37711/rpcs.2019.1.4.28>
- Román Angélica. (2012). Herramientas de gestión para organizaciones y empresas de salud. *Medwave* Mar/Abr;12(3):e5329 doi: 10.5867/medwave.2012.03.5329
- Rubio, O., Estella, A., Cabre, L., Saralegui-Reta, I., Martín, M. C., Zapata, L., ... y Amblas, J. (2020) Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos. *Medicina intensiva*, 44(7), 439-445. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.006>
- Ruiz MartínezB. (2019). Formación ética en la carrera de Medicina en Oaxaca, México. *Reencuentro. Análisis De Problemas Universitarios*, 30(75), 275-301.
- Salazar Estrada, José Guadalupe, Guerrero Pupo, Julio Cristóbal, Machado Rodríguez, Yadira Bárbara, y Cañedo Andalia, Rubén. (2009). Clima y cultura organizacional: dos componentes esenciales en la productividad laboral. *ACIMED*, 20(4), 67-75. Recuperado en 30 de octubre de 2020, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-94352009001000004&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009001000004&lng=es&tlng=es).
- Sánchez Cueva, C. Y. (2020). Clima organizacional y satisfacción laboral del personal de salud en tiempos del COVID-19. *Hospital Distrital Santa Isabel-2020*.

- Sandoval-Caraveo M.C. (2004) Concepto y dimensiones del clima organizacional. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*, 10(27)83-87.
- Santos Padrón, H. (2022). El personal de salud y la pandemia de COVID-19 en México. *Revista Cubana de Salud Pública*, 48(3).
- Saygili, M., Özer, Ö., y Karakaya, P. Ö. (2020). Paternalistic Leadership, Ethical Climate and Performance in Health Staff. *Hospital topics*, 98(1), 26–35. <https://doi.org/10.1080/00185868.2020.1726848>
- Scott A, B. K., Miller, G. T., Fonda, S. J., Yeaw, R. E., Gaudaen, J. C., Pavlisacsak, H. H., Quinn, M. T., & Pamplin, J. C. (2020). Advanced Digital Health Technologies for COVID-19 and Future Emergencies. *Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association*, 26(10), 1226–1233. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0140>
- Schneider Benjamin y Barbera Karen M. (2014). *The Oxford Handbook of Organizational Climate and Culture*. Oxford University Press.
- Scholl, I., Kriston, L., Dirmaier, J., Buchholz, A., y Härter, M. (2012). Development and psychometric properties of the Shared Decision Making Questionnaire--physician version (SDM-Q-Doc). *Patient education and counseling*, 88(2), 284–290. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.03.005>
- Scott John. (2017). *Social Network Analysis*. 4th ed. Sage Publications Ltd.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). (2018). *Presupuesto de Egresos de la Federación 2018. Guía Rápida. conoce más de #TuDinero*.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). (2019). *Presupuesto de Egresos de la Federación 2019. Guía Rápida*.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). (2022). *Transparencia PResupuestaria. Observatorio del gasto. Presupuesto. Publicaciones anteriores 2022*. Recuperado el 28 de abril de 2022 de: <https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/PublicacionesAnteriores>
- Secretaría de Salud (SSA) (2007). *Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud*. Recuperado el 19 de junio de 2020, de la Secretaría de Salud: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-indice.htm>
- Secretaría de Salud (SSA) (2015). *Gobierno de México. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4º*. Recuperado el 19 de junio de 2020, de la Secretaría de Salud: <https://www.gob.mx/salud/articulos/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicano-articulo-4>
- Secretaría de Salud (SSA). (2006). *Innovaciones en gestión hospitalaria en México: El caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad / HRAE. Primera Edición*. ISBN: 970-721-373-6
- Secretaría de Salud (SSa). (2020). *Lineamiento para la estimación de riesgos del semáforo por regiones COVID-19*.
- Secretaría de Salud (SSa). (2020). *Semáforo de riesgo epidemiológico COVID-19: indicadores y metodología*.

- Secretaría de salud (SSA). (2021). Sistema de Información de la Red IRAG. Ocupación de camas en hospitalización. Recuperado el 05/03/2121 de <https://www.gits.igg.unam.mx/red-irag-dashboard/reviewHome>
- Secretaría de Salud (SSa). (S/F). Manual de Organización General de la Secretaría de Salud. Recuperado el 16 de octubre de 2020 de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/manorgssa.html#organigrama>
- Secretaría de Salud y Servicios de Salud de Sinaloa. (2017). Hospital General de Culiacán. Organigrama General. Recuperado el 16 de julio de 2021 de [http://hgculiacan.com/images/director/Organigramas\\_actualizados\\_a\\_diciembre\\_2017/2017%20Diciembre%20-%20Organigrama%20General.jpg](http://hgculiacan.com/images/director/Organigramas_actualizados_a_diciembre_2017/2017%20Diciembre%20-%20Organigrama%20General.jpg)
- Segredo PAM, García MAJ, León CP, et al. (2017). Desarrollo organizacional, cultura organizacional y clima organizacional. Una aproximación conceptual. *INFODIR*. 13(24):86-99.
- Segura Benedicto, A. (2000). La salud pública y las políticas de salud. *Política Y Sociedad*, 35, 55.
- Seo, H., & Kim, K. (2022). Factors influencing public health nurses' ethical sensitivity during the pandemic. *Nursing ethics*, 29(4), 858–871. <https://doi.org/10.1177/09697330211072367>
- Shafipour, V., Yaghobian, M., Shafipour, L., y Heidari, M (2016) Nurses' perception of the ethical climate in the Iranian hospital environment. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 3(4), 37-43.
- Shreffler, J., Petrey, J., y Huecker, M. (2020). The Impact of COVID-19 on Healthcare Worker Wellness: A Scoping Review. *The western journal of emergency medicine*, 21(5), 1059–1066. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.7.48684>
- Silverman H, Wilson T, Tisherman S, et al. Ethical decision-making climate, moral distress, and intention to leave among ICU professionals in a tertiary academic hospital center. *BMC Med Ethics*. 2022;23(1):45. Published 2022 Apr 19. doi:10.1186/s12910-022-00775-y
- Sistema de Información de la Secretaría de Salud (DGIS). (S/F). Recuperado el 16 de octubre de 2020 de <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>
- Sitting Dean F. y Singh Hardeep. (2010). A New Socio-technical Model for Studying Health Information Technology in Complex Adaptive Healthcare Systems. *Qual Saf Health Care*. October; 19(Suppl 3): i68–i74. doi:10.1136/qshc.2010.042085.
- Soto Pineda, Eduardo y Cárdenas José Antonio. (2007). *Ética en las organizaciones*. McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES. ISBN-13: 978-970-10-6264-7
- Suhonen, R., Stolt, M., Virtanen, H., y Leino-Kilpi, H. (2011), Organizational ethics: a literature review. *Nursing ethics*, 18(3), 285–303. <https://doi.org/10.1177/0969733011401123>
- Taheri Attar, G., pourahmadi, M., Herati, M. (2019). An Analysis of the effect of professional ethics on organizational performance and trust through the mediating role of ethical climate. *Transformation Management Journal*, 11(1), 27-56. doi: 10.22067/pmt.v11i1.69484

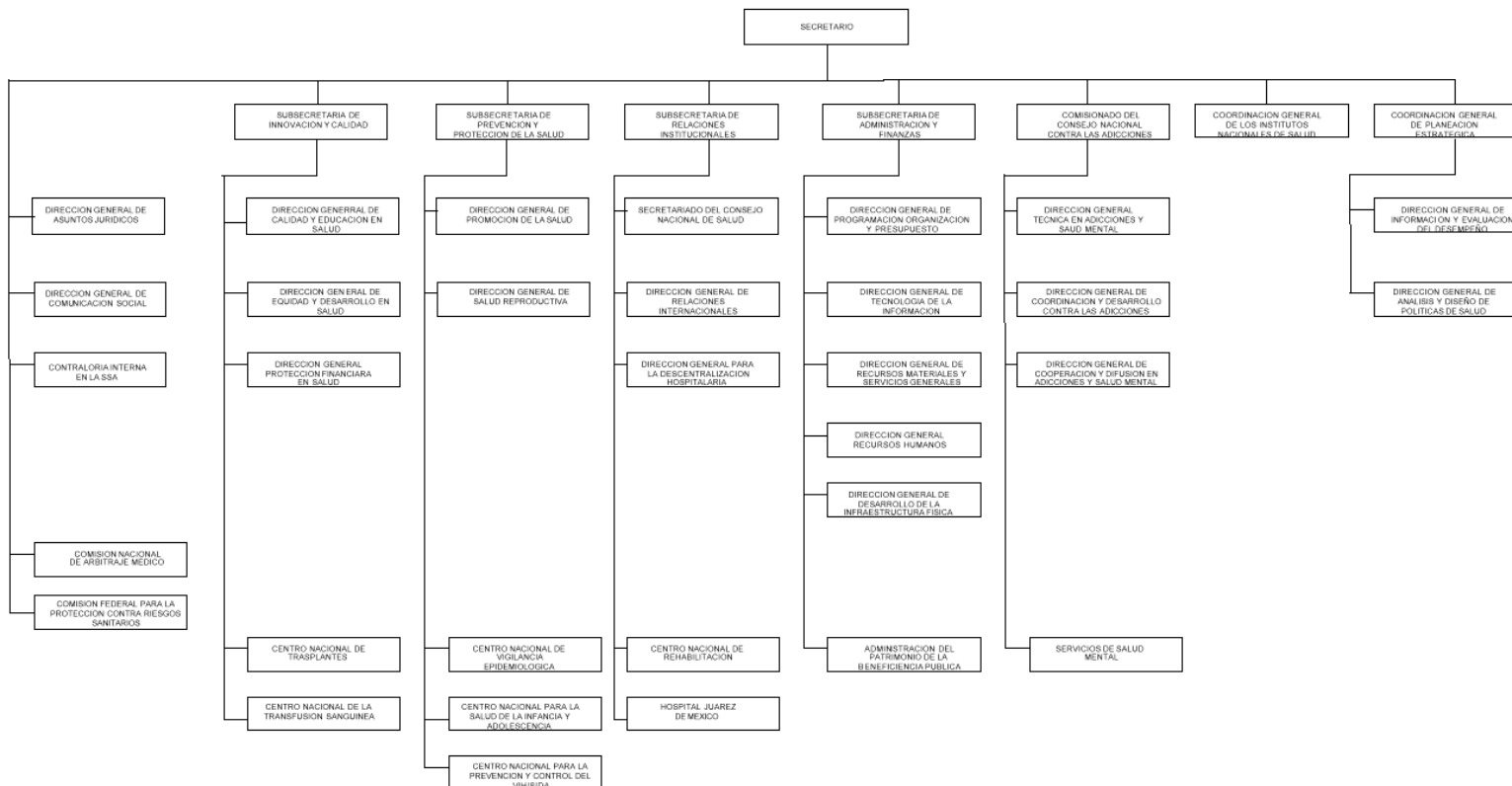
- Tang, S., Mao, Y., Jones, R. M., Tan, Q., Ji, J. S., Li, N., Shen, J., Lv, Y., Pan, L., Ding, P., Wang, X., Wang, Y., MacIntyre, C. R., y Shi, X. (2020). Aerosol transmission of SARS-CoV-2? Evidence, prevention and control. *Environment international*, 144, 106039. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2020.106039>
- Tebeje, T. H., & Klein, J. (2021). Applications of e-Health to Support Person-Centered Health Care at the Time of COVID-19 Pandemic. *Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association*, 27(2), 150–158. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0201>
- Tehrineshat, B., Torabizadeh, C., y Bijani, M. (2020). A study of the relationship between professional values and ethical climate and nurses' professional quality of life in Iran. *International journal of nursing sciences*, 7(3), 313–319. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.06.001>
- Terán Rosero Gustavo Javier, et al. (2017). Análisis crítico de la responsabilidad social en entidades de salud. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 36 (1).
- Teresi, M., Pietroni, D. D., Barattucci, M., Giannella, V. A., & Pagliaro, S. (2019). Ethical Climate(s), Organizational Identification, and Employees' Behavior. *Frontiers in psychology*, 10, 1356. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01356>
- Torabi, M., Borhani, F., Abbaszadeh, A., y Atashzadeh-Shoorideh, F. (2018). Experiences of pre-hospital emergency medical personnel in ethical decision-making: a qualitative study. *BMC medical ethics*, 19(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0334-x>
- Toro, Juliana, y Rodríguez, María del P. (2017). Formación en Ética en las Organizaciones: Revisión de la Literatura. *Información tecnológica*, 28(2), 167-180. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642017000200018>
- Torres Samuel, Maritza, y Vásquez Stanescu, Carmen Luisa. (2015). Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. *Compendium*, 18(35),57-76.[fecha de Consulta 25 de Junio de 2021]. ISSN: 1317-6099. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88043199005>
- Torres Samuel, Maritza, y Vásquez Stanescu, Carmen Luisa. (2015). Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. *Compendium*, 18(35),57-76.
- Transparencia Presupuestaria. (2020). PROYECTO DE PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN 2020.
- Treviño, L. K., Weaver, G. R., y Reynolds, S. J. (2006). Behavioral Ethics in Organizations: A Review. *Journal of Management*, 32(6), 951–990. <https://doi.org/10.1177/0149206306294258>
- Tullo, J. E., Lerea, M. J., López, P., & Alonso, L. (2020). Impacto de la COVID-19 en la prestación de los servicios de salud esenciales en Paraguay [Impact of COVID-19 on the provision of essential health services in Paraguay]. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, 44, e161. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.161>
- Universidad Abierta y a Distancia México (UnADM). (S/F). Comportamiento organizacional. Unidad 1. Contextualización del Comportamiento organizacional.

- Valdez-Martínez E. y Lavielle P. y Bedolla M. y Squieres A. (2008). Ethical Behaviours in Clinical Practice Among Mexican Health Care Workers. *Nurs Ethics*. 15(6): 729–744. doi: 10.1177/0969733008095384.
- Valera, Luca et al. (2020). Orientaciones éticas para la toma de decisiones médicas en el contexto de la pandemia de COVID-10 en Chile. *Rev Med Chile*; 148: 393-398
- Van den Bulcke, B., Piers, R., Jensen, H. I., Malmgren, J., Metaxa, V., Reyners, A. K., Darmon, M., Rusinova, K., Talmor, D., Meert, A. P., Cancelliere, L., Zubek, L., Maia, P., Michalsen, A., Decruyenaere, J., Kompanje, E., Azoulay, E., Meganck, R., Van de Sompel, A., Vansteelandt, S., ... Benoit, D. D. (2018). Ethical decision-making climate in the ICU: theoretical framework and validation of a self-assessment tool. *BMJ quality and safety*, 27(10), 781–789. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007390>
- Vázquez Leal Héctor, Martínez Campos Raúl, Blázquez Domínguez Carlos y Castañeda Sheissa Roberto. (2011). Un expediente clínico electrónico universal para México: características, retos y beneficios. *Rev Med UV*, Enero – Junio
- Vélez Correa, Luis Alfonso y Maya Mejía, José M. (S/F). *Ética y salud pública*.
- Vera Antonio y Kuntz Ludwing. (2007). Process-Based organization design and hospital efficiency. *HEALTH CARE MANAGEMENT REVIEW*, 32 (1), 55-65.
- Villalobos Antúnez, José Vicente (2015). La ética en las organizaciones y los valores de convivencia. *Opción*, 31(78) ,5-7. ISSN: 1012-1587. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=310/31044046001>
- Vivanco Florido Jesús Salvador y Franco Zesaty Roberto. (2012). Los tipos de cultura organizacional y el rendimiento de las pymes en Aguascalientes. XVII Congreso Internacional de contaduría, administración e informática.
- World Health Organization (WHO). (2021). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Recuperado el 02 de febrero de 2020 de <https://covid19.who.int/>
- World Health Organization (WHO). (2021). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Recuperado el 26 de febrero de 2021 de <https://covid19.who.int/>
- World Health Organization (WHO). (2022). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Recuperado el 16 de septiembre de 2022 de <https://covid19.who.int/>
- World Health Organization (WHO). (2021). Prevalence of obesity among adults. Recuperado el 16 de abril de 2021 de [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi=-30-\(age-standardized-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi=-30-(age-standardized-estimate)-(-))
- Woznyj, H.M., Heggstad, E.D., Kennerly, S. and Yap, T.L. (2019). Climate and organizational performance in long-term care facilities: The role of affective commitment. *J Occup Organ Psychol* 92: 122-143. <https://doi.org/10.1111/joop.12235>

- Yepes-Temiño M. J., Callejas González R. and Álvarez Avello J. M. (2021). Un momento para la reflexión. Aspectos éticos en la pandemia SARS-CoV-2/COVID-19 en nuestra práctica clínica. *Revista española de anestesiología y reanimación* 68(1): 28–36.
- Zavala Calahorrano Alicia, Vélez Salgado Jaime, Frías Raza Edison, Fernández Jiménez Erick y Silva Cristian. (2020). Factores que afectan el proceso de toma de decisiones médicas en salas de emergencia de hospitales. *Medicinas UTA*, 4(3), 103-108.
- Zucker, Lynne G. (1987). "Institutional Theories of Organization." *Annual Review of Sociology*, vol. 13, pp. 443–464. JSTOR, [www.jstor.org/stable/2083256](http://www.jstor.org/stable/2083256).

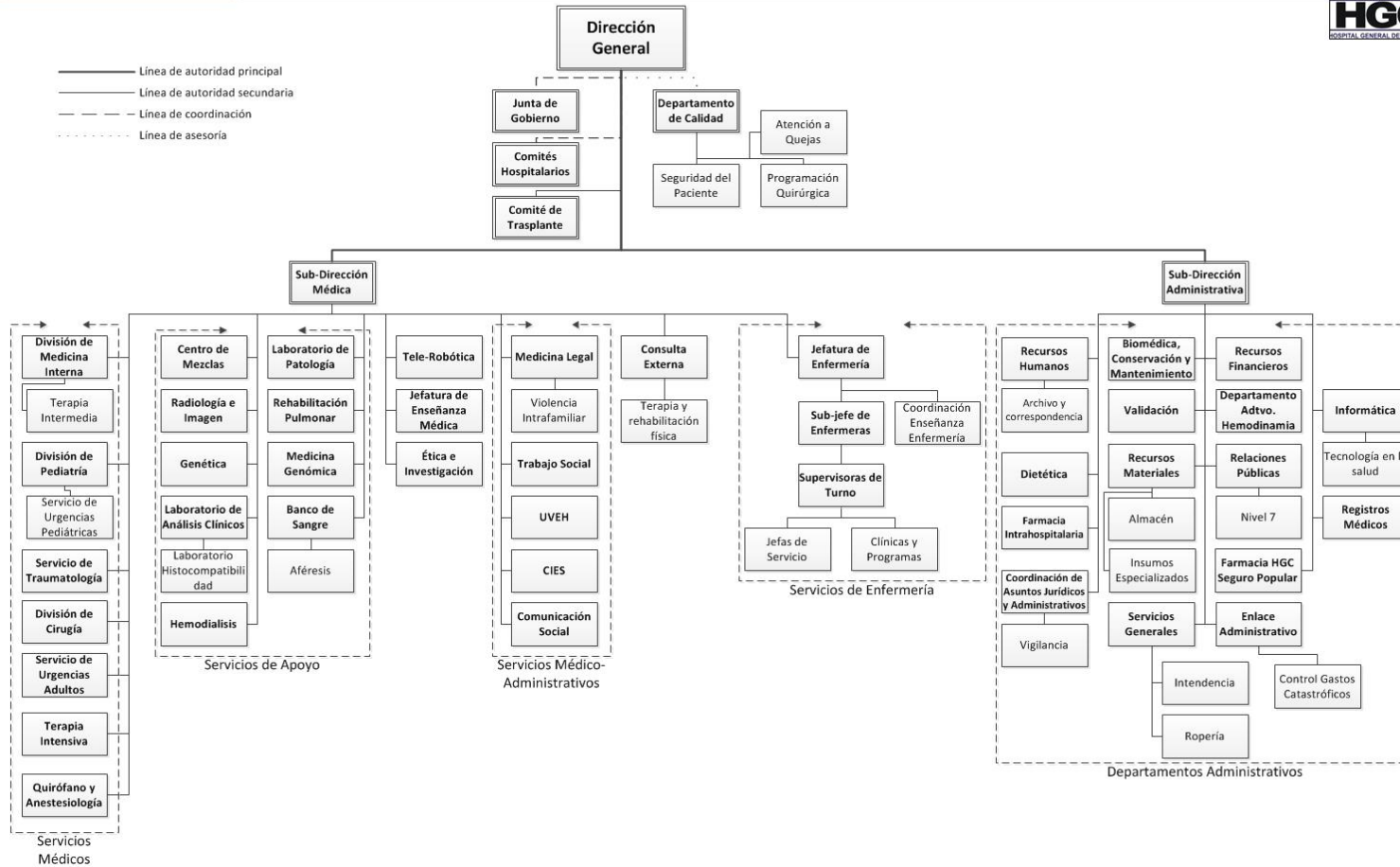
## Anexos

### Anexo 1. Organigrama de la Organización General de la Secretaría de Salud



Fuente: Secretaría de Salud (SSa). (S/F)

## Anexo 2. Organigrama general del Hospital General de Culiacán



Fuente: Secretaría de Salud y Servicios de Salud de Sinaloa. (2017)

### Anexo 3. Resultados de estudio exploratorio

#### 3.1 Promedio de la percepción de clima ético hospitalario acorde al tipo de profesional de la salud participante

Factor	Promedio sobre de clima ético hospitalario
Colegas	3.8
Pacientes	3.7
Jefe	3.7
Hospital	3.5
Profesionales de la salud	3.5

Fuente: Elaboración propia

#### 3.2 Promedio global de la opinión sobre clima ético hospitalario por características demográficas

Características demográficas	Promedio sobre el clima hospitalario	
<b>Género</b>	Mujeres	3.6
	Hombres	3.8
<b>Profesión</b>	Medicina	3.7
	Enfermería	3.6
	Química	3.1
	Técnico radiólogo	4.2
	Fisioterapia	3.9
	Paramédico	2.3
	Técnico	3.9
<b>Grado académico</b>	Licenciatura	3.6
	Maestría	3.3
	Especialidad	3.7
	Subespecialidad	3.9
	Doctorado	3.8
<b>Instituciones</b>	Públicas	3.6
	Privadas	3.7
<b>Entidad Federativa</b>	Puebla	3.5
	Ciudad de México	3.8
	Jalisco	3.6
	Oaxaca	3.4
	Tamaulipas	3.8
	Nuevo León	4.5
	Baja California	3.7
	Chiapas	3.7
	San Luis Potosí	3.3

Fuente: Elaboración propia

### 3.3 Percepción del clima ético hospitalario respecto a la presencia de un departamento de ética

Departamento de ética	Promedio
Presencia (Sí se cuenta con uno)	3.8
Ausencia (No se cuenta con uno)	3.3

Fuente: Elaboración propia

### 3.4 Opinión global de la mejora en el clima ético hospitalario atribuible la presencia COVID-19.

Modificación del clima ético por COVID-19	Promedio
Presencia	3.6
Ausencia	3.5

Fuente: Elaboración propia

## Anexo 4. Resultados de encuesta piloto

### 4.1 Diferencias de medias antes y durante COVID-19 de toma de decisiones éticas

Factor	No.	Pregunta	Promedio por factor		Promedio por pregunta	
			Antes	Durante	Antes	Durante
Evidencia científica	1	Las decisiones médicas que ejecuto se basan en la evidencia científica de las guías de la práctica clínica	3.7	4.1	3.7	4.1
Consentimiento informado	2	El consentimiento informado es una parte fundamental para la toma de decisiones clínicas	4.3	4.3	4.3	4.3
Principios de bioética	3	Al realizar un diagnóstico considero los principios de bioética para su abordaje	4.1	4.1	4.1	4.1
	4	Antes de iniciar un tratamiento tomo en consideración los principios de bioética			4.1	4.1
Juicio clínico	5	Asumo toda responsabilidad en las decisiones que realizo sobre la atención de mis pacientes	4.4	4.5	4.6	4.6
	6	Las decisiones clínicas que ejecuto se basan en los principios de bioética			4.4	4.6
	7	Las decisiones clínicas que ejecuto se adaptan a los lineamientos de mi institución			4.3	4.3

<b>Comunicación con otros profesionales</b>	8	Existen oportunidades de dialogar con otros profesionales de la salud (p.ej. personal de enfermería, química, fisioterapia, nutriología etc.) antes de iniciar un abordaje multidisciplinario (otras profesiones)			3.4	3.3
	9	En contextos difíciles, me apoyo de la opinión de mis colegas (misma profesión)	3.5	3.5	4.0	4.3
	10	Las decisiones clínicas que ejecuto se discuten con otros profesionales de la salud (p.ej. enfermería, química, fisioterapia, nutriología, etc.)			3.0	3.0
<b>Políticas públicas</b>	11	En general las políticas públicas favorecen la toma de decisiones éticas			3.1	3.1
	12	Las políticas públicas implementadas para combatir COVID-19 han favorecido mi juicio clínico para brindar una atención de calidad (Obtener mayores beneficios con menores riesgos para los pacientes)	3.4	3.4	3.6	3.4
	13	El anexo del INSABI modifica la toma de decisiones en favor de la atención de los pacientes			3.4	3.6
<b>Procedimientos</b>	14	Las políticas, lineamientos y procesos de la institución, propician la toma de decisiones en favor de la salud de mi paciente	3.7	3.7	3.7	3.7
<b>Promedio global</b>			3.9	4.0	3.8	3.9

Fuente: Elaboración propia

#### 4.2 Diferencias de medias antes y durante COVID-19 de clima ético organizacional

Factor	No.	Pregunta	Promedio por factor		Promedio por pregunta	
			Antes	Durante	Antes	Durante
<b>Colegas (misma profesión)</b>	1	Mis colegas escuchan mis preocupaciones sobre la atención al paciente			4.0	4.0
	2	Mis colegas me ayudan con problemas difíciles de atención al paciente			4.3	4.3
	3	Trabajo con colegas competentes (Cumplimiento para obtener mayores beneficios con menores riesgos para los pacientes)	4.1	4.0	4.1	4.1
	4	Se proporciona atención segura al paciente en mi unidad			3.9	3.7
<b>Pacientes</b>	5	Los pacientes saben que esperan de su atención			4.0	4.0
	6	Los profesionales de salud tienen acceso a la información necesaria para resolver un problema de atención al paciente	4.0	4.0	3.9	3.9
	7	Los profesionales de salud usan la información necesaria para resolver un problema de atención al paciente			4.0	4.0

	8	Se respeta la autonomía del paciente			4.3	4.3
	9	Cuando no puedo decidir qué está bien o mal en una situación de atención al paciente, mi jefe me ayuda			4.1	4.0
<b>Jefe</b>	10	Mi jefe me apoya en mis decisiones sobre la atención al paciente			4.1	4.1
	11	Mi jefe me escucha sobre problemas de atención al paciente	4.1	4.1	4.0	4.0
	12	Mi jefe es alguien en quien puedo confiar			3.9	4.0
	13	Cuando mis colegas no pueden decidir qué está bien o mal en una situación de atención al paciente, he observado que mi jefe los ayuda			4.0	4.0
	14	Mi jefe es alguien a quien puedo respetar			4.3	4.3
<b>Hospital</b>	15	Las políticas del hospital me ayudan con problemas difíciles de atención al paciente			3.7	3.7
	16	Se comparte la misión del hospital entre el personal de salud			3.9	3.9
	17	Puedo practicar mi profesión en mi unidad como creo que debería practicarse	3.7	3.7	3.6	3.4
	18	Los valores de todas las partes involucradas en un problema de atención al paciente se tienen en cuenta al elegir una acción			3.7	3.7
	19	El conflicto se trata con un ente neutral			3.6	3.6
	20	Existe la sensación de ser propositivo en los problemas de atención al paciente			4.0	4.0
<b>Profesionales de la salud (todas las profesiones)</b>	21	Los profesionales de salud confían los unos a los otros			3.6	3.6
	22	Los profesionales de la salud son apoyados y respetados en este hospital			3.7	3.7
	23	Las decisiones de tratamiento se consultan entre todos los profesionales de salud involucrados	3.7	3.7	3.6	3.6
	24	Participo en las decisiones de tratamiento para mis pacientes			4.1	4.1
	25	Los profesionales de la salud respetan las opiniones de los familiares de los pacientes			4.1	4.1
	26	Existe acoso entre los profesionales de la salud de este hospital			3.1	3.1
		<b>Promedio global</b>	3.9	3.9	3.9	3.9

Fuente: Elaboración propia

### 4.3 Diferencias de medias antes y durante COVID-19 de desempeño organizacional

Factor	No.	Pregunta	Promedio por factor		Promedio por pregunta	
			Antes	Durante	Antes	Durante
<b>Cantidad de personal</b>	1	El número de profesionales de la salud de mi organización es pertinente para brindar una atención de calidad (Obtener mayores beneficios con menores riesgos para los pacientes)	3.0	3.2	3.0	3.2
<b>Calidad de personal</b>	2	Los profesionales de salud de mi organización se encuentran adscritos al servicio acorde a su formación para ejercer una atención de calidad (Obtener mayores beneficios con menores riesgos para los pacientes)	3.2	3.3	3.2	3.3
<b>Recursos (insumos)</b>	3	Los recursos que dispone mi organización me permiten desempeñar mis actividades	3.3	3.3	3.3	3.3
<b>Instalaciones físicas</b>	4	Las instalaciones de mi organización favorecen mi actividad diaria	3.2	3.3	3.2	3.3
<b>Procedimientos</b>	5	Las políticas, lineamientos y procesos de la institución, facilitan la atención a los pacientes	3.0	3.2	3.0	3.2
<b>Servicios</b>	6	Los servicios de mi organización cumplen con las necesidades de los pacientes	3.0	3.0	3.0	3.0
<b>Actividades diarias</b>	7	La planificación de mis actividades dentro de la organización favorecen mi desempeño	3.3	3.3	3.3	3.3
<b>Objetivos organización</b>	8	Busco dar cumplimiento a los objetivos de atención a pacientes de la institución			4.0	4.0
	9	Mi organización cumple con los objetivos de atención a pacientes programados para mi área (p.ej. radiología, laboratorio, trabajo social, etc.)	3.8	3.7	3.5	3.3
<b>Comunicación</b>	10	La comunicación entre los distintos departamentos de la organización es oportuna	3.0	3.0	3.0	3.0
<b>Políticas públicas</b>	11	En general las políticas públicas favorecen la atención a los pacientes			3.0	3.2
	12	La ejecución de la política pública y programas sociales acerca de la vacunación contra COVID-19 ha mejorado mi desempeño	2.9	3.1	2.8	3.0
	13	La ejecución de la política pública y programas sociales acerca de la vacunación contra COVID-19 ha mejorado el desempeño de mi organización			2.8	3.0
<b>Promedio global</b>			3.2	3.2	3.2	3.2

Fuente: Elaboración propia

## Anexo 5. Análisis de interrelaciones de departamentos

### Anexo 5.1. Interrelación de departamentos antes de COVID-19 acorde a su principal prioridad de interacción

Departamento	Prioridad no.1																Total
	Banco de sangre	Cirugía	Consulta	Dirección general	Enfermería	Epidemiología	Farmacia	Ginecología y obstetricia	Laboratorio	Medicina interna	Otro	Pediatría	Quirófano	Radiología	Seguridad	Urgencias	
Banco de sangre	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Cirugía	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	2	1	0	0	7
Consulta	0	1	2	2	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	10
Enfermería	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	5
Epidemiología	0	0	0	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Ginecología y obstetricia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
Laboratorio	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	1	6
Medicina interna	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	4
Otro	0	2	2	1	0	0	2	0	1	2	0	0	2	0	1	0	13
Pediatría	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Quirófano	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Radiología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	2	5
Rehabilitación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
Urgencias	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>68</b>

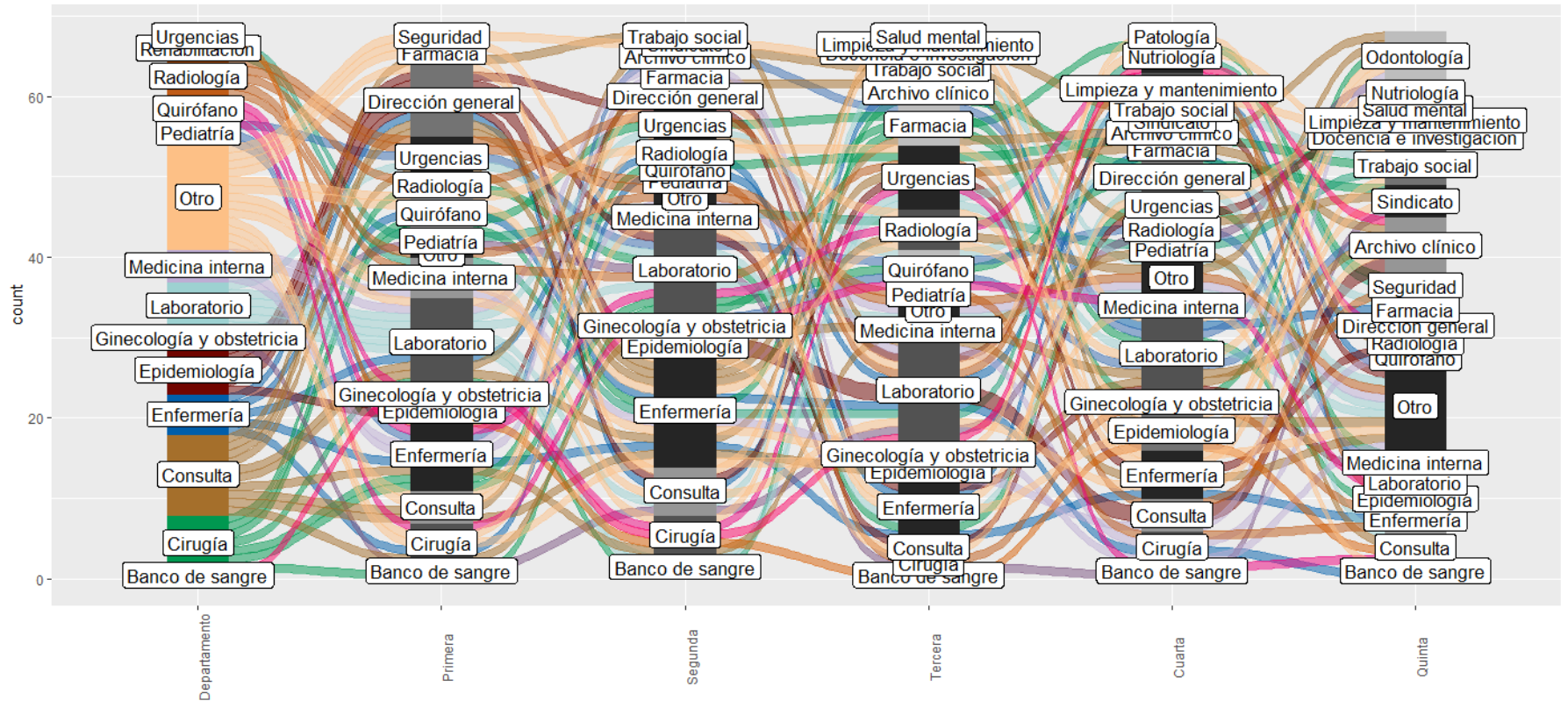
Fuente: Elaboración propia

### Anexo 5.2. Interrelación de departamentos durante COVID-19 acorde a su principal prioridad de interacción

Departamento	Prioridad no.1																Total
	Banco de sangre	Cirugía	Consulta	Dirección general	Enfermería	Epidemiología	Farmacia	Ginecología y obstetricia	Laboratorio	limpieza y mantenimiento	Medicina interna	Otro	Quirófano	Radiología	Seguridad	Urgencias	
Banco de sangre	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Cirugía	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5
Consulta	0	0	1	2	0	1	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	8
Enfermería	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	6
Epidemiología	0	0	0	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Ginecología y obstetricia	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
Laboratorio	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	4
Medicina interna	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4
Otro	0	0	0	1	2	2	1	0	0	1	1	0	0	0	1	2	11
Patología	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Pediatría	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Quirófano	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Radiología	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	5
Rehabilitación	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Urgencias	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	3
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>63</b>

Fuente: Elaboración propia

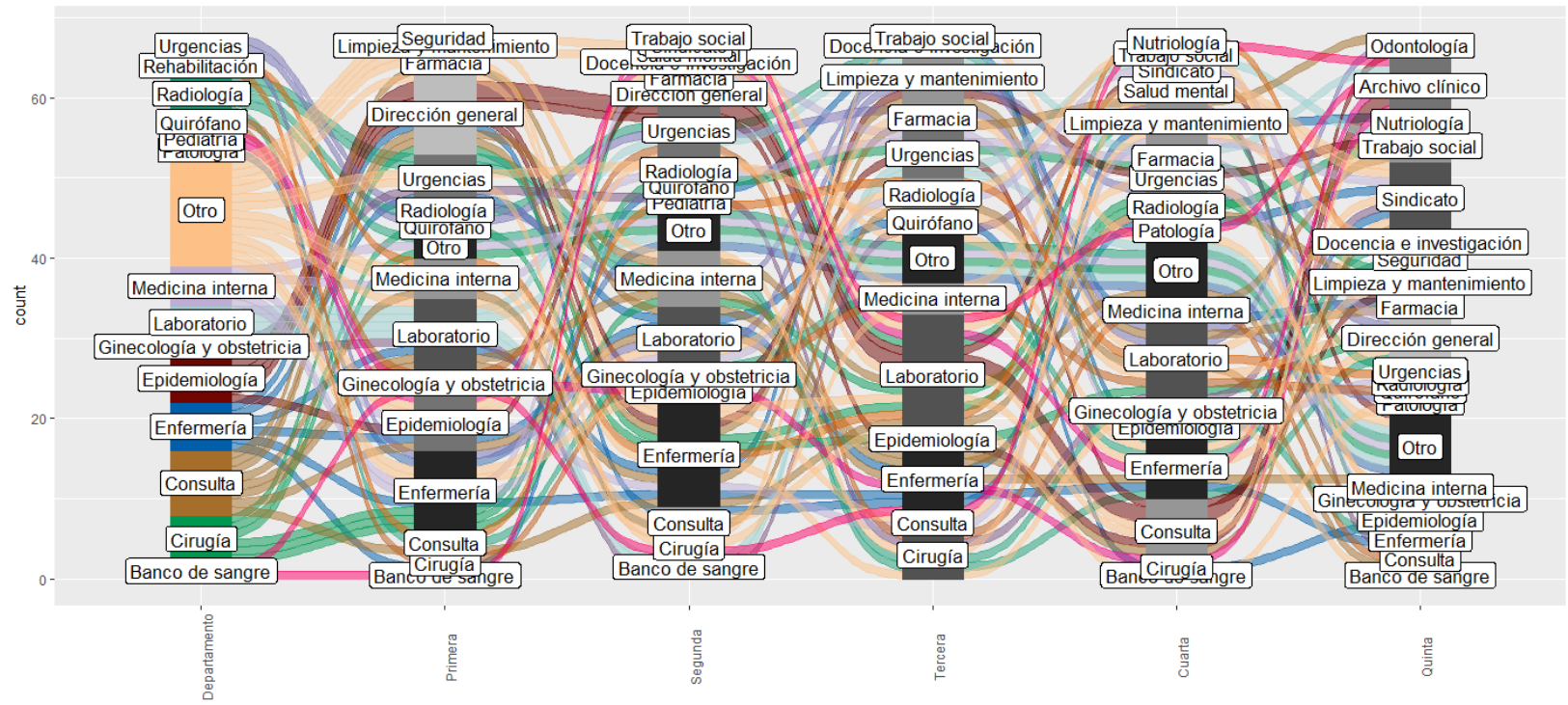
### Anexo 5.3. Interacción entre departamentos acorde a sus prioridades de interacción antes de COVID-19



Number of flows: 67  
 Original Dataframe reduced to 98.5 %  
 Maximum weight of a single flow 2.9 %

Fuente: Elaboración propia

## Anexo 5.4. Interacción entre departamentos acorde a sus prioridades de interacción durante COVID-19



Number of flows: 67  
 Original Dataframe reduced to 98.5 %  
 Maximum weight of a single flow 2.9 %

Fuente: Elaboración propia