



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA-IZTAPALAPA

# **LA DINAMICA ORGANIZACIONAL EN UNA PEQUEÑA CLINICA DE TIPO FAMILIAR.**

## **CONTRADICCIONES Y COMPLEMENTARIEDADES INSTITUCIONALES.**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR EN  
ESTUDIOS ORGANIZACIONALES PRESENTA**

**MARCELA VICTORIA RENDÓN COBIÁN**

**ASESOR DE TESIS: DR. ROGELIO MENDOZA MOLINA**

**MAYO DE 2006**

## INDICE

Introducción.....	7
<b>PRIMERA PARTE. INSTITUCIÓN Y ORGANIZACIÓN.....</b>	<b>12</b>
<b>I. El análisis institucional en el estudio de las organizaciones.....</b>	<b>13</b>
1. El Nuevo y el Viejo Institucionalismo. Una comparación analítica.....	17
2. El Nuevo Institucionalismo Económico y el Sociológico. Otra comparación....	22
3. El proceso de institucionalización.....	25
4. El Análisis Institucional.....	31
5. La institución como dispositivo mediador entre la sociedad y la organización.....	33
<b>II. El orden médico.....</b>	<b>36</b>
1. La Medicina.....	36
a) Breve recorrido histórico.....	36
b) La profesión de médico.....	39
c) Ritos y roles.....	44
2. Evolución y cambio del hospital. Una doble aproximación.....	46
a) Datos históricos del hospital. Principales funciones.....	47
b) El hospital como organización compleja. Tipos de autoridad.....	56
c) Regímenes de propiedad del hospital.....	63
3. Las organizaciones privadas de salud en México.....	65
a) Nivel nacional.....	65
b) Estado de Morelos.....	79
<b>III. Cultura y organización en la empresa familiar.....</b>	<b>87</b>
1. Cultura y organización. Los términos del debate.....	88
a) Cultura corporativa y cultura organizacional: una diferencia esencial.....	90
b) Cultura y modernización.....	93
2. Aspectos culturales de la empresa familiar.....	94
a) Apuntes sobre la familia.....	94
b) Características de la empresa familiar.....	103
c) Cultura en la empresa familiar.....	105
<b>IV. La sucesión en la empresa familiar.....</b>	<b>109</b>
1. Siete empresas familiares en Francia.....	109
2. Cuatro pequeñas empresas familiares fundadas y dirigidas por mujeres en Canadá.....	114
3. Una familia de la elite mexicana.....	117

<b>SEGUNDA PARTE. LA PEQUEÑA CLINICA FAMILIAR.....</b>	<b>123</b>
<b>V. Discusión metodológica.....</b>	<b>124</b>
1. La investigación cualitativa.....	124
2. Preguntas de investigación.....	127
3. Parámetros de diseño.....	129
4. Los órdenes institucionales.....	130
<b>VI. Estudio de caso. La pequeña clínica de tipo familiar .....</b>	<b>137</b>
1. Datos generales.....	137
a) Datos generales de la organización.....	137
b) Datos generales de la familia.....	138
2. La clínica.....	141
2.1. Origen y evolución de la clínica.....	143
2.2. Características actuales.....	145
2.3. La dinámica organizacional.....	150
a) La familia.....	152
a.1) Los orígenes.....	152
a.2) Orientación profesional e involucramiento.....	158
a.3) Relaciones familiares.....	162
a.4) Cercanía y autonomía.....	164
a.5) Autonomía profesional.....	166
a.6) Modernización de la familia.....	167
b) Una empresa familiar.....	171
b.1) La organización administrativa.....	171
b.2) Flexibilidad y multifuncionalidad.....	179
b.3) Toma de decisiones.....	186
b.4) Ventajas y limitaciones de la empresa familiar.....	192
b.5) Crecimiento y modernización.....	197
b.6) Integración.....	204
b.7) Autonomía.....	213
c) Trayectoria de la clínica.....	220
c.1) Nacimiento de la clínica.....	220
c.2) Medicina pública, institucional o burocrática. Principales limitaciones.....	222
c.3) Ventajas de la medicina institucional.....	225
c.4) Medicina privada. Principales ventajas.....	227
c.5) Limitaciones de la medicina privada.....	228
d) Práctica médica.....	232
d.1) Un proyecto parental.....	232
d.2) La ética médica.....	233
d.3) Ser médico y traumatólogo.....	235
d.4) Dinámica de trabajo.....	238
e) Los preparativos de la sucesión.....	246
e.1) Inicio temprano de la sucesión.....	246
e.2) Sucesión médica.....	248

e.3) Sucesión administrativa.....	251
e.4) Negación de la sucesión.....	254
e.5) Rompimiento del proyecto parental y reformulación de la sucesión.....	255
e.6) Preparando la sucesión.....	256
f) La alianza estratégica con la compañía aseguradora.....	260
f.1) Los beneficios económicos y la dinámica familiar.....	260
f.2) El proceso de modernización.....	265
3. La organización como sistema de tensiones.....	271
a) Contradicciones y complementariedades al interior de cada institución.....	274
b) Análisis entre ámbitos institucionales.....	276
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>279</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>285</b>

## ÍNDICE DE CUADROS, ESQUEMAS Y GRÁFICAS

Cuadro 1. Comparación entre el Viejo y el Nuevo Institucionalismos Sociológicos.....	18
Cuadro 2. Comparación entre el Nuevo Institucionalismo Económico y el Sociológico.....	23
Cuadro 3. Etapas del proceso de institucionalización y dimensiones comparativas.....	28
Cuadro 4. Evolución histórica del hospital.....	51
Cuadro 5. Sistemas de autoridad del hospital.....	62
Cuadro 6. Unidades económicas. Total nacional.....	65
Cuadro 7. Consultorios particulares. Total nacional.....	67
Cuadro 8. Hospitales particulares. Total nacional.....	69
Cuadro 9. Personal ocupado, por categoría, en valores absolutos.....	70
Cuadro 10. Personal ocupado, por categoría, en porcentaje.....	71
Cuadro 11. Personal ocupado, por categoría y género, en porcentaje.....	72
Cuadro 12. Horas trabajadas, por categoría de trabajador, en porcentaje.....	73
Cuadro 13. Distribución porcentual de la población usuaria de servicios de salud, por tipo de institución, género y grupo de edad, 2000.....	74
Cuadro 14. Recursos materiales seleccionados en establecimientos médicos particulares, 1995-2004.....	75
Cuadro 15. Recursos materiales seleccionados en establecimientos médicos particulares, por entidad federativa, 2004.....	75
Cuadro 16. Población por entidad federativa y número de consultorios particulares por cada 100,000 habitantes.....	76
Cuadro 17. Indicadores seleccionados de hospitalización en establecimientos médicos particulares, 1995-2004.....	78
Cuadro 18. Unidades económicas, Estado de Morelos.....	79
Cuadro 19. Personal ocupado, remuneraciones y activos fijos en consultorios y hospitales, a nivel nacional y en el Estado de Morelos.....	80
Cuadro 20. Distribución del personal, por categoría y género en el Estado de Morelos.....	81
Cuadro 21. Consultorios y hospitales particulares en el Estado de Morelos.....	83
Cuadro 22. Horas trabajadas, por categoría de empleado, Estado de Morelos...	84
Cuadro 23. Total de activos fijos, por rama, Estado de Morelos.....	84
Cuadro 24. Total de ingresos, por rama de actividad seleccionada, Estado de Morelos.....	85
Cuadro 25. Características generales de la cultura en las organizaciones, con relación a las escuelas de pensamiento.....	89
Cuadro 26. Principales diferencias entre cultura corporativa y organizacional....	91
Cuadro 27. Dimensiones de la modernización familiar, de acuerdo con el grupo socio-económico de pertenencia.....	101
Cuadro 28. Objetivos de la empresa familiar de acuerdo a su nivel socio-económico.....	103
Cuadro 29. Características de las empresas no familiar y familiar.....	104
Cuadro 30. Elementos clave en la sucesión. Reglas y valores de la familia y de	

la empresa.....	112
Cuadro 31. Elementos clave en la sucesión. Ventajas y limitaciones.....	113
Cuadro 32. Sucesión y dinámica familiar. Estudio de cuatro empresas.....	115
Cuadro 33. Sucesión intergeneracional. Dinámica familiar y empresarial.....	121
Cuadro 34. Criterios de calidad de una investigación de campo.....	129
Cuadro 35. Preguntas de investigación e instrumentos de recopilación de información, por lógica institucional.....	132
Cuadro 36. Preguntas de investigación particulares.....	133
Cuadro 37. Recopilación de información, por informante.....	134
Cuadro 38. Historias de la familia y la clínica.....	141
Cuadro 39. Principales etapas de la clínica.....	145
Esquema 1. Dimensiones institucionales y procesos bajo estudio.....	131
Esquema 2. Esquema general de la familia y de la clínica.....	139
Esquema 3. Ambitos institucionales de las familias.....	140
Esquema 4. Representación de la organización de la clínica.....	147
Esquema 5. Contradicciones y complementariedades institucionales.....	271
Esquema 6. Referencias institucionales e historia.....	273
Esquema 7. Sistemas de contradicciones y complementariedades.....	276
Gráfica 1. Número de consultas por médico, por año.....	78
Gráfica 2. Población que vive en familia nuclear en América Latina. Países seleccionados, en %.....	96
Gráfica 3. Población que vive en familia, México, en %.....	97
Gráfica 4. Tipo de familia, de acuerdo a su composición, en %.....	98
Gráfica 5. Tasa de divorcios sobre matrimonios. Algunos países seleccionados, en %.....	99

## **Agradecimientos**

A Luis, mi esposo y compañero de toda la vida, con mi más profundo amor, por su valiosa ayuda, por su paciencia, por apoyarme en mi superación y por todas las palabras dulces que siempre ha tenido hacia mí.

A mis hijos Daniela y Mauricio con todo mi amor, por su paciencia y comprensión, por sus palabras de aliento, por su compañía y por el tiempo que no pude dedicarles. Los llevo en mi corazón.

A la memoria de mi papá, a mi mamacita, a mis hermanos Adán, Miqui y Loris y sus familias, por el cariño que siempre nos ha unido y por la confianza que han depositado en mí.

A mi querida UAM por haber favorecido mi desarrollo académico, como profesora y como alumna.

A mis maestros, por haber compartido conmigo de manera desinteresada sus conocimientos y experiencias.

A mis compañeros y amigos, por el apoyo que siempre me brindaron en este camino que hemos recorrido juntos.

A la clínica, a sus directivos y a todo su personal, por haber compartido generosamente sus ricas experiencias en beneficio de la investigación y por una mejor comprensión de la empresa familiar. Resultó una tarea realmente placentera.

## Introducción

El estudio de la familia en el comportamiento empresarial ha sido poco abordado en los Estudios Organizacionales debido, entre otros, a dos tendencias que se entrecruzan y se refuerzan entre sí: la primera resulta del énfasis realizado por la Teoría de la Organización en la racionalidad en la toma de decisiones; la segunda, se inscribe en la propuesta conocida como la *Revolución de los Managers*, la cual asume que a medida que la empresa se moderniza incorpora crecientemente administradores profesionales, relegando de sus cuadros directivos a los miembros de la familia. Ambas tendencias comparten el argumento de marginar los aspectos de orden subjetivo, como los valores, los afectos y la solidaridad, a fin de lograr un mejor desempeño. Sin embargo, los resultados recientes de los Estudios Organizacionales permiten criticar dichas perspectivas al considerar diversos aspectos simbólicos en las investigaciones de dirección empresarial y cuestionar por lo tanto la posibilidad de construir un espacio estrictamente racional al margen de otros ámbitos de la vida social, como el familiar.

El objetivo central de esta investigación es el de conocer las modalidades, circunstancias y resultados que tiene el cruce de diversos procesos institucionales en la empresa familiar. De manera más precisa, se pretende indagar acerca de la incidencia de una triple dinámica institucional –familiar, hospitalaria y empresarial- en el proceso de toma de decisiones estratégicas y en la manera en cómo cotidianamente diversos eventos adscritos a dichos ámbitos inciden en el proceso de construcción/reconstrucción de la vida de una pequeña clínica de tipo familiar.

La temática propuesta resulta relevante dado que la mayor parte de las empresas, en contraposición a lo señalado por la *Revolución de los Managers*, son de orden familiar, incluso en los Estados Unidos. Se estima que en ese país, en la década de los 90, entre el 80 y el 90% de las empresas eran familiares y que el 78% de los empleos eran proporcionados por ellas. Además, el 37% de las 500 empresas más importantes, según *Fortune*, mantenían una propiedad familiar. Es de destacar

también que sólo cerca del 30% de las empresas familiares sobreviven en una segunda generación. (*Family Business Center*). En ese mismo país existen más de 60 universidades que proporcionan diversos programas sobre empresas familiares.

Por otro lado, el porcentaje más alto de empresas familiares se encuentra en Italia, en donde se estima que cerca del 99% de las empresas son de este tipo (Allouche y Amann: 1998). En Canadá, se estima que el 70% de todas las empresas son familiares y que éstas generan el 45% del PNB y el 50% del empleo, generando entre el 70 y 85% de los nuevos empleos (Cadiux et al: 2000).

Aún a pesar de estos datos, se sigue considerando a la familia como un obstáculo serio para el desarrollo nacional. Así, en México, de acuerdo con Castañeda (1998), no se dio históricamente dicha revolución y se plantea generalmente que uno de los factores centrales que han limitado el desarrollo económico del país es precisamente la falta de una clase dirigente profesional, ajena a la dinámica familiar. Sabemos, por otro lado, que la empresa familiar en México, aún sin disponer de cifras, es muy extendida y que la familia mexicana sigue teniendo una alta ingerencia en la vida social del individuo al ser una de las más conservadoras en el continente americano. Se piensa generalmente que la dirección de la empresa familiar recae principalmente en el jefe de la familia, quien asume plenamente la tarea de realizar las decisiones estratégicas de mayor relevancia, tales como las referidas a la sucesión de la dirección del negocio, la modernización del negocio y las posibles alianzas con otras empresas. A estas decisiones se les atribuye normalmente el éxito o fracaso del negocio, vitales para la comprensión del alto índice de fracasos y cierres, y en menor medida de crecimiento y desarrollo, que presenta este tipo de empresas. En México encontramos, a pesar de la importancia del tema, una muy reducida literatura al respecto.

Entre los autores que asumen la tesis de la Revolución de los Managers, están algunos de los más destacados en Teoría de las Organizaciones. Entre ellos podemos mencionar a Berle y Means (1968), Woodward (1965), Mintzberg, (1973) Perrow

(1982) y Chandler (1990); podemos citar, en otro nivel de análisis, los trabajos de Weber (1970) acerca de la racionalidad instrumental así como otros autores, tales como Parsons (1984) y Merton (1984) que plantean que el proceso de modernización tuvo como uno de sus ejes centrales la formación de espacios particulares donde predominaba la racionalidad instrumental, el cálculo, la despersonalización de la regla y la contención de los afectos y las pasiones mediante la conformación de roles sociales concretados en las profesiones. En la teoría de la Revolución de los Managers se asume que existe un comportamiento diferenciado entre los administradores profesionales y los familiares; se argumenta que los primeros son más propensos a la toma de decisiones bajo riesgo debido a que sus capitales no se encuentran involucrados y que son también más proclives a la diversificación de productos y mercados así como a una mayor integración de las tecnologías de punta. Por otro lado, Weber (1970) se refiere a la deshumanización proveniente de la burocracia, mientras que a Perrow (1982) le inquieta la contaminación por espacios externos y a Merton (1984) le preocupa que las relaciones afectivas de los grupos primarios –familia y amigos principalmente- impidan el logro de los objetivos organizacionales. Esta visión racional provoca una marginación de la vida simbólica, muy presente en el ámbito de la familia y pregona el avance de la sustitución de los familiares en la empresa por directivos profesionales.

Una visión totalmente distinta es asumida por las perspectivas antropológica e histórica. Adler y Pérez (1993) toman como base de estudio el parentesco, concepto central de la Antropología, al cual le atribuyen tanto una funcionalidad cultural como económica y política, constituyendo de esta manera una síntesis entre la vida racional y la simbólica. La familia constituye así el bastión a partir del cual la lógica empresarial adquiere sentido; sin embargo, ésta representa también un obstáculo al desarrollo del negocio. La constitución de empresas conformadas bajo la figura de sociedad anónima, sin participación familiar, implica el riesgo de pérdida de control, pero también de pérdida de un espacio básico de relaciones simbólicas.

El cambio generacional en la conducción de los negocios representa un punto de inflexión central en los cambios estratégicos de este tipo de empresas. El cambio de relevo entre generaciones conduce a estudiar los cambios de la conformación familiar, sin descuidar obviamente aquellos de índole económica y tecnológica. El tema de la sucesión en la empresa familiar comporta diversas particularidades. Primero, implica la detección de diversos ámbitos que intervienen en dicho proceso – ámbitos familiar, empresarial, médico-; segundo, diversos aspectos son a considerar en cada uno de los ámbitos señalados, tales como las dinámicas de cada uno de ellos, los eventos que desencadenan y van conformando la sucesión y sus consecuencias, entre otros. Por otro lado, en este mismo ámbito interinstitucional, nos interesa estudiar la operación de las actividades sustantivas de la clínica médica, así como las alianzas empresariales que se realizan con el objetivo de incrementar la ganancia económica. Tercero, el abordaje del tema requiere del concurso de diversas disciplinas, en función del aspecto considerado, por lo que consideramos que los Estudios Organizacionales, resultan la mejor opción al incorporar en su seno diversos análisis provenientes de otras disciplinas, tales como la Sociología, la Administración, la Antropología y la Psicología. Finalmente, en este diseño, cada una de las preguntas específicas de investigación implica la utilización de herramientas metodológicas particulares, tales como el análisis documental, la entrevista semi-estructurada y la observación participante.

La problemática de la organización está intrínsecamente ligada al concepto de institución. En efecto, la institución resulta ser un referente básico del comportamiento en la organización al proporcionar un conjunto de valores, normas y principios que son reproducidos en la vida cotidiana. Sin embargo, contrariamente a lo estipulado en la literatura especializada, no existe una correspondencia unívoca entre institución y organización, dando pie a diversas configuraciones. Así, en el caso que nos ocupa, podremos observar que la clínica bajo estudio se encuentra bajo la influencia de tres órdenes institucionales distintos: el hospital, la empresa y la familia. Ello resulta en un conjunto de contradicciones y complementariedades, tanto

funcionales como simbólicas, que nos conducen a pensar la organización como un sistema en constante tensión.

El trabajo está dividido en dos partes. En la primera se abordan los aspectos de tipo teórico y contextual. En ella se realiza, en el primer capítulo, una reflexión sobre las diversas modalidades del análisis institucional aplicado al terreno de las organizaciones, destacando tanto sus aportaciones como limitaciones. El segundo capítulo se aboca al estudio del orden institucional médico, enfatizando sus características principales, su evolución en el largo plazo, sus principales organizaciones para llegar, posteriormente, al análisis de los establecimientos médicos particulares en el país y en el estado de Morelos, lugar donde se encuentra localizada la clínica objeto de estudio. El tercer capítulo está dedicado al estudio de la empresa familiar, destacando su problemática cultural en el actual proceso de modernización; se aborda también el análisis de algunas características centrales de la familia mexicana. Un cuarto capítulo está orientado a la revisión teórica de uno de los aspectos más relevantes de la pequeña empresa familiar, el de la sucesión.

La segunda parte está consagrada a la presentación del caso. En el capítulo quinto se da cuenta de los principales elementos de la discusión metodológica, mientras que en el capítulo sexto se presenta el caso y los resultados más relevantes del análisis.

Finalmente, se presenta un apartado que da cuenta de nuestras reflexiones finales, las cuales se inscriben en un plano teórico global y da cuenta de nuestros principales hallazgos y aportaciones al campo de estudio.

# **PRIMERA PARTE**

## **INSTITUCION Y ORGANIZACION**

# **I. El análisis institucional en el estudio de las organizaciones**

El estudio de las organizaciones ha sido abordado desde diversas perspectivas teórico-metodológicas. En un primer nivel de análisis podemos distinguir entre el paradigma positivista y el constructivista (Burrell y Morgan: 1979; Reed: 1993, Gergen)<sup>1</sup>. El primero se basa en la premisa de la extensión de la ciencia natural a la social, lo que le otorga presumiblemente un alto nivel de objetividad, asumiendo además que el individuo posee una amplia racionalidad<sup>2</sup>, lo que permite diseñar organizaciones funcionalmente adecuadas que posibilitan el logro eficiente de sus objetivos. El constructivismo, por su parte, se basa en la idea de que la realidad social se construye a partir de la interacción cotidiana entre los individuos, y ésta es originalmente heredada de las generaciones previas, y reconstruida constantemente a través de la acción cotidiana. En este caso, el estudio de la subjetividad juega un papel central, haciendo surgir diversos temas actuales que resultan fundamentales para el estudio de las organizaciones, tales como el de vida simbólica, el lenguaje y la cultura. En esta perspectiva teórico-metodológica resulta esencial el estudio del sentido que los miembros otorgan a su acción en la organización. La importancia de la investigación no reside en la búsqueda de la objetividad de la acción sino en su interpretación y, en esta dirección, la eficacia y la eficiencia no representan meros mecanismos funcionales para la supervivencia organizacional, diseñados desde una visión exclusivamente lógica, sino que incorporan también elementos de orden subjetivo –creencias y valores, por ejemplo- que buscan incrementar la legitimidad de sus estructuras formales (Meyer y Rowen: 1999).

Por otro lado, en un segundo nivel, encontramos las corrientes del análisis organizacional, las cuales pueden ser incorporadas a la Teoría de la Organización o

---

<sup>1</sup> Al respecto es importante señalar que Burrell y Morgan proponen cuatro paradigmas a partir de la elaboración de una matriz constituida por dos ejes, el de la regulación-cambio y el de la objetividad-subjetividad. Dados los objetivos perseguidos en este trabajo, nos limitamos exclusivamente al segundo de ellos.

<sup>2</sup> Dicha racionalidad, aunque limitada como lo expresa Simon, sigue constituyendo un motor esencial de la acción organizacional.

a los Estudios Organizacionales (Rendón y Montaña: 2004). La primera inicia desde finales del siglo XIX con la Administración Científica y concluye con las Nuevas Relaciones Humanas, en la década de los setenta; su enfoque es netamente positivista y busca determinar la racionalidad en el comportamiento organizacional; sus principales autores son estadounidenses. Los Estudios Organizacionales por su parte, son de origen europeo y enfatizan, entre otros, la dimensión simbólica y el poder. Si bien en ambos casos estos esfuerzos teóricos requieren un alto nivel de multidisciplinariedad, encontramos que la configuración de la Teoría de la Organización es de orden positivista, incorporando principalmente la Economía Neoclásica, la Ingeniería, la Administración, la Psicología conductista, la Antropología funcionalista y la Sociología estructural funcionalista. Los Estudios Organizacionales presentan una conformación distinta, también multidisciplinaria, donde concurren, entre otros, el Psicoanálisis, la Lingüística, la Antropología Simbólica y la Filosofía. Esta distinción acerca de las conformaciones disciplinarias no resulta tan categórica ya que la Teoría de la Organización ha incorporado recientemente algunos aspectos de los Estudios Organizacionales y viceversa<sup>3</sup>.

La corriente denominada Nuevo Institucionalismo Sociológico (NIS) –u Organizacional (Vergara: 1997)- aparece a mediados de la década de los setenta, con los trabajos pioneros de Meyer y Rowan (1999) y Zucker (1999). A partir de entonces diversos trabajos se sucederán hasta conformar una corriente reconocida de análisis que enfatiza la dimensión institucional como marco de referencia que orienta el comportamiento de los individuos en las organizaciones. La institución, elemento central de esta corriente, se ha conceptualizado de múltiples maneras; sin embargo, podemos detectar en ellas aspectos comunes como su insistencia en el acto colectivo, una gran importancia concedida a la norma y a la regla, la búsqueda de legitimidad, una cierta crítica a la racionalidad económica y la importancia del sentido de la acción, es decir, en síntesis, la institución como mecanismo de regulación social.

---

<sup>3</sup> Para esta discusión, véase al respecto los trabajos de Reed (1993) y Montaña (2005).

Por otro lado, es preciso recordar el trabajo pionero de Berger y Luckmann (1997) en el terreno de la institucionalización<sup>4</sup>. Inspirados en el trabajo previo de Schutz (1995), que a la vez retoma aspectos centrales de la corriente weberiana para analizar la vida cotidiana, estos autores señalan que “la realidad se construye socialmente y que la sociología del conocimiento debe analizar los procesos por los cuales esto se produce.” (1997:13). Para ellos, la institucionalización representa la última etapa de un proceso de construcción social, que se ve cristalizada al momento de transmitirla a una nueva generación, la cual no reconoce su participación en dicha elaboración en tanto actor social genérico. La institución define pautas de comportamiento esperado y por lo tanto controla el de los individuos. El conjunto de instituciones, dicen los autores, conforma la sociedad.

El constructivismo implica por lo tanto reconocer la importancia de la intersubjetividad como mecanismo esencial para la construcción de la realidad social. La pregunta que se puede realizar entonces es hasta qué punto el NIS retoma en realidad dicho planteamiento o permanece todavía anclado en el paradigma positivista, o hasta dónde se trata de una especie de combinación de ambos. El esclarecimiento de dicha cuestión permitirá elaborar marcos teórico-metodológicos más pertinentes que lleven a realizar investigación organizacional que sortee de manera adecuada los vestigios de la funcionalidad positivista.

La institución asume una amplia variedad de formas. Varios autores retoman este planteamiento como un aspecto esencial para comprender tanto la vida social como la organizacional (Berger y Luckmann: 1997, Castoriadis: 1975, Enriquez: 1992, Friedland y Alford: 1999, Montaña: 2004, 2005 y Touraine: 1995). Algunos ejemplos de institución citados son, por mencionar algunos, la familia, el Estado, el mercado, la democracia, el ejército, la empresa y la iglesia. Powell y DiMaggio (1999) inauguran un amplio debate al proponer la tesis del isomorfismo institucional, la cual estipula que: “la burocratización y otras formas de cambio organizacional ocurren como

---

<sup>4</sup> Debemos recordar también el trabajo de Castoriadis acerca de la institucionalización de diversos espacios sociales.

resultado de procesos que hacen a las organizaciones más similares, aunque no necesariamente más eficientes” (1999: 104-105). Pero si el isomorfismo se realizara tal como lo plantean estos autores, la diversidad institucional se reduciría considerablemente, limitando con ello las modalidades de resolución de problemas que los individuos enfrentan a nivel social (Montaño: 2004). Por otro lado, si los autores se refieren al conjunto de organizaciones que pertenecen a un mismo campo institucional, entonces sería prudente plantear al menos tres cuestionamientos. Primero, si el proceso de homogeneización es estrictamente estructural, ello propiciaría un descuido en el análisis de las particularidades de las organizaciones que conforman un campo, asignando una alta importancia a los juegos político-estratégicos de los actores, asumido cuasi-racionalmente (Friedberg: 1997), en detrimento de sus aspiraciones más colectivas; segundo, ello significaría también un sobre-dimensionamiento del entorno al jugar los mitos racionalizados, y los demás elementos del ambiente, un papel exageradamente homogéneo en todas las organizaciones que conforman dicho campo institucional; y finalmente, si el modelo burocrático fuera el más frecuentemente asumido, como lo proponen los autores, ello supondría la reducción de las llamadas nuevas formas de organización a una sola (Heydebrand: 1989, Bernoux: 2004). En cualquier caso, asistiríamos a una reducción drástica del nivel de complejidad de las organizaciones, y por lo tanto de la sociedad.

A partir de los planteamientos anteriores, en este capítulo se realiza, en una primera parte, un análisis comparativo entre la primera conceptualización del institucionalismo y la más reciente, destacando algunos de sus planteamientos centrales. En una segunda parte se efectúa una comparación entre la versión sociológica actual y la económica, ya que ésta última ha adquirido una alta relevancia en la práctica común de las organizaciones. Finalmente, abordaremos el tema de la institucionalización como proceso y concluiremos este capítulo con una reflexión acerca de las posibilidades del análisis institucional en el estudio de las organizaciones.

## **1. El Nuevo y el Viejo Institucionalismo. Una comparación analítica**

El nuevo institucionalismo resulta una propuesta teórica que busca diferenciarse del denominado viejo institucionalismo. El institucionalismo sociológico<sup>5</sup> tiene sus fundamentos, de acuerdo con Scott (1995), en varios sociólogos, tanto europeos como estadounidenses; de entre ellos nosotros mencionemos tres por su concepción social amplia y por las repercusiones posteriores que han tenido para el estudio de las organizaciones; ellos son Emile Durkheim(1990), Max Weber (1970) y Talcott Parsons (1984). Si bien es ampliamente conocida la influencia de Weber y Parsons para el estudio de las organizaciones, es importante señalar, por otra parte, que la obra de Durkheim (1990) no ha sido, desafortunadamente, todavía considerada de la misma manera. A él se le reconocen generalmente sus aportaciones realizadas acerca de la división social del trabajo y la anomia, pero poco se ha retomado su concepción de institucionalización del hecho social.

El NIS es una de las corrientes actuales más reconocidas en la Teoría de la Organización; representa a la vez un intento por actualizar algunos de sus anteriores planteamientos centrales y proporcionar una visión de conjunto que relacione los aspectos organizacionales con los sociales. Por otro lado, resulta también pertinente hacer un análisis comparativo, en el siguiente apartado, entre el NIS y el Nuevo Institucionalismo Económico –NIE- ya que algunos autores encuentran ciertas similitudes entre ambos –similitud que nosotros cuestionaremos- y, por otro lado, por constituir ésta segunda una corriente muy conocida en el diseño actual de sistemas organizacionales.

La distinción entre el NIS y el viejo institucionalismo sociológico –VIS<sup>6</sup>- no es tan contundente como aparece a simple vista. En ello concuerdan diversos autores, tales como Scott (1995:24), para quien: “de cierta manera, ellos (los neo-institucionalistas) no representan un rompimiento claro con el pasado; sin embargo, existen nuevos

---

<sup>5</sup> Scott reconoce también otros esfuerzos disciplinarios previos al Nuevo Institucionalismo. Ellos están conformados por las perspectivas económica y política.

<sup>6</sup> Ambas expresiones, Nuevo y Viejo Institucionalismo, pueden calificarse, además de sociológicos como organizacionales por su clara tendencia al análisis social de las organizaciones.

énfasis y enfoques”. Por otro lado, Peters (2003:14) argumenta en el mismo sentido aunque establece que el nuevo institucionalismo: “utiliza mucho de los supuestos del antiguo pensamiento institucionalista, pero lo enriquece con las herramientas de investigación...”. Powell y DiMaggio (1999:47) adoptan una posición similar, es decir, reconocen tanto algunos elementos de continuidad como de ruptura. Así, señalan que: “dado el molde racional y materialista de la mayoría de los enfoques alternativos a las organizaciones, estas similitudes muestran una gran continuidad entre el viejo y el nuevo institucionalismo.” Sin embargo, estos autores subrayan diferencias entre ambas visiones.

Es precisamente a partir de esta diferenciación que hemos elaborado el Cuadro 1, en el cual se asientan dichas disimilitudes. Este está basado en la propuesta de Powell y DiMaggio (1999), en la cual hemos identificado algunas dimensiones que nos permiten categorizar las principales diferencias entre el VIS y el NIS. Al interior de cada dimensión hemos agrupado algunas ideas principales que permiten la contrastación.

**Cuadro 1. Comparación entre el Viejo y el Nuevo Institucionalismo Sociológicos**

Dimensión	Ideas principales	Viejo Institucionalismo Sociológico (VIS)	Nuevo Institucionalismo Sociológico (NIS)
Política	Sistema de control	Poder	Disciplina
	Explicación del comportamiento organizacional	Grupos de presión	Búsqueda de legitimidad
	Importancia del conflicto	Central	Periférico
	Incorporación de los miembros	Cooptación	Aceptación de la regla
Comportamiento	Énfasis estructural	Estructura informal	Naturaleza simbólica de la estructura formal
	Fuentes de comportamiento	Valores, normas y actitudes que generan compromisos	Reglas, rutinas, guiones, esquemas generales, hábitos
	Interacción	Socialización	Roles asignados
Racionalidad	Crítica a la racionalidad	Consecuencias imprevistas	Actividad no reflexiva
	Fines	Desplazados	Ambiguos
	Ambiente	Local	Sectorial o social
	Lugar de la institucionalización	La organización	La sociedad

Espacio y tiempo	Horizonte de estabilidad	Bajo, búsqueda del cambio	Alto, persistencia del estado actual
Teórica	Autores representativos	Merton, Selznick, Blau, Gouldner	March y Olsen, Powell y DiMaggio, Zucker, Scott, Meyer y Rowan

Fuente: reelaborado con base en Powell y DiMaggio (1999)

En cuanto a su **dimensión política**, el VIS enfatiza una visión basada en relaciones de poder, dada la intervención activa de diversos grupos de presión tanto al interior como al exterior de la organización, otorgando al conflicto un papel central. La organización se presenta entonces como una arena política dada la diversidad de intereses de sus miembros, haciendo del mecanismo de la cooptación una de sus principales modalidades de solución de problemas (Selznick: 1949). Por su lado, el NIS, en su alegado retorno weberiano, privilegia la disciplina por sobre la confrontación más abierta ya que uno de sus objetivos centrales es la búsqueda de la legitimidad en diversos niveles, por lo que el conflicto pasa a ocupar un lugar periférico al existir una mayor aceptación de la regla y de la rutina organizacional (March y Olsen: 1997). Esta dimensión resalta el tema del poder, el cual ha conocido una transformación en su ejercicio. Así, el VIS observó conflictos abiertos y sistemas de poder más visibles. Ello no quiere decir que el poder en la organización haya disminuido sino que, siguiendo las tesis de Foucault (1983), éste se ha transformado haciéndose menos personal y evidente, a la vez que más eficaz. Por otro lado, recordemos los planteamientos de Weber (1970), quien asumía que la dominación, en tanto forma legítima –y menos violenta- de poder, recaía en la posibilidad de la obediencia. A su vez, Lukes (1985) plantea que el poder puede ejercerse incluso, en una visión tridimensional<sup>7</sup>, con la cooperación de los dominados al no permitirse que el conflicto sea reconocido como tal. Por lo tanto, el NIS subestima el tema del conflicto y del poder al no considerar sino sus manifestaciones más evidentes.

En la **dimensión del comportamiento**, el VIS se distingue por considerar a la organización básicamente como una red informal en la que los valores, las normas y

<sup>7</sup> Este autor distingue tres modalidades del poder. En la primera –unidimensional- existe un conflicto abierto entre las partes; en la segunda –bidimensional-, el conflicto aparece en forma latente mientras que en la tercera –tridimensional- se evita el acceso al reconocimiento del conflicto.

las actitudes tienen un mayor peso que las estructuras formales. Estos procesos de socialización imprimen un mayor sentido a la acción de los individuos, provocando con ello mayores niveles de compromiso colectivo hacia la organización. El NIS se distingue por enfatizar el contenido simbólico de la estructura formal al no ser ésta el producto exclusivo de la funcionalidad ya que incorpora, en su búsqueda de legitimidad, creencias expresadas por diversos grupos sociales (Meyer y Rowan: 1999). El sistema organizacional resulta más despersonalizado al basar sus interacciones en reglas, hábitos y roles. Esta dimensión cuestiona la importancia relativa de la estructura formal en tanto proyecto lógico al servicio de los fines de la organización. Ambos rechazan la funcionalidad técnica de dicha estructura. La vida simbólica reside, de acuerdo con el VIS, en la estructura informal, es decir, en la interacción personal entre los individuos, mientras que para el NIS ésta se ubica en el terreno de la formalidad, la cual es transmitida a los sujetos por medio de reglas, rutinas y roles. Sin embargo, Heydebrand (1989) señala en uno de sus trabajos que la informalidad ha vuelto a adquirir una gran relevancia en las nuevas formas de organización al considerar que el involucramiento en diversas tareas implica una interacción personal más cercana, tal como sucede, por ejemplo, en los círculos de calidad o en otros equipos de trabajo, además del fuerte cuestionamiento a los modelos jerárquicos, lo que incluso ha llevado a la búsqueda del liderazgo en deterioro de la supervisión directa.

El exceso de **racionalidad**, por su parte, es cuestionado en ambos casos. El VIS se centra en el señalamiento del desplazamiento de fines por medios y las consecuencias imprevistas de la burocracia (Merton: 1984), mientras que el NIS resalta la idea de que la rutina limita la capacidad de reflexión en el desarrollo de las actividades cotidianas y que los fines y los medios resultan ambiguos, es decir, anárquicamente organizados (March y Olsen: 1997). Ambas versiones del institucionalismo si bien ponen en tela de juicio fuertemente la racionalidad de la organización, permanecen atadas a la idea de que la racionalidad constituye el principal motor del comportamiento humano. El telón de fondo a partir del cual realizan su crítica es, la mayor parte de las veces, la visión neoclásica de la

economía, la cual considera que el individuo posee un alto nivel de racionalidad económica que le permite tomar decisiones óptimas. Sin embargo, poco incorporan en su reflexión los ricos análisis acerca de la cultura en las organizaciones, en los cuales temas como, por ejemplo, la vida simbólica y el lenguaje juegan un papel explicativo central del comportamiento colectivo de los individuos en la organización.

El **espacio y el tiempo** juegan también un papel importante en este ejercicio de diferenciación. Así, el VIS se inscribe en la visión más localista de las organizaciones, es decir, más estrecho. Tal es el caso, por ejemplo, de la investigación realizada por Selznick (1949) en el caso de la *Autoridad del Valle del Tennessee*. La organización es considerada por este autor como el espacio en el que se lleva a cabo el proceso de institucionalización al formalizar un conjunto de prácticas; sin embargo, se estima también la posibilidad de cambio de la organización al ser ésta precisamente la que genera dichas prácticas. El NIS, por su parte, considera un espacio y un horizonte de tiempo más amplios. La institucionalización se realiza en un espacio mucho más extenso al ser la sociedad, el campo o el sector, el elemento generador del ámbito institucional por lo que el ambiente de la organización resulta también más vasto. Dicha amplitud espacial genera a su vez un mayor alcance de las prácticas institucionalizadas por lo que la persistencia de la rutina organizacional resulta importante, limitando las posibilidades del cambio organizacional. (March y Olsen: 1997).

Como ya se mencionó, una diferencia muy significativa entre el VIS y el NIS reside en el lugar desde el cual se lleva a cabo la institucionalización. El primero asigna una importancia central a la organización, la cual tiene la posibilidad de generar e institucionalizar, entre otros, ciertas prácticas y afectar, de esta manera, a su ambiente más cercano. El segundo parte de la idea de que la sociedad es la que lleva a cabo la institucionalización, la cual es transmitida a la organización, la que a su vez la incorpora a su vida cotidiana en su búsqueda de legitimidad. Si bien ambos casos son posibles en la realidad, la mayor utilidad del análisis institucional reside en los planteamientos del NIS dados los alcances de ambos tipos de

institucionalización; el del VIS permanece siempre local mientras que el del NIS hace res sentir su impacto en un conjunto de organizaciones mucho más amplio. Además, el surgimiento y preservación de las instituciones sociales más importantes proviene de esta espacialidad social amplia, como ha sucedido en los casos de la iglesia, la empresa, el ejército, etc. Es preciso mencionar, no obstante, que en ciertas ocasiones ambos tipos de institucionalización pueden jugar un papel simultáneo reforzando su aceptación. Dado el impacto de la institucionalización social es de esperarse que las organizaciones presenten mayor dificultad para el cambio, en ese sentido, su grado de estabilidad resulta alto, mientras que las prácticas institucionalizadas por la propia organización son más proclives al cambio.

## **2. El Nuevo Institucionalismo Económico y el Sociológico. Otra comparación analítica**

El Nuevo Institucionalismo Económico –NIE- se ha convertido en nuestros días en una de las teorías más recurrentes, tanto en el terreno de la explicación teórica como en el de la aplicación práctica<sup>8</sup>; en este último, su utilización se extiende tanto a la administración pública como a la privada. Su contrastación con el NIS aparece más evidente que en el caso anterior ya que varias de sus premisas resultan claramente antagónicas. De ahí que resulte importante efectuar este análisis comparativo para identificar de manera adecuada las características particulares de cada una de ellas. Todos los autores coinciden en señalar a Coase (1937) como el pionero del NIE. Su tesis central es que el mercado no resulta ser, como se creía anteriormente, un mecanismo de regulación económica tan eficiente, lo que ha obligado a las empresas a incorporar diversas actividades en su seno en vez de contratarlas libremente en el mercado. El acceso a los mercados, lo que implica la aceptación del sistema de precios, conlleva siempre un costo, llamado de transacción, el cual resulta frecuentemente más oneroso que el de asumir las actividades al interior de la empresa. Williamson (1991), continuando en esta línea argumentativa, estipula que existen dos condiciones bajo las cuales el mercado deja de ser una alternativa válida

---

<sup>8</sup> Si bien el NIE se basa en el análisis económico general y, crecientemente, en el de la empresa, sus planteamientos han sido trasladados a otros ámbitos institucionales –universidad, administración pública, etc-, llegando a generalizarse para el caso abstracto de la organización.

para las empresas; estas condiciones tienen que ver con la visión de este autor acerca de la naturaleza humana. Por una parte, retoma la noción de racionalidad limitada de Simon (1982) y, por la otra, considera que el individuo es fundamentalmente egoísta y propenso a la triquiñuela con tal de obtener un beneficio personal. Así, cuando la situación resulta elevadamente compleja para el decisor y/o cuando éste asume que el otro es egoísta y tramposo prefiere abandonar la transacción con el mercado y controlar dichas actividades de manera jerárquica al interior de la empresa. Existen, claro está, diversas modalidades, denominadas híbridas, que permiten realizar alguna combinación, como es el caso, por ejemplo, en el sistema de franquicias. Siguiendo el mismo esquema utilizado en la comparación anterior, hemos elaborado un cuadro comparativo entre el NIE y el NIS. Como ya hemos mencionado las características del NIS, nos avocaremos solamente a señalar las del NIE –Cuadro 2-.

**Cuadro 2. Comparación entre el Nuevo Institucionalismo Económico y el Sociológico**

<b>Dimensiones</b>	<b>Ideas principales</b>	<b>Nuevo Institucionalismo económico (NIE)</b>	<b>Nuevo Institucionalismo sociológico (NIS)</b>
Política	Sistema de control	Sistema de precios	Disciplina
	Explicación del comportamiento organizacional	Búsqueda de beneficio económico	Búsqueda de legitimidad
	Importancia del conflicto	Central	Periférico
	Incorporación de los miembros	Evaluación costo/beneficio	Aceptación de la regla
Comportamiento	Énfasis estructural	Estructura formal	Naturaleza simbólica de la estructura formal
	Fuentes de comportamiento	Racionalidad instrumental. Egoísta y tramposo, en función de una escala de preferencias jerarquizables y estables	Reglas, rutinas, guiones, esquemas generales, hábitos
	Interacción individual	Intercambio	Roles asignados
Racionalidad	Crítica a la racionalidad	El mercado es un obstáculo a la racionalidad de la empresa	Actividad no reflexiva
	Fines	Económicos y cuantificables	Ambiguos
Espacio y tiempo	Ambiente	El mercado	Sectorial o social

	Lugar de la institucionalización	La empresa	La sociedad
	Horizonte de estabilidad	Bajo. Alta propensión al cambio	Alto. Persistencia del estado actual
Teórica	Autores representativos	Coase, Williamson, North, Chandler	March y Olsen, Powell y DiMaggio, Zucker, Scott, Meyer y Rowan

Fuente: elaboración propia

La **dimensión política** de esta corriente teórica está centrada en el sistema de precios como mecanismo regulador de los comportamientos al asumir que los individuos buscan la optimización<sup>9</sup> de su beneficio. El individuo posee supuestamente entonces una alta **racionalidad**, lo que le permite a la vez calcular, en términos de costo/beneficio<sup>10</sup>, su participación en el juego. El conflicto aparece dada la escasez de recursos, intensificando la dinámica política. En cuanto al **comportamiento**, se enfatiza la estructura formal de la organización, la cual regula el intercambio entre los actores; éstos poseen, de acuerdo con dichos planteamientos, un conjunto de preferencias, estructurado, jerárquico y relativamente estable. Lo anterior, aunado a la presunción de la primacía de la racionalidad instrumental en el individuo, propicia que la búsqueda del logro de dichos fines jerarquizados sea intensa dada su naturaleza egoísta. En términos de racionalidad organizacional, inscrita principalmente en una lógica cuantitativa, uno de los principales problemas de la organización estriba en su relación con el entorno, lo que genera costos de transacción; cuando éstos son altos, la organización responde entonces a ello mediante el desarrollo interno de dichos servicios, incorporándolos a su propia jerarquía e incrementando con ello su capacidad de control. Ante estas supuestas imperfecciones de mercado, la organización responde con su propia racionalidad. En lo concerniente a **espacio y tiempo**, podemos señalar que el ambiente en el que se desarrolla la organización es principalmente el de su mercado

<sup>9</sup> Recordemos simplemente que Simon propone la idea de solución satisfactoria en vez de óptima, dadas las limitaciones cognitivas del decisor, el costo de oportunidad y el nivel de aspiración.

<sup>10</sup> De acuerdo con Simon (1982), el individuo es capaz de evaluar la relación entre sus contribuciones y alicientes y cuando la ecuación le resulta igual o favorable, en términos de sus intereses, el individuo decide participar. Este planteamiento lo extiende al conjunto de miembros que participan en la organización, tales como trabajadores, accionistas, proveedores y clientes, y cuando la ecuación es favorable a todos ellos, entonces, dice este autor, la organización se encuentra en equilibrio. Es una especie de juego en el que todos ganan.

y que es la organización misma la que efectúa, como en el caso del VIS, el proceso de institucionalización. En cuanto al cambio, se supone existe una alta propensión debido en parte a la dinámica misma del mercado, pero también a la incorporación de nuevas tecnologías productivas y administrativas; el cambio en la organización es relativamente fácil de lograr, de acuerdo con dichos postulados, ya que el comportamiento de los individuos es relativamente sencillo de predecir al estar asentado casi exclusivamente en una racionalidad instrumental.

Una vez revisadas estas propuestas teóricas –VIS, NIS y NIE-, pasaremos a inscribir en ellas el concepto, debatido, de institución, para evaluar sus alcances y limitaciones para el estudio de las organizaciones.

### **3. El proceso de institucionalización**

En este apartado abordaremos a tres autores que consideramos relevantes en el estudio del proceso de institucionalización; ellos son Berger y Luckmann (1997) y Zucker (1999). Destacaremos sus planteamientos centrales hasta llegar a su propuesta de institucionalización, la cual es retomada abiertamente, en el NIS, por Zucker. El trabajo de Berger y Luckmann, *La construcción social de la realidad*, representa una obra central para comprender el desarrollo y evolución del NIS<sup>11</sup>. Citado por la mayoría de los autores de esta corriente, Berger y Luckmann realizan una propuesta sugerente acerca de la institucionalización de la vida cotidiana. Para ello, parten de la idea de que la realidad social es una construcción humana, la cual no está de manera alguna predeterminada por su aparato biológico:

“Si bien es posible afirmar que el hombre posee una naturaleza, es más significativo decir que el hombre construye su propia naturaleza o, más sencillamente, que el hombre se produce a sí mismo”. (1997:69).

Ello conlleva inmediatamente a reconocer la naturaleza cultural de dicha construcción. En este sentido, Geertz comparte la idea de que, en un período largo,

---

<sup>11</sup> Evidentemente, esta obra trasciende el mero espacio teórico del NIS y ha influido en una gran cantidad de investigadores sociales.

“el hombre se creó a sí mismo” (1973:48). El autor realiza una crítica atinada a la visión estratigráfica que postula que el nivel básico de la naturaleza del hombre es biológico, y al cual se superponen otros niveles –psicológicos, sociales y culturales-. Al igual que Berger y Luckmann, Geertz propone que es más allá de la explicación genética que encontraremos la verdadera naturaleza humana; ésta se encuentra en la construcción particular de la cultura: “somos animales incompletos o inconclusos que nos completamos o terminamos por obra de la cultura” (1973:49).

Berger y Luckmann proponen que la institucionalización es un proceso social que inicia con la adquisición de hábitos. Estos son importantes ya que generan pautas de comportamiento que implican una economía de esfuerzo, liberando energía para la realización de otras actividades<sup>12</sup>. Ello permite la construcción de tipificaciones, es decir, de esquemas que permiten “aprehender y tratar” diversas situaciones: “De ese modo puedo aprehender al otro como ‘hombre’, como ‘europeo’, como ‘cliente’, como ‘tipo jovial’ etc. Todas estas tipificaciones afectan continuamente mi interacción con él...” (1997:49). Estas tipificaciones resultan recíprocas en la relación personal, cara a cara, en la que se da una aprehensión mutua y las cuales tienden a generalizarse a través del anonimato. “La realidad social de la vida cotidiana, dicen los autores, es así aprehendida a través de un *continuum* de tipificaciones que se vuelven progresivamente anónimas.” (1997:51). Por otro lado, algunas de estas tipificaciones se convierten en roles, expresión acabada de la institucionalización: “Todo comportamiento institucionalizado involucra roles.” (1997:98).

Armados de estos conceptos, podemos entonces arribar a la conceptualización que ellos hacen del proceso de institucionalización: “La institucionalización aparece cada vez que se da una tipificación recíproca de acciones habitualizadas por tipos de actores.” (1997:76).

Los autores destacan el carácter histórico y controlador de la institucionalización. Esta se realiza cuando el conocimiento de la realidad social es transmitido a otra

---

<sup>12</sup> Esta idea aparece de manera central en el trabajo de March y Olsen (1997)

generación, cuando le es impuesta como dada, es decir, como objetiva: “Un mundo institucional, pues, se experimenta como realidad objetiva, tiene una historia que antecede al nacimiento del individuo y no es accesible a su memoria biográfica.” (1997:82). Por otro lado, la institucionalización regula el comportamiento humano, le otorga dirección y sentido: “Toda transmisión de significados institucionales entraña, evidentemente, procedimientos de control y legitimación.” (1997:95). En este sentido, Geertz se vuelve a encontrar con estos autores al señalar la función controladora de la cultura al definirla como: “una serie de dispositivos simbólicos para controlar la conducta.” (1973:52)

Zucker (1999) es uno de los autores que más cerca se encuentra de los planteamientos originales de Berger y Luckmann; en su intento por estudiar los procesos de transmisión cultural, define la institucionalización de la siguiente manera:

“Es el proceso por medio del cual los actores individuales transmiten lo que socialmente se define como real y, al mismo tiempo, en cualquier punto del proceso el significado de un acto se puede definir, más o menos, como una parte dada por hecho de esta realidad social. Los actos institucionalizados, entonces, se deben percibir a la vez como objetivos y como exteriores. Los actos son objetivos cuando otros actores pueden repetirlos potencialmente sin cambiar el entendimiento común del acto; mientras que los actos son exteriores cuando el entendimiento subjetivo de los actos se reconstruye como entendimiento intersubjetivo, de manera que los actos se consideran parte del mundo externo.” (Zucker: 1999: 129).

Tolbert y Zucker (1996) reconocen, basándose en Berger y Luckmann, tres etapas en el proceso de institucionalización: la habituación, la objetivación y la sedimentación y contextualizan dicho proceso en el ámbito organizacional. (Cuadro 3). Así, la *habituación* corresponde a los diversos arreglos estructurales que se dota la organización para resolver problemas específicos, los cuales se formalizan a través de políticas y procedimientos diversos. Esta etapa es reconocida por las autoras como pre-institucional, lo que se traduce en que las innovaciones organizacionales se encuentran altamente expuestas a los embates de aquellos

actores que no concuerdan con ellas; dichas propuestas no han alcanzado todavía un nivel adecuado de conceptualización teórica y los resultados son monitoreados constantemente por otras organizaciones; existen pocas modalidades de adaptación y se privilegia, por lo tanto, la imitación. La *objetivación*, por otra parte, representa una etapa intermedia, de semi-institucionalización; los resultados provenientes de las nuevas propuestas son considerados por diversos actores aunque se siguen presentando movimientos de resistencia. Finalmente, la *sedimentación* significa la etapa final de la institucionalización; los cuestionamientos son menos frecuentes y las organizaciones consideran que la estructura, los procesos y las políticas adoptados resultan imprescindibles para el buen funcionamiento de las organizaciones. Mediante este proceso de institucionalización pueden explicarse diversas modalidades organizacionales surgidas alrededor de aspectos varios tales como la calidad, la reingeniería y la cultura corporativa. La propuesta de Tolbert y Zucker distingue de esta manera diversos grados y duración de la institucionalización, reconoce la participación activa de distintos actores en dicha construcción y diversos métodos de adopción por un conjunto de organizaciones. Ello se sintetiza en el Cuadro 3.

**Cuadro 3. Etapas del proceso de institucionalización y dimensiones comparativas**

<b>Dimensiones</b>	<b>Etapa pre-institucional</b>	<b>Etapa semi-institucional</b>	<b>Etapa institucional</b>
Etapas	Habitación	Objetivación	Sedimentación
Características de los receptores	Homogéneo	Heterogéneo	Heterogéneo
Ímpetu de la difusión	Imitación	Imitación/Normativo	Normativo
Teorización	Ninguna	Alta	Baja
Variación en la implementación	Alta	Moderada	Baja
Tasa de fracaso de la estructura	Alta	Moderada	Baja

Fuente: Tolbert y Zucker: 1996:185.

Una vez que se ha llegado a la institucionalización, el conocimiento cobra existencia como un hecho real y pasa entonces a formar parte de la realidad socio-

organizacional, haciendo que su transmisión se extienda más fácilmente y se incorpore, otorgando un nuevo sentido, al conjunto de prácticas cotidianas, incrementando con ello las dificultades de un cambio posterior.

De lo expuesto hasta este momento en este capítulo se desprenden varias preguntas fundamentales para evaluar la capacidad de la propuesta institucional en la investigación organizacional: ¿es acaso el NIS, como se piensa generalmente una versión más acabada y útil que el VIS para el estudio de las organizaciones?, ¿qué papel juega realmente el NIE en el diseño y en el funcionamiento de las organizaciones?, ¿qué implicaciones teórico-metodológicas tiene el NIS?

Las respuestas tienen que ser matizadas. En algunos casos es evidente que una de las orientaciones teóricas podría resultar más pertinente que la otra; en otros, ambas visiones pueden resultar complementarias o incluso, en otros más, ambas resultan todavía insuficientes en el terreno explicativo. No se trata en realidad de elegir una u otra visión del institucionalismo sociológico ya que ambas realizan aportaciones teóricas relevantes. Los prefijos viejo o nuevo dados a estos dos institucionalismos resulta algo engañoso y reflejan más bien la época en que fueron construidos pero no su potencial explicativo actual. Es cierto que la ciencia social ha realizado avances significativos con el paso del tiempo, lo que llevaría a pensar casi automáticamente que el NIS debería resultar, por lo tanto, una propuesta más acabada. Sin embargo, el VIS puede ser actualizado en ciertas líneas que privilegia en su análisis como es el caso, por ejemplo, del poder, los valores y las creencias, que ocupan un lugar central en su desarrollo. En este sentido, el NIS adopta una posición en la que las relaciones de poder ocupan un lugar poco preponderante al considerar que la disciplina ha invadido la casi totalidad de los espacios organizacionales y que los roles han sido ampliamente interiorizados, dejando poco lugar a su estudio. Por otro lado, el NIE resulta francamente limitado para el análisis organizacional al sobredimensionar los aspectos económicos, la racionalidad instrumental y la jerarquización de preferencias, creando un espacio de certidumbre y previsión pocas veces observado en la realidad social, en menoscabo de la

ambigüedad, la importancia de la vida afectiva y simbólica en las organizaciones. Las tres propuestas –VIS, NIS y NIE- resultan a su vez insuficientes, al sobredimensionar a la racionalidad, en sus diversas vertientes, relegando a un segundo plano la dimensión cultural. Si bien es cierto que autoras como Zuker integran este ámbito en su análisis al valerse de la teoría desarrollada por Berger y Luckmann, su concepto de cultura resulta muy limitado al enfatizar casi exclusivamente la transmisión intergeneracional.

Por otro lado, en el nivel de los planteamientos teórico-metodológicos, es preciso recordar la gran dificultad de lograr todavía un consenso acerca del significado dado a la institución y la amplia variedad de estrategias y recursos metodológicos empleados. En efecto, uno de los problemas más graves del NIS es la alta diversidad de posibilidades de interpretación del concepto central de institución y la dificultad que implica por lo tanto comparar los resultados obtenidos por distintos investigadores. En ocasiones la institución es entendida como una representación social que media entre los espacios social y organizacional, mientras que en otras es asimilada simplemente a la organización y, en otros, a espacios más acotados como pueden ser las políticas y los procedimientos. Finalmente, a pesar de nuestro gran respeto a la diversidad metodológica, pensamos que la línea etnometodológica aún ha sido muy poco explorada en los estudios inspirados en el NIS; en efecto, las investigaciones de orientación cuantitativa aún siguen prevaleciendo en deterioro de las de tipo cualitativo, restringiendo de manera importante la comprensión del sentido que los actores otorgan a la acción.

De cualquier manera, consideramos, a pesar de los lineamientos críticos que hemos señalado en esta última sección, que el institucionalismo sociológico representa un desarrollo teórico digno de tomarse en cuenta siempre y cuando se tenga plena conciencia de sus limitaciones y se tome como una base para el análisis organizacional y no como un producto terminado.

#### 4. El Análisis Institucional

Existe, por otro lado, una corriente, de origen francés, fuertemente anclada en el Psicoanálisis, denominada Análisis Institucional, cuyos representantes importantes son, entre otros, Lourau (2001) y Lapassade (1996); ésta tiene como objetivo principal el cambio social frente al creciente burocratismo que tiende a alienar al individuo, limitando sus propias decisiones. Se trata tanto de una teoría de análisis social como de una técnica de intervención. Lourau define la institución, inspirado en Castoriadis (1975), como una dinámica dialéctica en tres tiempos: primero, lo *instituido*, que abarca todo aquello que se encuentra ya establecido, las leyes y normas, lo que se considera como natural y universal. Segundo, lo *instituyente*, está constituido por un conjunto de fuerzas que ponen en tensión a lo instituido al cuestionar su validez, ubicándose en el terreno de lo particular. Finalmente, Lourau establece que la *institucionalización* corresponde al momento de la resolución de la contradicción entre los primeros dos momentos, correspondiendo al momento de la singularidad. Así, de esta manera, se establece una dinámica institucional, la cual evoluciona gracias a las transformaciones inducidas por la organización concreta, la cual entra en contradicción constante con su referente institucional.

Desde sus inicios, el Análisis Institucional pretendía convertirse en una herramienta de cambio a nivel social al mismo tiempo que un mecanismo de regulación de las relaciones micro-sociales. Corrían los tiempos de la relectura de Marx y Freud, después del movimiento estudiantil francés, en los que el ánimo revolucionario y la utopía de una transformación social radical alentaban el trabajo teórico, con la esperanza de revertir las formas institucionalizadas de la sociedad. Así, desde finales de la década de los 60, el Análisis Institucional se había dado como misión la de participar en ese gran cambio social frente al orden establecido.

Si bien esta corriente se enfrentó a actores que concentraban altas dosis de poder y no pudo llevar a cabo su proyecto original de transformación radical de la sociedad, algunos de sus conceptos, tanto teóricos como metodológicos, guardan todavía una alta pertinencia. Uno de ellos es el de la *implicación*, es decir, el grado de

involucramiento del analista en el proceso bajo estudio, ligado de manera inevitable, por medio de juegos de transferencia y contra-transferencia, al conjunto de relaciones sociales que observa: el simple juego de miradas, en ambos sentidos, influye en el comportamiento de lo observado.

Siguiendo la línea planteada por Castoriadis, Barbier (1988) llega a la conclusión que la institución es una red simbólica, socialmente sancionada integrada por un componente funcional y uno imaginario. Así, para este autor, la educación, el matrimonio y la religión serían instituciones mientras que las escuelas, las familias y las iglesias serían organizaciones. De esta manera, agrega el autor, las organizaciones y los grupos son portadores (productores y reproductores) de instituciones.

Inspirado en esta corriente, Enriquez (1992), propone que el análisis de las organizaciones debe comportar el estudio de siete instancias, dos de las cuales son la institucional y la organizacional<sup>13</sup>. Es en la primera que se ubica el fenómeno del poder, las leyes y las normas. Las instituciones son, de acuerdo con el autor, conjuntos orientadores y de regulación social, es decir, tienen como misión establecer un orden y hacerlo perdurar. Una de las funciones principales de la institución es el ocultamiento del conflicto y la violencia inherentes al individuo; sin embargo, éstas encuentran siempre diversas vías de escape.

Enriquez identifica cinco características principales de la institución. a) Se basa en un saber especializado que se traduce en una verdad; b) logra interiorizarse en el sujeto, haciendo de la ley una especie de segunda naturaleza, logrando con ello un alto nivel de obediencia y de gozo ante ella; c) posee una figura central que le sirve de referencia básica; d) tiende a la reproducción de sí misma y e) construye un conjunto de limitaciones y prohibiciones. Así, el autor, sintetizando estos puntos, concluye que las instituciones son: "conjuntos formadores que se refieren a un saber

---

<sup>13</sup> Las otras instancias son la mítica, la socio-histórica, la estructural, la grupal, la individual y la pulsional.

teórico legitimado y que tienen por función asegurar un orden y un cierto estado de equilibrio social.” (Enriquez: 1992: 80). Así, la escuela, la familia y la iglesia constituyen instituciones que regulan la vida del individuo en la sociedad.

La instancia organizacional está estrechamente ligada a la institucional. Si la primera representa al poder, la segunda se caracteriza por el ejercicio de la autoridad. De acuerdo con Enriquez, la primera es una expresión de la segunda. En este sentido, argumenta el autor, “la organización es la transmutación en tecnología, en ‘chatarra’, de la institución. Tecnología tanto a nivel de las máquinas y herramientas como de las metodologías y los procedimientos de trabajo...” (Enriquez: 1992: 90).

Si bien las instituciones son poco numerosas, las organizaciones tienden a reproducirse ampliamente y entran en abierta competencia por constituirse en el portavoz institucional. Así, las organizaciones compiten entre sí no sólo en el terreno de los recursos sino en el ámbito simbólico de la representación. Una doble competencia es entonces observada; la institucional a nivel social abstracto, tratando de imponerse una institución sobre las otras, lo cual se expresa por la búsqueda de la hegemonía a nivel macro, y la ya mencionada organizacional, a nivel concreto.

##### **5. La institución como dispositivo mediador entre la sociedad y la organización**

Friedland y Alford (1999), en una vertiente más sociológica, aceptan la idea de que la sociedad está conformada por instituciones y proponen observarla como un conjunto interinstitucional. Para ellos, las instituciones constituyen:

“patrones de actividad supraorganizacionales por medio de los cuales los humanos conducen su vida material en el tiempo y en el espacio, y a la vez como sistemas simbólicos por medio de los cuales asignan una categoría a esa actividad y le otorgan un significado”. (Friedland y Alford: 1999:295).

Para estos autores, las principales instituciones del capitalismo occidental son el mercado, el Estado, la familia y la religión cristiana, las cuales resultan potencialmente contradictorias por las lógicas de acción que pregonan cada una de

ellas y deben ser, por lo tanto, analizadas en conjunto. Argumentan que estos ordenes institucionales:

“tienen una lógica central –un conjunto de prácticas materiales y de construcciones simbólicas- que constituye sus principios de organización y que está disponible para que las organizaciones y los individuos construyan con base en ella.” (Friedland y Alford: 1999:314).

Por otro lado, Montaño (2005) propone que si bien existe una relación fuerte entre la institución y la organización concreta, el individuo reconstruye simbólicamente el espacio organizacional cotidiano mediante una combinación, que se expresa metafóricamente, de diversas formas institucionales. Así, por ejemplo, la empresa no sólo es resentida sino vivida por sus miembros de manera simultánea como una iglesia, una prisión y/o una escuela. Esta múltiple metaforización institucional de la vida organizacional se interioriza a través de los espacios informales y sirve frecuentemente como dispositivo de resolución de conflictos al ampliar el inventario de sentidos que el individuo puede utilizar en situaciones críticas.

Pero al margen de esta recomposición institucional simbólica que el individuo realiza en su búsqueda de sentido en la organización, debemos señalar el hecho de que una misma organización, contrariamente a lo que se piensa, puede tener diferentes referentes institucionales básicos, tal como el caso de estudio que se aborda en este trabajo. En efecto, el análisis de una clínica de propiedad familiar implica el reconocimiento de la conjunción de tres órdenes institucionales: la empresa, el hospital y la familia.

A continuación, en los siguientes dos capítulos abordaremos estos tres órdenes institucionales: primero, el del hospital, deteniéndonos posteriormente para abordar la importancia de los establecimientos médicos particulares en México y en el estado de Morelos; segundo, de manera simultánea, la empresa familiar, destacando algunas de las características más relevantes de la familia mexicana y de las particularidades que resultan de la conjunción entre empresa y familia. Una vez abordados dichos ámbitos institucionales, procederemos a una breve revisión acerca

de la literatura especializada en uno de los temas centrales de la empresa familiar, el de la sucesión. Una vez cubierta esta revisión teórica y contextual, procederemos, en una segunda parte a abordar la clínica, objeto de estudio de nuestro trabajo.

## **II. El orden médico**

### **1. La Medicina**

#### **a. Breve recorrido histórico**

La historia de la profesión médica data desde la época de la antigua civilización griega, siendo uno de sus principales representantes Hipócrates. La principal función de la medicina era identificar la enfermedad por medio de las quejas que los enfermos manifestaban y aquello que los médicos podían constatar por ellos mismos; estaba prohibido tocar e intervenir al interior del cuerpo humano, el enfoque de este tipo de medicina era cualitativo, se reflexionaba sobre lo visible para imaginarse lo invisible.

Para la edad media, principalmente en Francia, se continúa con esta tendencia de reflexión filosófica de los tratados antiguos de la medicina. Su práctica sigue estando afectada por una serie de restricciones, principalmente de orden religioso y social. Entre las actividades prohibidas en esa época se encuentran las de los carniceros, los juglares, los magos, los alquimistas, los médicos, los cirujanos, las prostitutas (Romo, sin año).

El título de doctor –médico- es introducido por primera vez en las universidades en 1240 por Roger II de Sicilia (Conde:2002: 400); se buscaba la formalidad de la profesión y el reconocimiento social; sin embargo, el espíritu dogmático-escolástico se mantiene por muchos años más. Sigue existiendo una separación muy marcada entre lo teórico, es decir, entre la discusión de los textos y el saber práctico, relegado a los barberos, cirujanos y otras ocupaciones como, por ejemplo, las comadronas.

El desarrollo de la anatomía imprimirá un giro importante a la práctica de la Medicina; ahora el médico va a centralizar su atención sobre el cuerpo del paciente y entonces, el testimonio de éste, es decir, sus síntomas, pasan a un plano secundario, prevaleciendo la palabra del médico, basada en los signos y expresada en términos técnicos y abstractos. Algunos autores coinciden en expresar que se despersonaliza al paciente.

Un hecho importante es que a partir de la introducción de la anatomía, la medicina será practicada y enseñada sobre el cuerpo humano, se inician las famosas disecciones de cadáveres, en las cuales puede apreciarse cómo el médico, rodeado de sus alumnos, expone sus teorías, una muestra de ello son algunos grabados que se conservan de fines del siglo XV y principios del XVI.

La Medicina transita posteriormente hacia una nueva etapa, la clínica, cuyos principales fundamentos se conservan aún y podemos observarlos hasta nuestros días:

“... del cambio de la Medicina de observación a la Medicina clínica, se produce un importante desarrollo de todo un conjunto de instrumentos y tecnologías médicas que posibilitarán irse adentrando en el interior del cuerpo humano, haciéndolo más accesible al médico que observa y toca, que escucha los ruidos del interior, etc., es decir, al médico que utiliza más sentidos que la vista en su relación con el cuerpo del paciente, que utiliza las manos, la palpación, el oído, la escucha, no tanto para la palabra del paciente sino para sentir los ‘signos’ que expresa el cuerpo enfermo. Signos que el médico sabe leer, interpretar, descifrar,...” (Conde: 2002: 402)

Con los adelantos proporcionados por la anatomía, la medicina se practica cerca del enfermo, junto a su cama, como lo menciona Foucault en su conocida obra *El nacimiento de la clínica*: “...el ‘lecho’ del enfermo se convierte en un campo de investigación y discursos científicos” (Foucault: 1991: 9).

Algunos autores coinciden en pensar que la clínica era el taller de los médicos, porque es ahí donde pondrán en práctica los conocimientos teóricos, constituyendo además el lugar más importante tanto para la enseñanza médica como para la investigación. Uno de los grandes clínicos del siglo XVII, el italiano Giorgio Baglivi, se refería a la Medicina no sólo como un arte clínico, sino que requería además de un cierto instinto que se desarrolla en el desempeño de esta ocupación, el famoso “ojo clínico”.

Durante la época de la Revolución Francesa, la incorporación de la clínica a la práctica médica viene a marcar una etapa importante en el desarrollo de la Medicina moderna, tal como la conocemos hoy en día:

“El proceso de cambios y progresiva afirmación de la revolución anatómica va a encontrar en la incorporación de la clínica a las enseñanzas médicas, durante la Revolución francesa, el momento cumbre de su proceso de institucionalización.” (Conde: 2002:402)

La medicina adquiere el rango de institución, resulta obligatoria su enseñanza no únicamente en las universidades, sino en los hospitales, mediante un decreto en el año de 1794.

Otro hecho determinante en el avance de la medicina fue la investigación experimental de laboratorio, la cual permitió una explicación científica de las enfermedades y sus causas basadas en los conocimientos biológicos, químicos y físicos. El investigador francés Claude Bernard llegó a considerar al hospital como el despegue de la medicina científica ya que la parte central se encuentra en el laboratorio. El avance de las investigaciones en laboratorio y en instrumentos médicos ocasionó una modificación en la relación médico-paciente; el acercamiento y el tacto, así como la palabra del paciente, empiezan a ser menos necesarios al ser sustituidos por la tecnología, la cual va a permitir exteriorizarlo y analizarlo, sin necesidad de abrirlo o matarlo.

Para finales del siglo XVIII, en la mayor parte de Europa, el proceso de institucionalización de la medicina va a abarcar además de su enseñanza universitaria la incorporación de medidas de higiene y salubridad pública para prevenir, o en su caso combatir, las enfermedades infecto-contagiosas que acosaban a la población de aquella época, así como también mejorar su nivel general de salud. Así, surge una nueva preocupación de la Medicina, ya no sólo a nivel individual sino poblacional, lograr llegar a todos los habitantes de la sociedad, inaugurándose la seguridad social.

La evolución de la medicina en todo el mundo se basa principalmente en dos factores; uno de ellos contempla el desarrollo de los conocimientos que constantemente se generan para atacar a las enfermedades que aquejan a la población y, el otro, la incorporación de tecnologías avanzadas que permitan llevar a cabo el tratamiento de las mismas.

En México, los orígenes de la medicina moderna se asemejan a los de Europa, los primeros conocimientos médicos fueron introducidos por los conquistadores españoles, quienes, a la vez, fundaron los primeros hospitales como se analizará más adelante. La llegada de los colonizadores causa una grave destrucción a las ciudades prehispánicas, así como fuertes epidemias entre la población, además de los problemas de pobreza que les aquejaban. En este panorama desolador, los misioneros empiezan a introducir ciertas prácticas médicas.

#### **b. La profesión de médico**

De acuerdo con las diferentes maneras de pensar en el transcurso de la historia y al desarrollo científico de la medicina, la profesión de médico ha transitado por diversos cambios de estatus social; desde ser una ocupación, antes de alcanzar el nivel de profesión, prohibida a principios de la era cristiana, hasta llegar a alcanzar reconocidos rangos sociales en los siglos XIX y XX.

La investigación realizada por Becher (1992) acerca de las diferentes disciplinas que se imparten en la universidad muestra que existen tanto semejanzas como diferencias al interior de una misma profesión, pero que son las similitudes las que se detectan con mayor frecuencia. Los individuos que practican una misma profesión comparten actitudes, valores, maneras de expresarse y de comportarse, es decir, existe una identificación entre ellos, como lo señala el autor en el siguiente párrafo:

“Cada tribu (disciplina) tiene un nombre y un territorio, arregla sus propios asuntos, entabla guerra contra las otras, tiene un lenguaje, o cuando menos, un dialecto distintivo y una variedad de formas simbólicas para

demostrar que está separada de las demás”. (Bailey, citado en Becher: 1992: 56)

Cada profesión posee su propia historia, con una problemática particular, lo que hace que cada una tenga características diferentes, un estilo intelectual propio, una manera de observar el mundo, de medir el tiempo, de realizar investigación, es decir, cada una tiene su propia lógica de acción. La profesión se conforma no sólo por la parte de los conocimientos, sino también por una cultural; el estudiante adquiere en la universidad la teoría y la práctica a la vez que hábitos y valores que va interiorizando durante sus años de estudios y, posteriormente, en el ejercicio de su profesión.

En el estudio y análisis de las profesiones, los sociólogos proponen tres visiones (Dubar y Tripier:2003):

- Desde el punto de vista **político**, las profesiones representan formas históricas de organización social y de clasificación de las diferentes actividades que desempeñan los individuos, teniendo presente la relación con el Estado, tal como lo sustenta, por ejemplo, Emile Durkheim (1990).
- Por otro lado, desde una visión **ética y cultural**, éstas son entendidas como maneras de realización de la persona al otorgar marcos de identificación subjetiva y de expresión de valores éticos que poseen significados culturales distintivos.
- Finalmente, desde una perspectiva **económica**, las profesiones son analizadas como coaliciones de actores que se reúnen para defender su trabajo y para asegurar un segmento del mercado, una clientela para sus servicios, así como un salario elevado en reconocimiento a su especialidad.

Los temas concernientes a la salud en general, y al hospital y a la Medicina en particular han sido abordados desde diferentes corrientes sociológicas (Autrey: 2002

y Carricaburu: 2004), entre las que resaltan la funcionalista y la interaccionista, ambas efectúan un análisis tomando como base diversos argumentos.

Para los años cincuenta, el enfoque funcionalista retoma principalmente a Parsons (1984) con su obra célebre *El sistema social*, en la que realiza un análisis de la profesión médica en el capítulo “Estructura social y proceso dinámico, el caso de la práctica médica moderna”. A partir de entonces, en la década de los cincuenta, surge en Estados Unidos una serie de investigaciones relacionadas con la Sociología Médica. También se desarrollan estudios acerca de las profesiones en general, destacando que las profesiones son el futuro de las sociedades modernas. Parsons define a las profesiones como el elemento central de una sociedad moderna, principalmente por la función de control social que desempeñan.

Si nos remontamos en el tiempo y retomamos una de las ideas de Durkheim (1990) acerca de las profesiones y el aseguramiento de la cohesión social, siguiendo esta lógica, el médico tendría como misión social luchar contra las enfermedades, ya que éstas representan una amenaza para mantener el orden en la sociedad y podrían romperlo.

Para Parsons, en un planteamiento paralelo, encontramos que el individuo, encargado de la producción, debe contar con buena salud para desempeñar las tareas que se le han asignado, siendo la función de la Medicina la de mantener dicho orden social (Autret: 2002). La enfermedad, en este marco teórico, es percibida como una desviación social y, por consecuencia, los cuidados médicos constituyen el mecanismos para reestablecer el equilibrio social; la enfermedad es observada como una desviación tanto biológica, como social, impidiéndoles a los individuos enfermos desempeñar sus funciones, convirtiéndolos en una amenaza social.

Desde el punto de vista funcionalista, el médico, en tanto profesional, se distingue por cinco características esenciales propuestas por Parsons:

- La competencia técnica es un elemento fundamental del estatus profesional, se adquiere mediante los conocimientos y la práctica.
- El universalismo se refiere a la objetividad que debe regir la relación entre el médico y el paciente, basada en reglas abstractas y nunca sobre relaciones personales.
- La especialidad contempla el dominio de los temas precisos de salud y enfermedad.
- La neutralidad afectiva resulta de suma importancia, dado que el paciente se encuentra en un estado de alta vulnerabilidad.
- La orientación hacia la colectividad se refiere a que el médico debe buscar el bienestar de su paciente, sin esperar un beneficio comercial ni personal.

Esta corriente funcionalista ha provocado una serie de fuertes críticas a sus principales fundamentos, en especial las provenientes de los sociólogos de la Escuela de Chicago. El término interaccionista proviene de una expresión utilizada por los sociólogos de la Escuela de Chicago, principalmente por Everett Hughes hacia los años 1950-1960, en el transcurso de un estudio acerca de las profesiones en el que propone que: "... todas las actividades de trabajo sean analizadas a la vez como procesos subjetivamente significantes y como relaciones dinámicas con los otros." (citado en Dubar y Tripier: 2003:94 y 95).

En el párrafo anterior se ponen de manifiesto la importancia y el sentido que el individuo otorga a sus acciones, así como las relaciones que establece con los otros actores. En el mismo plano del análisis de las profesiones, el autor otorga un lugar preponderante a la identidad que los individuos adquieren en el desempeño de una profesión:

"La ocupación de un hombre es uno de los componentes más importantes de su identidad social, de su yo y también de su destino, en una existencia que no le es dada más que una vez. En este sentido, la elección de una ocupación es casi también irrevocable como la elección de una pareja." (Hughes, citado en Dubar y Tripier: 2003: 95).

En el contexto de la Medicina, en 1970 aparece un texto que revolucionaría la visión que se tenía sobre la profesión médica, *La profesión de la Medicina*, de Eliot Friedson, en el cual el análisis que se realiza de la Medicina no girará más en torno a la importancia de los conocimientos especializados que ha adquirido el médico, en tanto profesional, o al papel de control social que éste juega, sino que más bien se propone estudiar cuestiones empíricas relacionadas con la realización del trabajo médico.

De manera opuesta al funcionalismo, que privilegia la organización social como fundamento central, el interaccionismo se orientará a valorizar la actividad profesional de cualquier individuo en general y la profesión médica en particular, como forma de realización de la persona. Esta corriente propone analizar el trabajo médico como un proceso biográfico y de identidad; sugiere que el individuo mismo es el más indicado para describir y analizar su trabajo a lo largo de un ciclo de vida, para comprender su propia trayectoria.

La profesión médica no se adquiere simplemente por el hecho de aprobar todos los cursos universitarios, es la propuesta principal de un trabajo realizado por Hughes, intitulado *La fabricación de un médico*. La idea central es la existencia de una cultura médica que no esté formada únicamente por conocimientos científicos y técnicos, sino también por una filosofía de lo que representa para cada persona la enfermedad y la salud. Adquirir los conocimientos teóricos y prácticos es tan sólo una primera etapa para convertirse en médico, la siguiente consiste en asumir realmente el papel de médico y convertirse, tanto para uno mismo como para los demás, en médico. Esta interiorización del rol social propicia, de acuerdo con este autor, la creación de una identidad profesional definida. Al interior del individuo se va formando una cultura profesional, la cual debe convivir e interactuar con una cultura social más amplia, sin destruirse mutuamente, ni neutralizarse entre ellas, logrando encontrar incluso muchos elementos de complementariedad y ajuste mutuo. Es a partir de esta interiorización que se crea una identidad profesional, es decir, retomando la idea del citado autor, que se fabrica al médico, tanto él mismo como ante todos los demás.

### **c. Ritos y roles**

El médico, al igual que otras profesiones, realiza cotidianamente una serie de acciones que requieren de un orden determinado y de una manera precisa de ejecutarlas, es lo que Mercadier (2004) llama un protocolo. Estos se forman bajo un mismo principio; primero, la definición de la tarea a realizar y las personas participantes; enseguida, se especifican todas las instrucciones a seguir así como el material a utilizar; es necesario también indicar el orden de las etapas y finalmente las indicaciones a seguir una vez terminada la actividad. Todas estas acciones son realizadas diariamente tanto por los médicos como por las enfermeras de la siguiente manera:

“Los cuidados médicos pasan por una sucesión de etapas, cuyo orden debe ser respetado escrupulosamente, lo que aparenta como un rito. Curaciones, inyecciones diversas, sondas vesiculares y otros cuidados más, son codificados por el grupo profesional, quien los reproduce de una manera sistematizada. El esquema prescrito define así un conjunto de roles determinando la posición de los actores en un mundo teatralizado.”  
(Mercadier: 2004: 216)

Esta idea de semejanza del rito de los cuidados médicos con la institución teatral, nos remite a la propuesta de Goffman (1994), referente a los actores que en la vida diaria, juegan diferentes roles, dependiendo del escenario en el que se encuentren. Entonces los ritos se practican en un espacio, pero también en un tiempo, a través de mecanismos diferentes:

“El rito es caracterizado por una configuración espacio-temporal específica, por la utilización de una serie de objetos, por sistemas de comportamientos y de lenguajes específicos, por señales emblemáticas, cuyo sentido codificado constituye uno de los bienes comunes de un grupo.” ( citado por Segalen en Mercadier: 2004:218)

De esa manera, los médicos en el desempeño de sus actividades, recurren a determinados ritos, como en el caso de la cirugía. El rito empieza desde el momento de entrar al quirófano, ya que se requiere de un vestuario especial; una vez dentro, el

manejo del lenguaje especializado resulta indispensable, así como determinados movimientos para dar y recibir los instrumentos. De acuerdo con este último autor, ciertos gestos, palabras, posturas y objetos no presentan una utilidad funcional, pero si poseen una fuerte carga simbólica.

Los ritos que practican los médicos y las enfermeras, comenta Everett Hughes (citado por Mercadier:2004:217), pueden proporcionar, en determinados casos, una cierta protección acerca de las actividades que desarrollan, ya que actúan apegados a las normas establecidas, por lo tanto su desempeño resulta ser adecuado. Por otro lado, los ritos permiten al personal médico, tomar una distancia emocional con respecto del paciente, con el fin de atenuar los afectos que pudieran surgir entre ellos.

La manera de vestir de los médicos forma parte de los ritos. Cuando los médicos portan las batas blancas asumen su papel profesional que los identifica como médicos, que los distingue de los demás actores, incluso de las enfermeras, dado que la bata del médico posee usualmente mangas largas, mientras que la de la enfermera presenta mangas cortas. La bata pretende que el médico actúe de manera objetiva, sin que se involucre sentimentalmente con el paciente, intenta volverlo insensible al dolor o al cariño. La bata le recuerda al médico el rol que debe asumir ante él mismo y los demás:

“Ponerse la bata todos los días hace que el médico y la enfermera puedan materializar lo que los diferencia del enfermo. Pero la bata representa más que eso: con ella, ellos asumen un personaje, un rol; la bata es como una máscara que permite de no ver ni lo bello ni lo horrible, que guarda los malos olores y las impresiones dolorosas; cuando se la quitan al término de su servicio, una parte de su vivencia permanece ahí pegada.”  
(Mercadier: 2004: 231)

El hecho de ponerse la bata blanca representa un rito, como se menciona anteriormente, y determina el papel que el médico debe asumir y que va a permitirle identificarse con un grupo profesional:

“Los ritos tienen una funcionalidad, donde lo esencial es ‘la integración social y cultural del individuo en el grupo’ (Riviere,1996). El rito ‘traduce constantemente las normas culturales a través de comportamientos más o menos codificados’. Los ritos puestos en escena por lo médicos traducen la manera de compartir los valores, las creencias, las reglas de funcionamiento comunes.” (Mercadier: 2004: 237)

Además de la bata blanca, existen otros ritos que van a identificar a los médicos, como la ceremonia que se efectúa en el quirófano, en donde todo el personal que ahí participa, debe seguir estrictas reglas de higiene, cuyo fondo contiene una fuerte carga simbólica, sin dejar de representar un papel.

## **2. Evolución y cambio del hospital. Una doble aproximación**

La noción de cambio organizacional hace referencia normalmente a procesos de transformación de corto plazo y difícilmente ésta es asociada a su referente institucional. Así, es común, por ejemplo, analizar el cambio en un hospital –o un conjunto de hospitales- en particular, debido a la contundencia del dato observado, y extraer conclusiones que si bien son válidas en un espectro temporal corto no permiten detectar transformaciones sociales relevantes en el largo plazo. Es por ello que resulta importante distinguir ambos procesos aunque ambos juegan simultáneamente su rol en un corte temporal determinado. Llamaremos evolución a los cambios de largo plazo, referidos a la institución, y cambio organizacional a los observados en un horizonte más breve. Ello tiene implicaciones metodológicas ya que el primer proceso transformativo no puede ser aprehendido mediante la observación directa sino a partir de la reflexión histórica, mientras que el segundo puede ser abordado mediante técnicas específicas de recopilación directa de información. El punto de intersección entre ambos procesos permitirá al investigador detectar si el cambio organizacional es sólo una adecuación a las necesidades del momento o si hace referencia a un punto de inflexión institucional.

Las organizaciones hospitalarias ocupan un lugar central en el ámbito institucional de la salud; los descubrimientos científicos y sus aplicaciones han revolucionado notablemente tanto el concepto de la medicina, como su propia práctica. El hospital

ha seguido siempre muy de cerca esta evolución, dado que la medicina requiere cada vez más de él para su ejercicio; cada vez con mayor frecuencia los encuentros entre pacientes y médicos se realizan en este lugar.

Además, es una organización que casi todo individuo ha tenido necesidad de acudir a ella; así, es cada vez más frecuente escuchar que las personas nacen y mueren en un hospital. Esta institución tal como se le conoce ahora, es fruto de una evolución, incluso recientemente, como lo comenta un paciente:

“Antes de la guerra, nunca se iba a ver al médico, el abuelo tenía siempre alguna cosita para curar. Si era verdaderamente grave, se iba a ver a la enfermera. Es más tarde, después, que se iba a ver al médico, y ahora al mínimo malestar o estornudo, al consultorio del médico”. Autret: 2002: 66.

Si nos remitimos a las diversas necesidades que tiene una sociedad, tal como la educación, la alimentación y la salud, entre otras, encontramos que el hospital es la institución encargada de cuidar la salud, ya sea en su etapa curativa o preventiva. El hospital es, además, un espacio al cual concurren diversos saberes y técnicas médicas, y resulta, por lo tanto, un lugar privilegiado para cultivar la investigación y la enseñanza.

#### **a. Datos históricos del hospital. Principales funciones**

El hospital no siempre ha existido como lo conocemos ahora; éste ha transitado por diferentes etapas, de origen religioso, social, económico y tecnológico, para conformarse y asumir las tareas que se le han encomendado. (Cuadro 4)

Inicialmente, los orígenes se remontan, de acuerdo con Carricaburu (2004) y otros autores, a la época cristiana de alrededor del siglo IV; la principal función era el de cuidar y alimentar a la gente pobre que se encontraba gravemente enferma. Esta acción era asegurada por la iglesia, apoyada por los creyentes religiosos; las raíces de este tipo de fundaciones era mas bien de orden caritativo. Para el siglo VI se continúa con la misma tradición de creación de lugares para ayudar a la gente más

necesitada, surgiendo una gran cantidad de ellos, pero todavía no existían los médicos, la atención seguía siendo la misma: darles alojamiento en sus últimos días. Estos albergues recibieron el nombre de “casas de Dios” o “hoteles de Dios”.

En el siglo VIII los monasterios crean estructuras para recibir a los peregrinos que venían de lugares muy retirados, de entre ellos uno muy conocido fue el de *Saint Jacques de Compostelle*, el cual fue conocido como “hospitalia”,; en él se les albergaba y si ocasionalmente necesitaban de algún cuidado, había un monje que tenía conocimiento sobre plantas medicinales; sin embargo, hasta ese momento la función de estas congregaciones era todavía más de orden espiritual, es decir, estaban más dedicados a la atención del alma que a la del cuerpo, no se contemplaban todavía los cuidados médicos.

Estos establecimientos hospitalarios incrementaron poco a poco las grandes donaciones de dinero que recibían, y para los siglos XIII y XIV se empiezan a dar abusos en la administración financiera y desórdenes morales por parte de los religiosos, entonces algunas municipalidades, entre ellas la de París, van a intervenir en su funcionamiento y paulatinamente se van a ir abandonando estas “casas de Dios” para dar paso a lo que se conocerá posteriormente como el “hospital general”.

Con la incorporación de la anatomía, en el siglo XV se empieza a incursionar en el cuerpo humano, la función de la medicina entra en una etapa de mayor atención a los enfermos y además se inicia una nueva actividad en el hospital, la enseñanza, tanto teórica como práctica; para esta época el maestro impartía su cátedra teniendo al frente no un pizarrón o un libro, sino un cadáver. La aparición de la clínica será también un evento que vendrá a revolucionar las funciones del hospital, pues ahora el médico podrá estar revisando constantemente al paciente, por medio de sus signos o sus reacciones al tratamiento, el hospital se vuelve el lugar de trabajo del médico.

La nueva figura hospitalaria fue creada en el siglo XVII durante el reinado de Luis XIV, y su objetivo principal fue mucho más ambicioso que el de la “casa de Dios”; se buscó reunir en un mismo lugar a los inválidos, a los enfermos indigentes y a los niños abandonados, entre otros. El número de hospitales generales se incrementó en toda Francia y para principios del siglo XVIII existían hospitales destinados exclusivamente para indigentes y vagabundos, en parte para atenderlos, pero principalmente para proteger a la sociedad del contagio y del peligro que éstos representaban. A partir de estos sucesos, el hospital cubrirá una función social al ayudar a preservar el orden público.

El hospital comienza posteriormente a tomar más la forma que conocemos ahora, a preocuparse más por los aspectos médicos. Durante el siglo XVIII su orientación principal no era más la asistencia sino que se transforma hacia una actividad terapéutica, en la que se busca sanar a los enfermos. Para cumplir con este cometido se hará necesaria la presencia de los médicos, la observación, la anotación, el registro de todos los datos de cada enfermo, con el fin de darle seguimiento a la evolución de su estado, es entonces cuando la existencia del hospital resulta imprescindible para llevar a cabo la labor médica.

Esta medicina hospitalaria requiere ahora la cercanía con los enfermos, porque se basa en el examen físico del cuerpo mediante la palpación y la auscultación, tomando como referencia la anatomía; es a este suceso que Foucault (1991) se va referir como nacimiento de la clínica, cuando la función del hospital ya no es de corte social, sino médica, ahora se buscará recibir a los enfermos, para atenderlos, pero también porque se hará necesario para que se enseñe la medicina en la cama misma del paciente.

Para fines del siglo XIX los descubrimientos, básicamente de la Biología y los avances tecnológicos, vendrán a incrementar las funciones del hospital, es decir, ahora la medicina va a incorporar también, y de manera importante, la actividad de investigación.

En principio, la función central fue de cuidar a los pobres, a los niños, a los ancianos, a los inválidos; ésta fue evolucionando hasta llegar, en la actualidad, a la de cuidar básicamente a los enfermos. Lo mismo sucedió con el agente institucional encargado de dicha tarea, primero fue la iglesia, después el Estado, y, finalmente se agrega la empresa; sin embargo, el hospital moderno que conocemos hoy en día, sólo existió después de la Segunda Guerra Mundial, debido a los avances médicos y tecnológicos, pero también a la preocupación en los Estados Unidos por atender a una gran cantidad de enfermos mentales y heridos que había dejado el conflicto bélico.

Actualmente, coinciden varios autores (Carricaburi: 2004), las principales actividades, que de manera general, desempeña un hospital son los cuidados a los pacientes, la enseñanza de la medicina y la investigación. Estas actividades van a presentar diversas modalidades dependiendo del tipo de patrimonio o financiamiento que tenga el hospital, es decir público o privado, o del tamaño, o simplemente de las funciones que le hayan sido encomendadas al momento de su constitución.

La tendencia actual observada en los cambios en el hospital permite sugerir la hipótesis de una doble transformación, una evolución institucional y un cambio organizacional. La representación social de la empresa privada ha jugado un papel central en la creencia de que la administración constituye un dispositivo universal para lograr la eficiencia organizacional. En la última etapa de desarrollo, la conocida como hospital moderno, el control se ha centrado en dos tipos de dominio, uno administrativo y otro médico, como se analiza en el siguiente punto. La llegada de los administradores profesionales a la dirección de los hospitales, con las implicaciones políticas que se han mencionado, no significa solamente un cambio de estructuras o de políticas, sino una posible nueva orientación donde los principios médicos cedan poco a poco ante los embates del nuevo discurso gerencial.

**Cuadro 4. Evolución histórica de hospital**

<b>Epoca</b>	<b>Función</b>	<b>Dominio</b>	<b>Avances médicos</b>
Edad media. Primera mitad (s. V al XII)	Albergar, cuidar, alimentar a los pobres	Religioso: la iglesia busca socializar cristianos	
	Aparece el término <i>hospitalia</i> (s. VIII)		Uso de plantas medicinales
Edad media. Segunda mitad (s. XII al XV)	Curar enfermos y enseñar		Se inician las disecciones de cadáveres
Siglos XVI y XVII	Cuidar y curar enfermos y enseñar Aparece el <i>hospital general</i> y amplía sus funciones: cuidar inválidos, enfermos, indigentes y niños abandonados	Al religioso, se agrega el social: el Estado empieza a involucrarse en el cuidado de los enfermos, se inicia el interés médico	Aparece la anatomía clínica, se analiza la relación entre estructura y función del cuerpo
Siglo XVIII (Revolución francesa)	Cuidar y curar enfermos, enseñar y prevenir contagio de enfermedades	Disminuye el religioso. Predomina el médico y el social	Se necesitan médicos. Aparece la clínica para observar a los enfermos.
Siglo XIX	Curar, enseñar e investigar	Médico y social. El religioso se limita al cuidado de los enfermos. Se autoriza la creación de hospitales privados	Descubrimientos en Biología, Química y Física, -rayos X, anestesia, esterilización-
Siglo XX	Curar, enseñar e investigar	Médico y social. Se incrementa el interés económico	Gran desarrollo tecnológico, instrumental y técnicas médicas

Fuente: elaboración propia

### **Los hospitales en México**

El desarrollo de los hospitales en el continente americano se sucedió de manera semejante al de Europa, tanto en época, como en características. Recordemos que en el período medieval, en Europa, las tareas hospitalarias se encontraban auspiciadas por la Iglesia, de tal manera que durante la Conquista española, los

misioneros, cuya principal función era evangelizar a los indígenas, fundaron los primeros hospitales, entre los que se cuenta, el que se estableció en Santo Domingo hacia el año 1503, según De Micheli (2005).

En México, fue Hernán Cortés, quien fundó en 1524, el hospital de la Inmaculada Concepción y el de San Lázaro, considerados como los primeros hospitales, cuya función era la de albergar a la gente pobre; en estos hospitales se practicaron las primeras tareas propiamente médicas. Más tarde se crearon otros hospitales en Pátzcuaro, Michoacán, por iniciativa de don Vasco de Quiroga.

El objetivo principal de estas organizaciones hospitalarias en el siglo XVI fue de asistencia social, servían de hospedaje y ayuda a los necesitados, pero en el fondo prevalecía el principio de caridad que pregonaba la religión, así como el objetivo de evangelización que tenían los misioneros. Así, en el contexto de la reproducción de los valores cristianos se encontraba el de la aceptación de la muerte en el marco de la religión:

“...el adoctrinamiento de los indígenas, en lo que se refiere a los valores de la muerte cristiana, ya que se pretendió atender al enfermo en la enfermedad, pero dando gran importancia al consuelo cristiano espiritual y, sobre todo, a la preparación del agonizante para bien morir. La presencia de altares y la celebración de misas en los hospitales, fueron tan imprescindibles, como la atención médica y la dotación de medicinas” (Suárez: 1988:29)

La historia de los hospitales en México se encuentra estrechamente vinculada con la introducción y desarrollo de la religión católica. La estructura de estos estuvo determinada en gran medida por las ordenanzas reales de España, así como su funcionamiento estuvo sujeto a las disposiciones provenientes de la Iglesia. Las prácticas religiosas se realizaban con mucha frecuencia dentro de los hospitales, al grado que éstos llegaron a convertirse en un instrumento importante para la introducción de la religión (Suárez: 1988).

Hacia los años 1576 y 1577 sobrevino una epidemia en la Nueva España; es en esta época cuando se practican las primeras necropsias en el Hospital de Naturales con el fin de detectar y estudiar la enfermedad; en lo que más tarde sería el Hospital Real de México, se realizó la primera anatomía, cuyo principal objetivo era la enseñanza, como se hacía en Francia. Sin embargo se reconoce que la primera cátedra de anatomía y cirugía se impartió en la Real Pontificia Universidad en México en 1619. En el siglo XVII el hospital de la Concepción, a la época llamado, de Jesús, alcanza un notable desarrollo en los aspectos médico y administrativo:

“Durante este siglo estuvo el hospital organizado de esta manera: en el aspecto médico, contó con un médico, un cirujano, un barbero o sangrador, un enfermero y una enfermera; en el aspecto administrativo un contador, un cobrador, un abogado, un escribano y un procurador, y para los servicios en el hospital, se encontraban una cocinera, tres indios y diversos esclavos. Al lado del personal seglar, trabajaron también en la institución capellanes y sacristanes, lo que puede ser un indicador más de la vinculación estrecha de la vida religiosa y la beneficencia en los hospitales novohispanos.” (Suárez: 1988: 41)

Los gobiernos de los hospitales eran de naturaleza mixta, los compartían los patronatos reales y la administración eclesiástica. Los hospitales, al representar un elemento importante en el proceso de colonización, recibieron apoyo económico, tanto para su creación, como para su mantenimiento, de la Corona y de la Iglesia, así como de particulares.

Para el siglo XVIII surgen diferentes iniciativas de creación de hospitales para apoyar causas específicas en diversas regiones del país, como por ejemplo, en favor de la mujer y provisionales para contener las epidemias. Uno de los más reconocidos, el hospital de San Andrés, que 1781 brindaba una capacidad para mil pacientes y además el desempeño de sus actividades, mantenía un buen nivel; entre sus principales funciones se encontraban la de curar enfermos y la enseñanza de la medicina. Este hospital logra mantenerse hasta 1905, no sin antes haber pasado por diferentes circunstancias, para después ser sustituido por el Hospital General que conocemos en nuestros días.

En el siglo XIX la situación política y económica en el mundo y en México empieza a cambiar, repercutiendo en todos los ámbitos. Las organizaciones hospitalarias van a sufrir cambios notables en su propiedad y funcionamiento; en España se van dictar leyes en 1812, a favor de la separación de la institución hospitalaria de la religiosa (Muriel: 1960). Más tarde, en México, el presidente Juárez establecerá la separación de los bienes de la Iglesia y del Estado. Así, los hospitales que dependían de las órdenes religiosas pasaron a ser administrados por los Ayuntamientos, las fundaciones privadas fueron admitidas sólo como complemento ya que el Gobierno debería proporcionar lo básico en hospitales. Sin embargo, los Ayuntamientos no pudieron cumplir su cometido por lo que las organizaciones hospitalarias disminuyen notablemente su labor. En esta época se permitió la entrada de las Hermanas de la Caridad, quienes lograron levantar y mantener una parte importante de las actividades hospitalarias.

Más tarde, en 1849, se promulga la ley de nacionalización de los bienes del clero, hecho que afectó seriamente a los hospitales. En esa época funcionaban únicamente los hospitales que había creado el Estado, como el de San Pablo, originalmente para atender a los heridos de la guerra contra Estados Unidos en 1847; este hospital era atendido por las religiosas de la Caridad, a petición del gobierno de Juárez, pues la experiencia que había tenido con los Ayuntamientos había sido desastrosa.

Durante el Imperio de Maximiliano continúan funcionando cinco hospitales de beneficencia pública, más una casa de maternidad que fue creada a iniciativa de la emperatriz Carlota; estas seis organizaciones se mantendrán hasta el regreso de Juárez al poder, en 1862; hasta que durante el gobierno de Lerdo de Tejada, una de las más penibles para los hospitales, se expulsan a las Hermanas de la Caridad en 1874. La situación de los hospitales se torna difícil y no es sino hasta el Porfiriato que se retoma la organización de los mismos, creándose en 1877 la Dirección de Beneficencia Pública, cuyo principal objetivo consistió en la renovación del sistema hospitalario:

“La tendencia general fue, salvo excepciones, restablecer los hospitales que habían desaparecido; mejorar los existentes y hacer nuevos, siguiendo las ideas de la época sobre higiene, medicina y cirugía.” (Muriel: 1960:310)

De esta época datan el Hospital General y el Hospital Juárez, entre otros. Los hospitales se dotaron, en general, de un cuerpo importante de médicos, como los reconocidos doctores Lavista, Vértiz, Liceaga y Olvera, y otros más. Aparecen los primeros hospitales privados provenientes de las colonias extranjeras como la franco-suizo-belga, la española y la inglesa.

Los gobiernos posteriores al Porfiriato siguen interesados en trabajar en el ámbito de la salud, efectuando avances importantes y creando diferentes instancias y decretos para proporcionar y controlar las actividades referentes al bienestar de la población. Hacia el año de 1943 se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cuyo objetivo deja de ser el de la caridad y el de la beneficencia pública:

“... un nuevo concepto del Estado y Sociedad, dentro de los cuales los hospitales son servicios públicos que el Gobierno *tiene obligación* de prestar a la sociedad como uno de sus más elementales actos de *justicia social*, indispensable para el bienestar público.” (Muriel: 1960: 314)

Considerando sus propias limitaciones, el Estado ha promovido la existencia de hospitales privados, así como organizaciones que aglutinan a diferentes tipos de trabajadores. En el año de 1943, se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y años más tarde, en 1959, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); ambas organizaciones prestan diversos servicios, incluyendo obviamente los de salud. Además, otras Secretarías de Estado han fundado sus propios hospitales, como la de la Defensa Nacional y la de Marina Nacional.

## **b. El hospital como organización compleja. Tipos de autoridad**

El hospital es una organización compleja por muchas razones, entre otras, como ya se mencionó, debido a las diferentes funciones que ahí se desempeñan, así como a la multiplicidad de actores que colaboran, a quienes podemos ubicar principalmente en dos grandes grupos, los médicos, que representan la parte sustantiva de la organización –incluidas a veces las enfermeras–; el otro, se integra por el sector administrativo, encargado de procurar el desempeño general del hospital. Existen además otro tipo de colaboradores, como los empleados de limpieza, los encargados de la cocina, de la hotelería, de los desechos, entre otros, cuyo trabajo es también indispensable para el buen funcionamiento de la organización.

La complejidad radica además en la gran cantidad de servicios que se requieren como agua caliente y fría, lavado de ropa de cama, de quirófano, de batas, corriente de energía eléctrica, de gas, de oxígeno, de teléfono, de computación, preparación de alimentos acordes con las indicaciones de los médicos o nutriólogos, esterilización de material clínico y de ropa, una adecuada separación y recolección de los desechos tóxicos y no tóxicos, servicio de laboratorio, licencias e inspección de instituciones gubernamentales.

Existe otro factor que es característico del hospital y que lo va a distinguir de otras instituciones; nos referimos a las urgencias, las cuales son atendidas las veinticuatro horas del día. El hospital es una institución que brinda servicio permanente para atender cualquier imprevisto, como puede ser una enfermedad o un accidente; por lo tanto, una parte importante de las actividades del hospital no puede ser prevista y programada con antelación.

El tema del hospital ha sido abordado por la Psicología Industrial desde los años cincuenta en Estados Unidos con los trabajos de la escuela de las Relaciones Humanas, liderada por Elton Mayo (1972), y así se estudió la naturaleza del poder y la autoridad, la toma de decisiones, la satisfacción en el trabajo, la división del trabajo, las actitudes frente al cambio, entre otros.

El hospital como toda organización, presenta la necesidad de planear y coordinar sus actividades; intenta programar las admisiones, las consultas, las intervenciones quirúrgicas, las salidas de los pacientes, para después con base en esas actividades, planear las cargas de trabajo del personal y la admisión de nuevos pacientes.

El hospital como lo conocemos en esta época, data de la década de los 50, desde entonces su funcionamiento se ha visto influido por dos tipos de autoridad, una administrativa y una médica. (Cuadro 5)

### **Una autoridad en la organización**

Un acercamiento más propiamente sociológico para el análisis del hospital puede ser abordado tomando como base los trabajos desarrollados por Max Weber (1970) acerca del fenómeno burocrático en las sociedades modernas; entre los principales fundamentos se encuentran una jerarquía del poder, el establecimiento de reglas impersonales, la determinación de los objetivos a cumplir y una división del trabajo efectiva; en resumen, podemos apreciar un alto grado de especialización de las responsabilidades, de los derechos y de la autoridad.

Alrededor de los años 50, el hospital parece adaptarse perfectamente a este modelo ya que se puede constatar una sola línea de poder, o autoridad burocrática, que se traduce como administrativa; en esta época la clase administrativa dominaba la organización, pero a medida que se va incursionando en la verdadera problemática del hospital, el modelo ya no cubre las expectativas esperadas. A medida que la complejidad de la organización hospitalaria se ha incrementado, han surgido otros modelos explicativos de su dinámica organizacional.

### **Doble autoridad en la organización**

La misma complejidad del hospital no permite siempre seguir reglas o rutinas determinadas con tanta exactitud, frecuentemente éstas no se cumplen,

principalmente cuando se trata de una urgencia. Si bien, los médicos no aparecen en un organigrama, se detecta un poder importante en un hospital:

“Los médicos ejercen su autoridad a todos los niveles de la estructura del hospital, sobre las enfermeras, el personal de servicio, los enfermos, y también, (cuando los médicos forman parte del Consejo de Administración), sobre los directores mismos” (Smith, citado por Carricaburu y Ménoret: 2004: 28)

En la época de los 60 aparecen entonces dos tipos de autoridad que cohabitan en una misma organización, uno depositado en la administración, de naturaleza burocrática, que sigue una jerarquía claramente definida; y otro, una autoridad profesional representada por el cuerpo médico, de naturaleza carismática y tradicional. De esta manera, habrá zonas donde el campo de acción esté perfectamente delimitado para alguna de las dos autoridades, pero en cambio habrá otras zonas, híbridas, en las que intervengan ambas autoridades.

Así, como consecuencia de este análisis, el hospital puede ser conceptualizado como:

“(…) una estructura donde coexisten un sistema administrativo y un sistema profesional, teniendo cada uno un dispositivo de regulación, dualidad que genera una situación de tensión interna permanente” (Carricaburu y Ménoret: 2004: 28).

Estos dos tipos de sistemas son a la vez cercanos y diferentes (Autrey: 2002), funcionan a partir de lógicas diferentes, basadas en la reproducción y en la distinción; el primero, el administrativo, se preocupa más por asegurar la reproducción de los servicios de los cuales es responsable, por medio de una detallada jerarquización de procesos y de personal; por el contrario, el segundo, el médico, se caracteriza más por la distinción, este tipo de actuación es más de corte individual, aún si existe trabajo de grupo por parte de un cuerpo de médicos, siempre sobresale uno de ellos. Los pacientes buscan ser atendidos por un determinado médico, y no por una determinada administración.

## **Predominio de la autoridad médica**

El estudio del hospital es retomado en la década de los 70, a partir del modelo de la burocracia profesional de Mintzberg (1973), el cual se caracteriza básicamente por afirmar que los médicos constituyen un cuerpo independiente de las áreas administrativa y financiera de la organización. Este modelo muestra que las características del hospital concernientes a la coordinación principal, a la parte operacional de la organización, a la complejidad de las tareas y al proceso de formación y socialización del personal, permiten a los médicos atribuirse un lugar preponderante dentro del sistema de poder en detrimento de la administración.

El poder atribuido a los médicos se basa principalmente, coinciden varios autores, en el bagaje de conocimientos que ellos poseen:

“Es necesario recordar, para empezar, que la cuestión de poderes en medicina está ligada muy profundamente a la de los saberes, a los espacios de saberes gracias a los cuales, o a través de los cuales, la medicina inscribe, asegura y justifica sus medios de poder. La medicina es esencialmente un saber, el ejercicio de un saber” (Peter, J.P., citado en Autret: 2002: 81).

Sin embargo, otros autores coinciden en pensar que la dominación de los médicos no sólo radica en una práctica ligada a un saber, sino también en la fuerza simbólica que representa el médico en una sociedad. El reconocimiento o el nivel jerárquico social que el médico posea, depende en gran parte del concepto que se tenga acerca de la salud y la enfermedad en una sociedad, es decir en su importancia institucional.

Esta repartición no equitativa del poder va a reforzar aún más el distanciamiento del estatus profesional del personal y la importancia social de las profesiones. Los médicos ejercen un poder, tanto a nivel estratégico, como por ejemplo en una decisión que va a comprometer al hospital a largo plazo, como en la adquisición de

equipo; lo mismo acontece en el nivel operacional, en el funcionamiento general y en la manera de ingreso de los pacientes.

### **Predominio de dos autoridades**

Durante el tiempo que no se presentaron restricciones económico-financieras, la lógica médica era la que predominaba en el campo hospitalario. Para mediados de los setenta, en un estudio realizado por Steudler, se analiza la evolución del hospital a través de los cambios estructurales, los avances en las técnicas, la transformación de las profesiones y la intervención del Estado, llegando a caracterizarlo como un sistema técnico que busca producir un servicio, en el cual se confrontan dos tipos de lógica, una de racionalización por parte del Estado (en caso de hospital público), representada por la administración hospitalaria, que busca principalmente eficiencia en sus actividades y ajustarse al presupuesto, y la otra, una lógica científica y técnica del cuerpo médico, que se orienta hacia las especializaciones y hacia la aplicación de nuevas técnicas.

Debido a la existencia de dos lógicas en una misma organización, un grupo de investigadores dirigidos por Strauss, se dan a la tarea de buscar las condiciones de esa convivencia; encuentran que no existe un orden social tan determinado, sino que más bien las relaciones se van estableciendo a partir de una negociación entre los diferentes actores que interactúan:

“Ellos (el grupo de Strauss) enfatizan la importancia de la negociación, es decir, los procesos de dando-dando, de la diplomacia, del regateo, que caracterizan la vida de una organización” (Carricaburu y Ménoret, 2004: 30).

En las organizaciones existen una gran cantidad de reglas que en ocasiones no son conocidas por todos los participantes o, en otras circunstancias, no coinciden con sus propios intereses, entonces se requiere una constante negociación tanto entre la estructura administrativa y el cuerpo médico, como entre profesionales de la misma categoría o entre diferentes categorías profesionales como médicos y enfermeras.

Existen acuerdos entre la repartición de tareas, el intercambio de información, acerca de los criterios médicos en cuanto a técnicas o medicamentos, en lo que se refiere al uso del quirófano o el tipo de medicamentos y material de curación que se va a adquirir, en lo que se refiere a los pacientes, acuerdan acerca de su tratamiento o de su alimentación, de manera general se necesita de un constante acuerdo.

El nivel de negociaciones va a depender, de manera importante, del grado de complejidad de cada organización, la cual normalmente está asociada al tamaño, el número de empleados y su actitud hacia la cooperación, así como a las principales funciones que ahí se desempeñan, entre otros. Para mantener lo que Strauss llama el “orden negociado” se necesita una constante observación acerca de la interacción que existe entre los individuos.

### **Nuevo enfoque. Análisis estratégico y cultura**

Dentro del marco anterior, es decir, bajo el dominio de la doble autoridad, en la misma década de los setenta, se inicia en Francia una serie de trabajos inspirados en Crozier y Friedberg (1977) y su propuesta de análisis estratégico. La estrategia se entiende como la capacidad que poseen todos los actores en la organización para relacionarse con sus semejantes y construir estrategias particulares que les proporcionen un mayor grado de libertad mediante el control de situaciones de incertidumbre. Un estudio efectuado por O. Kuty, citado por Carricaburu y Menoret (2004), en dos hospitales semejantes, uno en Francia y otro en Bélgica, cuyo objetivo era comparar los servicios que se brindaban en ambas organizaciones, se encontró que la tecnología no es tan determinante en la estructura, sino todo lo contrario; son las diferencias culturales de los médicos, las que determinan las diferencias estructurales en sus relaciones. Cabe mencionar la importancia que se le otorga al comportamiento de los individuos y más aún asociándolo con los aspectos culturales:

“Es entonces el tipo de orientación cultural del jefe de servicio, sus inclinaciones ideológicas, las que influyen en el tipo de relaciones entre el personal y los pacientes, así como las relaciones entre las diferentes categorías de personal.” (Carricaburu y Ménoret: 2004: 34).

De lo anterior y a manera de síntesis, se desprende una evolución de la relación entre médicos y administradores en el campo hospitalario, la cual ha pasado por varias etapas. Hasta principios de los años setenta, la actividad médica gozaba de una independencia sobre todas las demás actividades del hospital, una parte ganada por su formación profesional, y otra debido a la no existencia de restricciones económicas en la administración.

Posteriormente la situación empieza a cambiar, aparecen problemas de tipo económico, la administración empieza a ganar terreno en el hospital, y por lo tanto se requiere que trabajen de manera conjunta, llegando a una situación de mutua dependencia. Para el buen funcionamiento del hospital, se requiere que ambos campos analicen sus limitaciones para poder llegar a acuerdos de colaboración.

**Cuadro 5. Sistemas de autoridad del hospital**

<b>Década</b>	<b>Autoridad</b>	<b>Características</b>	<b>Autores relevantes</b>
<b>60s</b>	Una autoridad, administrativa (burocrática)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jerarquía del poder</li> <li>• Establecimiento de reglas</li> </ul>	Max Weber
	Dos autoridades, administrativa (burocrática) y médica (carismático y profesional)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tareas complejas de la medicina</li> <li>• Dificultad para seguir reglas (urgencias)</li> <li>• Autoridades cercanas y lejanas</li> </ul>	
<b>70s</b>	Una autoridad, médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor complejidad de tareas médicas</li> <li>• Dominio del conocimiento médico</li> <li>• Reconocimiento simbólico de la sociedad</li> </ul>	Henri Mintzberg
	Dos autoridades, administrativa (racionalidad económica) y médica (científica)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restricciones económicas</li> <li>• Negociación entre estructura administrativa y cuerpo médico</li> </ul>	Eliot Freidson A. C. Hughes Strauss Stuedler
	Se mantienen las dos anteriores y se reconoce la acción políticas de otros grupos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los actores construyen sus propias estrategias</li> </ul>	Crozier y Friedberg
<b>80s</b>			

### **c. Regímenes de propiedad del hospital**

Si retomamos ciertos datos de la historia del hospital, destacaremos que ésta es tan antigua como la existencia del cristianismo. En un principio, el servicio brindado por estos centros hospitalarios era auspiciado por las órdenes religiosas, por las fundaciones u otras organizaciones de caridad que provenían de donaciones y legados de los creyentes ricos; era considerado, utilizando términos actuales, como una institución de orden social, más que de orden sanitario.

Durante la Revolución Francesa, mientras que la mayor parte de los hospitales se encontraban bien dotados, había algunos, cuyos recursos no eran suficientes, por lo que tenían que acudir a solicitar ayuda al poder real, por medio de transferencias de derechos fiscales, de otros productos o de otros privilegios. La disminución del fervor religioso ocasionó que los recursos de la colecta y los diezmos se vieran afectados, por lo tanto, los hospitales tuvieron que ser apoyados también por la realeza, tomando ésta la gestión de dichas organizaciones.

Una idea bastante moderna para la época, que vio la luz en el transcurso de la Revolución Francesa, fue la proposición que el Estado se hiciera cargo de los enfermos físicos y mentales. Se conviene efectivamente que el Estado organice a nivel de plan nacional la asistencia a los enfermos y no sólo ya en términos de caridad como anteriormente se hacía. Los bienes de esas organizaciones deberían provenir de los bienes nacionales, para lo cual, era necesario nacionalizar el patrimonio de todas las instituciones de asistencia y de caridad. Desafortunadamente sólo cinco años después estas ideas son abandonadas, y nuevamente retomadas y llevadas a la práctica hasta dos siglos después.

Entre tanto, al no consolidarse la idea revolucionaria, algunas organizaciones recuperan parte de su patrimonio y funcionan bajo la vigilancia de comunas. Es en esta época que Napoleón Bonaparte, siendo primer cónsul, autoriza la creación de

de fundaciones privadas; los religiosos, que realmente nunca abandonaron estos lugares, las retoman, cambiándoles el nombre de hospital por hospicios.

El origen de los hospitales privados es un poco más reciente (Kervasdoué: 2004: 41). Si antes de la Segunda Guerra Mundial sólo los indigentes y los accidentados de trabajo tenían derecho al hospital público, también existía otra parte de la población que tenía necesidad de alojarse en algún tipo de estos establecimientos, como era el caso de mujeres embarazadas que buscaban cuidados durante el parto y la maternidad y que no podían hacerlo en su propio domicilio, o enfermos que recientemente hubieran sido intervenidos quirúrgicamente y necesitaran de vigilancia.

Un grupo de médicos cirujanos y obstetras deciden crear entonces clínicas privadas para ejercer su profesión y atender a esta parte de la población. Algunos lo hicieron de manera individual mientras que otros se asociaron con congregaciones religiosas, siendo las monjas las encargadas de los cuidados de los enfermos y del funcionamiento de la clínica.

En esta época, afirma Kervasdoué (2004), la organización y el funcionamiento de una clínica privada y de un hospital público eran bastantes cercanos; sin embargo, una de las diferencias fundamentales radica, obviamente, en el financiamiento, y otra en la relación laboral que existe entre el personal médico y la organización; en la organización pública se trata de asalariados mientras que en la privada la mayoría de los médicos ejercen su profesión de manera liberal.

### 3. Las organizaciones privadas de salud en México

#### a) Nivel nacional

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)<sup>14</sup>, la mayor parte de las empresas en México son muy pequeñas; cerca del 70% de las unidades económicas<sup>15</sup> cuentan con tan sólo una o dos personas y el 95% pueden ser consideradas como microempresas, al contar hasta con diez empleados. Muchas de estas unidades han sido establecidas más como una manera de solventar crisis económicas personales que motivados realmente por una racionalidad de tipo empresarial. Por otra parte, en el otro extremo, encontramos las empresas más grandes, aquellas que tienen más de cien trabajadores, las cuales contabilizan únicamente el 0.58% del total (Cuadro 6).

En términos generales, las empresas más pequeñas y las más grandes realizan importantes contribuciones al empleo siendo más importantes las primeras al contratar las dos más pequeñas –hasta cinco trabajadores- al 31% y las dos más grandes –más de 500 trabajadores- al 20% del total.

Cuadro 6. Unidades económicas. Total nacional

UNIDADES ECONÓMICAS	NUMERO	%	% ACUMULADO	PERSONAL	%	% ACUMULADO
1 A 2 PERSONAS	2,118,138	70.48	70.48	3,011,902	18.55	18.55
3 A 5 PERSONAS	581,262	19.34	89.83	2,078,023	12.80	31.34
6 A 10 PERSONAS	153,891	5.12	94.95	1,135,040	6.99	38.33
11 A 15 PERSONAS	47,601	1.58	96.53	604,387	3.72	42.05
16 A 20 PERSONAS	24,361	0.81	97.34	433,765	2.67	44.72
21 A 30 PERSONAS	25,177	0.84	98.18	627,223	3.86	48.59
31 A 50 PERSONAS	20,946	0.70	98.88	813,589	5.01	53.60
51 A 100 PERSONAS	16,142	0.54	99.41	1,138,960	7.01	60.61
101 A 250 PERSONAS	10,931	0.36	99.78	1,689,346	10.40	71.01
251 A 500 PERSONAS	4,043	0.13	99.91	1,385,897	8.53	79.55
501 A 1000 PERSONAS	1,689	0.06	99.97	1,157,703	7.13	86.68
1001 Y MAS PERSONAS	976	0.03	100.00	2,163,701	13.32	100.00

<sup>14</sup> La información estadística de este capítulo se elaboró con base en los Censos Económicos de 2004, realizados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. La información, salvo indicación explícita, corresponde a 2003.

<sup>15</sup> Una unidad económica, tal como es considerada por INEGI, no representa necesariamente una empresa. Pueden existir casos en que una empresa posea más de una unidad económica.

TOTAL NACIONAL	3,005,157	100.00		16,239,536	100.00	
----------------	-----------	--------	--	------------	--------	--

Sin embargo, en términos de remuneraciones, es sabido que los salarios pagados por las grandes empresas son considerablemente mayores para cierto tipo de trabajadores por lo que la contribución de las dos más pequeñas empresas es significativamente inferior que las dos más grandes -5% contra 45%-.

Cuadro 6. (Continuación)

UNIDADES ECONÓMICAS	REMUNERACIONES <sup>16</sup>	%	% ACUMULADO
1 A 2 PERSONAS	13,468,855	1.61	1.61
3 A 5 PERSONAS	31,067,861	3.71	5.32
6 A 10 PERSONAS	34,212,360	4.08	9.40
11 A 15 PERSONAS	23,464,894	2.80	12.20
16 A 20 PERSONAS	17,871,165	2.13	14.33
21 A 30 PERSONAS	28,405,963	3.39	17.72
31 A 50 PERSONAS	40,036,749	4.78	22.50
51 A 100 PERSONAS	64,154,363	7.66	30.16
101 A 250 PERSONAS	108,295,918	12.93	43.09
251 A 500 PERSONAS	100,307,837	11.97	55.06
501 A 1000 PERSONAS	95,380,168	11.39	66.45
1001 Y MAS PERSONAS	281,089,132	33.55	100.00
TOTAL NACIONAL	837,755,265	100.00	

La diferencia es aún mayor en lo se refiere a la cantidad de activos fijos. Las dos más pequeñas concentran tan sólo el 9% del total, encontrando dificultades para llevar a cabo procesos de modernización, mientras que las más grandes lo hacen con el 55%.

Cuadro 6. (Conclusión)

UNIDADES ECONÓMICAS	ACTIVOS FIJOS	%	% ACUMULADO
1 A 2 PERSONAS	190,495,375	5.27	5.27
3 A 5 PERSONAS	135,543,496	3.75	9.02
6 A 10 PERSONAS	109,765,122	3.04	12.05
11 A 15 PERSONAS	62,021,982	1.72	13.77
16 A 20 PERSONAS	50,037,603	1.38	15.15
21 A 30 PERSONAS	81,726,740	2.26	17.41

<sup>16</sup> Todos los valores financieros de los cuadros están expresados en miles de pesos mexicanos.

31 A 50 PERSONAS	131,600,242	3.64	21.05
51 A 100 PERSONAS	181,626,676	5.02	26.08
101 A 250 PERSONAS	343,609,577	9.50	35.58
251 A 500 PERSONAS	341,567,962	9.45	45.03
501 A 1000 PERSONAS	383,794,038	10.62	55.65
1001 Y MAS PERSONAS	1,603,486,387	44.35	100.00
<b>TOTAL NACIONAL</b>	<b>3,615,275,200</b>	100.00	

Los consultorios particulares son normalmente organizaciones de escaso tamaño. A nivel nacional, de acuerdo con los Censos Económicos de 2004, la mayor parte de ellos -82%- están constituidos sólo por una o dos personas. En ellos destaca la alta concentración de empleo; tan sólo los pequeños consultorios, constituidos hasta por 5 personas, concentran ellos solos el 79% del total empleado, contra el 31% realizado por todas las unidades económicas. Los grandes consultorios aportan tan sólo el 3% del total empleado, el cual, comparado contra el total nacional -45%- resulta muy poco significativo (Cuadro 7).

Cuadro 7. Consultorios particulares. Total nacional

<b>UNIDADES ECONÓMICAS</b>	<b>NUMERO</b>	<b>%</b>	<b>% ACUMULADO</b>	<b>PERSONAL</b>	<b>%</b>	<b>% ACUMULADO</b>
1 A 2 PERSONAS	35,091	82.38	82.38	48,708	55.10	55.10
3 A 5 PERSONAS	6,142	14.42	96.79	20,945	23.69	78.79
6 A 10 PERSONAS	927	2.18	98.97	6,812	7.71	86.50
11 A 15 PERSONAS	216	0.51	99.48	2,718	3.07	89.57
16 A 20 PERSONAS	86	0.20	99.68	1,524	1.72	91.30
21 A 30 PERSONAS	85	0.20	99.88	2,095	2.37	93.67
31 A 50 PERSONAS	33	0.08	99.96	1,222	1.38	95.05
51 A 100 PERSONAS	13	0.03	99.99	900	1.02	96.07
101 A 250 PERSONAS	6	0.01	100.00	864	0.98	97.04
251 A 500 PERSONAS	nd	Nd		1,442	1.63	98.67
501 A 1000 PERSONAS	nd	Nd		1,174	1.33	100.00
<b>Total</b>	42,599	100.00		88,404	100.00	

Debido a lo anterior, en términos de remuneraciones al personal, se puede observar que la aportación de los dos más pequeños consultorios particulares es bastante mayor -50%- que la de los dos más grandes, los cuales sólo contribuyen con el 13%, lo que a su vez comparado con la totalidad de las unidades económicas -45%- resulta muy inferior.

Cuadro 7. (Continuación)

<b>UNIDADES ECONÓMICAS</b>	<b>REMUNERACIONES</b>	<b>%</b>	<b>% ACUMULADO</b>
1 A 2 PERSONAS	350,171	24.87	24.87
3 A 5 PERSONAS	349,314	24.81	49.68
6 A 10 PERSONAS	176,996	12.57	62.25
11 A 15 PERSONAS	89,091	6.33	68.57
16 A 20 PERSONAS	51,708	3.67	72.25
21 A 30 PERSONAS	76,513	5.43	77.68
31 A 50 PERSONAS	62,211	4.42	82.10
51 A 100 PERSONAS	32,722	2.32	84.42
101 A 250 PERSONAS	37,155	2.64	87.06
251 A 500 PERSONAS	95,227	6.76	93.82
501 A 1000 PERSONAS	87,020	6.18	100.00
Total	1,408,128	100.00	

La concentración de los activos fijos es aún mayor, contrariamente a lo que sucede con la totalidad de las unidades económicas. Los primeros dos consultorios registran el 80% del total de la rama mientras que los dos más grandes poseen solamente el 1%.

Cuadro 7 (Conclusión)

<b>UNIDADES ECONÓMICAS</b>	<b>ACTIVOS FIJOS</b>	<b>%</b>	<b>% ACUMULADO</b>
1 A 2 PERSONAS	5,080,707	57.46	57.46
3 A 5 PERSONAS	1,994,153	22.55	80.01
6 A 10 PERSONAS	747,293	8.45	88.47
11 A 15 PERSONAS	268,664	3.04	91.50
16 A 20 PERSONAS	157,836	1.79	93.29
21 A 30 PERSONAS	311,187	3.52	96.81
31 A 50 PERSONAS	78,149	0.88	97.69
51 A 100 PERSONAS	60,429	0.68	98.38
101 A 250 PERSONAS	38,554	0.44	98.81
251 A 500 PERSONAS	29,343	0.33	99.14
501 A 1000 PERSONAS	75,368	0.85	100.00
Total	8,841,683	100.00	

Los hospitales, por su lado, son organizaciones que requieren un mayor tamaño para poder cumplir con sus funciones. Así, se puede observar que los dos más pequeños constituyen solamente el 33% del total -contra el 90% del total de los establecimientos económicos-; y su participación en el empleo resulta baja -3.29% del total ocupado-. Por su lado, en cuanto a los grandes hospitales particulares, los

dos mayores representan, en cuanto a número total, sólo el 0.7% aunque contratan al 22% del total empleado (Cuadro 8).

Cuadro 8. Hospitales particulares. Total nacional

<b>UNIDADES ECONÓMICAS</b>	<b>NUMERO</b>	<b>%</b>	<b>% ACUMULADO</b>	<b>PERSONAL</b>	<b>%</b>	<b>% ACUMULADO</b>
1 A 2 PERSONAS	339	13.49	13.49	513	0.66	0.66
3 A 5 PERSONAS	506	20.14	33.63	2,047	2.63	3.29
6 A 10 PERSONAS	641	25.51	59.13	4,894	6.28	9.57
11 A 15 PERSONAS	286	11.38	70.51	3,671	4.71	14.28
16 A 20 PERSONAS	153	6.09	76.60	2,706	3.47	17.76
21 A 30 PERSONAS	178	7.08	83.68	4,375	5.62	23.37
31 A 50 PERSONAS	144	5.73	89.42	5,578	7.16	30.53
51 A 100 PERSONAS	123	4.89	94.31	8,695	11.16	41.69
101 A 250 PERSONAS	81	3.22	97.53	12,819	16.46	58.15
251 A 500 PERSONAS	45	1.79	99.32	15,739	20.20	78.36
501 A 1000 PERSONAS	10	0.40	99.72	6,611	8.49	86.84
1001 Y MAS PERSONAS	7	0.28	100.00	10,250	13.16	100.00
Total	2,513	100.00		77,898	100.00	

De manera un tanto cuanto similar al caso de la totalidad de las unidades económicas, los hospitales pequeños realizan una baja aportación al total de remuneraciones. La contribución de los dos más pequeños es de sólo 1%, mientras que los dos hospitales mayores lo hacen con el 30%.

Cuadro 8. (Continuación)

<b>UNIDADES ECONÓMICAS</b>	<b>REMUNERACIONES</b>	<b>%</b>	<b>% ACUMULADO</b>
1 A 2 PERSONAS	6,041	0.15	0.15
3 A 5 PERSONAS	47,373	1.15	1.30
6 A 10 PERSONAS	129,227	3.14	4.43
11 A 15 PERSONAS	111,577	2.71	7.14
16 A 20 PERSONAS	89,878	2.18	9.32
21 A 30 PERSONAS	154,628	3.75	13.08
31 A 50 PERSONAS	199,926	4.85	17.93
51 A 100 PERSONAS	331,675	8.05	25.98
101 A 250 PERSONAS	693,729	16.84	42.82
251 A 500 PERSONAS	1,126,614	27.35	70.17
501 A 1000 PERSONAS	249,734	6.06	76.23
1001 Y MAS PERSONAS	979,289	23.77	100.00
Total	4,119,691	100.00	

En lo referente a los activos fijos de los hospitales, se puede constatar la alta concentración de ellos en los de mayor tamaño. Los dos menores poseen tan sólo el 1%, mientras que los dos mayores concentran el 49% del total.

Cuadro 8. (Conclusión)

	<b>UNIDADES ECONÓMICAS</b>	<b>ACTIVOS FIJOS</b>	<b>%</b>	<b>% ACUMULADO</b>
0 A	2 PERSONAS	64,702	0.36	0.36
3 A	5 PERSONAS	199,434	1.12	1.49
6 A	10 PERSONAS	473,941	2.67	4.16
11 A	15 PERSONAS	387,036	2.18	6.34
16 A	20 PERSONAS	315,248	1.78	8.11
21 A	30 PERSONAS	581,362	3.27	11.39
31 A	50 PERSONAS	724,048	4.08	15.46
51 A	100 PERSONAS	1,312,340	7.39	22.86
101 A	250 PERSONAS	2,520,464	14.20	37.05
251 A	500 PERSONAS	4,292,655	24.18	61.23
501 A	1000 PERSONAS	2,204,509	12.42	73.65
1001 Y MAS	PERSONAS	4,679,176	26.35	100.00
Total		17,754,915	100.00	

Si bien no es posible determinar el número de empresas de régimen familiar, las estadísticas actuales permiten conformarnos una idea cercana de su importancia en nuestro país. La metodología de INEGI clasifica al personal ocupado, dependiente de la razón social de la empresa, en tres categorías: la primera corresponde a los empleados operativos, la segunda a los administrativos y la tercera, finalmente, a los propietarios, familiares y trabajadores meritorios; esta última clasificación no recibe ingresos por su labor (Cuadro 9).

Cuadro 9. Personal ocupado, por categoría, en valores absolutos

<b>RAMA DE ACTIVIDADES</b>	<b>UNIDADES ECONÓMICAS</b>	<b>PERSONAL OCUPADO DEPENDIENTE DE LA RAZÓN SOCIAL</b>			<b>PERSONAL OPERATIVO</b>		
		<b>TOTAL</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>TOTAL</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
		<b>A = D + G + J</b>	<b>B = E + H + K</b>	<b>C = F + I + L</b>	<b>D = E + F</b>	<b>E</b>	<b>F</b>
Consultorios	42,605	82,506	40,937	41,569	27,650	4,520	23,130
Hospitales	2,513	64,723	18,155	46,568	48,410	11,682	36,728
Total Nal.	3,005,157	14,840,272	9,165,725	5,674,547	8,721,267	5,737,187	2,984,080

Cuadro 9. (Conclusión)

RAMA DE ACTIVIDAD	EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS			PROPIETARIOS, FAMILIARES Y MERITORIOS		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
	G = H + I	H	I	J = K + L	K	L
Consultorios	7,225	1,898	5,327	47,631	34,519	13,112
Hospitales	11,533	3,743	7,790	4,780	2,730	2,050
Total Nal.	1,820,929	1,088,850	732,079	4,298,076	2,339,688	1,958,388

Dado el reducido tamaño de los consultorios, es decir, debido a que éstos pueden instalarse sin requerir grandes montos de financiamiento, éstos resultan más numerosos; ellos representan el 1.42% del total de las unidades económicas, mientras que los hospitales, de mayor tamaño, representan el 0.8% (Cuadro 10). En cuanto al personal ocupado en estos establecimientos, los consultorios dan cuenta del 0.56% del total y los hospitales, menos numerosos pero más grandes, del 0.44%. En cuanto a las categorías de personal, los consultorios representan el 0.32% del total del personal operativo de todas las unidades económicas, el 0.40% del administrativo y 1.11% de propietarios y familiares. Los hospitales, por su lado, cuentan con una mayor proporción de operativos -0.56%- y de administrativos -0.63%-, pero con una menor representación de propietarios y familiares -0.11%-.

Cuadro 10. Personal ocupado, por categoría, en porcentaje

RAMA DE ACTIVIDAD	UNIDADES ECONOMICAS	PERSONAL OCUPADO DEPENDIENTE DE LA RAZON SOCIAL			PERSONAL OPERATIVO		
		TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
		A = D + G + J	B = E + H + K	C = F + I + L	D = E + F	E	F
Consultorios	1.42	0.56	0.45	0.73	0.32	0.08	0.78
Hospitales	0.08	0.44	0.20	0.82	0.56	0.20	1.23
Total Nal.	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Cuadro 10. (Conclusión)

RAMA DE ACTIVIDAD	EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS			PROPIETARIOS, FAMILIARES Y MERITORIOS		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
	$G = H + I$	H	I	$J = K + L$	K	L
Consultorios	0.40	0.17	0.73	1.11	1.48	0.67
Hospitales	0.63	0.34	1.06	0.11	0.12	0.10
Total Nal.	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Del total nacional de unidades económicas, el 62% son empleados de género masculino y 38% femenino (Cuadro 11). Los consultorios y hospitales emplean, sin embargo, una mayor proporción de género femenino que la media nacional. La mitad de los empleados de los consultorios son mujeres mientras que en los hospitales es aún mayor -72%-. Observado por categorías, a nivel nacional, el 66% de los empleados operativos son hombres, porcentaje que se reduce tanto en el caso de los hospitales -24%- y aún más de los consultorios -16%-. Con relación al personal administrativo, a nivel nacional éste se eleva a 60% mientras que desciende para el caso de los hospitales -32%- y de los consultorios -26%-.

Cuadro 11. Personal ocupado, por categoría y género, en porcentaje

RAMA DE ACTIVIDAD	PERSONAL OCUPADO DEPENDIENTE DE LA RAZON SOCIAL			PERSONAL OPERATIVO		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
	$A = D + G + J$	$B = E + H + K$	$C = F + I + L$	$D = E + F$	E	F
<b>Porcentaje de personal, por categoría y género</b>						
Consultorios	100.00	49.62	50.38	100.00	16.35	83.65
Hospitales	100.00	28.05	71.95	100.00	24.13	75.87
Total Nal.	100.00	61.76	38.24	100.00	65.78	34.22
<b>Porcentaje de personal, por categoría</b>						
Consultorios	100.00			33.51		
Hospitales	100.00			74.80		
Total Nal.	100.00			58.77		

Por otro lado, en lo que respecta a la categoría de propietarios, familiares y meritorios, se consigna una alta proporción de hombres tanto en el caso nacional como en el de hospitales -54% y 57% respectivamente-, la cual se incrementa de

manera significativa para los consultorios médicos particulares; esta cifra asciende a 72%. Por otro lado, como se desprende también del Cuadro 11, se puede observar que el personal operativo a nivel de todas las unidades económicas es de 58% y que éste es más elevado en el caso de los hospitales -75%- e inferior en el de los consultorios -34%-. El porcentaje de empleados administrativos no difiere tanto entre el nivel nacional -12%- y el de los hospitales -18%- aunque sí entre éste último y el de los consultorios, al representar tan sólo el 9%. Finalmente, con respecto a la última categoría, donde quedan incluidos propietarios y familiares, se observa, por el tamaño y la cultura, que el nivel nacional resulta bastante significativo, de 29%, aunque éste es menor en el caso de los hospitales -7%- y marcadamente mayor en el caso de los consultorios al ascender a 58%. Ello revela ampliamente que estos últimos establecimientos tienen una orientación a apoyarse de manera más decidida en el ámbito familiar.

Cuadro 11. (Conclusión)

RAMA DE ACTIVIDAD	EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS			PROPIETARIOS, FAMILIARES Y MERITORIOS		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
	G = H + I	H	I	J = K + L	K	L
<b>Porcentaje de personal, por categoría y género</b>						
Consultorios	100.00	26.27	73.73	100.00	72.47	27.53
Hospitales	100.00	32.45	67.55	100.00	57.11	42.89
Total Nal.	100.00	59.80	40.20	100.00	54.44	45.56
<b>Porcentaje de personal, por categoría</b>						
Consultorios	8.76			57.73		
Hospitales	17.82			7.39		
Total Nal.	12.27			28.96		

En lo referente al número de horas trabajadas, se puede observar que los empleados operativos contribuyen de manera más significativa que las otras dos categorías de empleados -49% a nivel nacional y 74% en el caso de los hospitales-. En los consultorios, como ya lo indicamos, la participación familiar es mayor, al representar esta categoría la que más horas laboradas aporta a la organización, con 52% (Cuadro 12). Es de hacer notar que esta última categoría aporta proporcionalmente,

a nivel nacional, más horas -42%- que las posibles esperadas por su distribución por personal ocupado -29%-.

Cuadro 12. Horas trabajadas, por categoría de trabajador, en porcentaje

RAMA DE ACTIVIDAD	HORAS TRABAJADAS POR EL PERSONAL OCUPADO DEPENDIENTE DE LA RAZON SOCIAL			
	TOTAL	EMPLEADOS OPERATIVOS	EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS	PROPIETARIOS, FAMILIARES Y MERITORIOS
	EN %			
Consultorios	100.00	39.39	8.76	51.86
Hospitales	100.00	74.39	15.40	10.22
Total Nal.	100.00	48.57	9.79	41.64

Como puede observarse en el Cuadro 13, los servicios médicos particulares resultan muy importantes en la atención nacional a la salud, al representar cerca de la tercera parte del total atendido. Este porcentaje se incrementa, sin embargo, en el caso de las personas de la tercera edad, tanto en mujeres como en hombres.

Cuadro 13. Distribución porcentual de la población usuaria de servicios de salud, por tipo de institución, género y grupo de edad, 2000

Género	Población usuaria	Seguridad social	Servicios médicos privados	Servicios a población abierta	Total
Grupos de edad					
Porcentajes					
Hombres	45,352,031	38.5	34.7	26.8	100.00
0 a 4 años	5,256,931	35.6	32.6	31.8	100.00
6 a 14 años	10,898,810	35.4	31.2	33.4	100.00
15 a 64 años	26,925,920	39.6	36.7	23.7	100.00
65 y más años	2,140,382	46.5	32.7	20.8	100.00
No especificado	129,988	31.3	36.9	31.8	100.00
Mujeres	48,119,229	39.4	33.7	26.9	100.00
0 a 4 años	5,080,100	35.5	32.6	31.9	100.00
6 a 14 años	10,632,394	35.1	31.5	33.4	100.00
15 a 64 años	29,785,096	41	34.6	24.4	100.00
65 y más años	2,497,122	45.8	34.5	19.7	100.00
No especificado	124,517	32.4	37.3	30.3	100.00

Los establecimientos médicos particulares han conocido un importante incremento en la última década al pasar de 6,584 en 1995 a 11,699 en 2004, conociendo un incremento total en el período de 78%. Si bien el número de quirófanos ha conocido

también una evolución importante en el período -67%-, el cambio en el número de camas no ha sido proporcional -21% en el período considerado-. (Cuadro 14)

Cuadro 14. Recursos materiales seleccionados en establecimientos médicos particulares, 1995 a 2004

Año	Consultorios	Tasa de crecimiento	Camas censables	Camas por consultorio	Quirófanos	Quirófanos por consultorio
1995	6584		27612	4.19	2558	0.39
1996	6948	5.53	27052	3.89	2831	0.41
1997	7410	6.65	27316	3.69	2967	0.40
1998	8390	13.23	27446	3.27	3011	0.36
1999	7435	-11.38	27325	3.68	3119	0.42
2000	8064	8.46	27015	3.35	3115	0.39
2001	9764	21.08	30564	3.13	3824	0.39
2002	11149	14.18	33099	2.97	4225	0.38
2003	11772	5.59	33156	2.82	4280	0.36
2004	11699	-0.62	33367	2.85	4281	0.37

Se estima pues que para 2004 existían en el país 11,699 establecimientos médicos particulares, los que se distribuyen en todos los estados de la república, concentrándose principalmente en las grandes ciudades (Cuadro 15). Estos se concentran en la zona centro del país; así, el estado de México representa el primer lugar -15.50%-, seguido del Distrito Federal -15.45%- y Guanajuato -9.10%-. Los quirófanos comportan una distribución similar a la anterior; no obstante, el Distrito Federal es el que cuenta con la mayor proporción de camas. El estado de Morelos, por su parte, se encuentra en el vigésimo primer lugar de esta lista en cuanto al número de consultorios -1.63% del total- y cuenta con el 1.44% de las camas a nivel nacional, pero con el 2.08% del total de los quirófanos.

Cuadro 15. Recursos materiales seleccionados en establecimientos médicos particulares por entidad federativa, 2004

Entidad federativa	Consultorios	% del total	Camas censables	% del total	Quirófanos	% del total
Aguascalientes	88	0.75	314	0.94	42	0.98
Baja California	336	2.87	1105	3.31	179	4.18
Baja California Sur	68	0.58	85	0.25	18	0.42
Campeche	38	0.32	67	0.20	9	0.21
Coahuila de Zaragoza	313	2.68	490	1.47	65	1.52

Colima	77	0.66	130	0.39	19	0.44
Chiapas	198	1.69	605	1.81	82	1.92
Chihuahua	243	2.08	999	2.99	81	1.89
Distrito Federal	1,807	15.45	5775	17.31	560	13.08
Durango	60	0.51	329	0.99	51	1.19
Guanajuato	1,065	9.10	2274	6.82	311	7.26
Guerrero	327	2.80	779	2.33	111	2.59
Hidalgo	228	1.95	644	1.93	98	2.29
Jalisco	565	4.83	2702	8.10	299	6.98
México	1,813	15.50	3986	11.95	658	15.37
Michoacán de Ocampo	606	5.18	2119	6.35	261	6.10
Morelos	191	1.63	479	1.44	89	2.08
Nayarit	27	0.23	163	0.49	27	0.63
Nuevo León	294	2.51	1397	4.19	127	2.97
Oaxaca	304	2.60	650	1.95	98	2.29
Puebla	443	3.79	1870	5.60	188	4.39
Querétaro Arteaga	283	2.42	560	1.68	83	1.94
Quintana Roo	198	1.69	181	0.54	34	0.79
San Luis Potosí	113	0.97	599	1.80	63	1.47
Sinaloa	180	1.54	636	1.91	102	2.38
Sonora	206	1.76	579	1.74	79	1.85
Tabasco	314	2.68	427	1.28	74	1.73
Tamaulipas	262	2.24	785	2.35	108	2.52
Tlaxcala	109	0.93	293	0.88	53	1.24
Veracruz de Ignacio de la Llave	424	3.62	1489	4.46	208	4.86
Yucatán	318	2.72	410	1.23	53	1.24
Zacatecas	201	1.72	446	1.34	51	1.19
Total	11,699	100.00	33367	100.00	4281	100.00

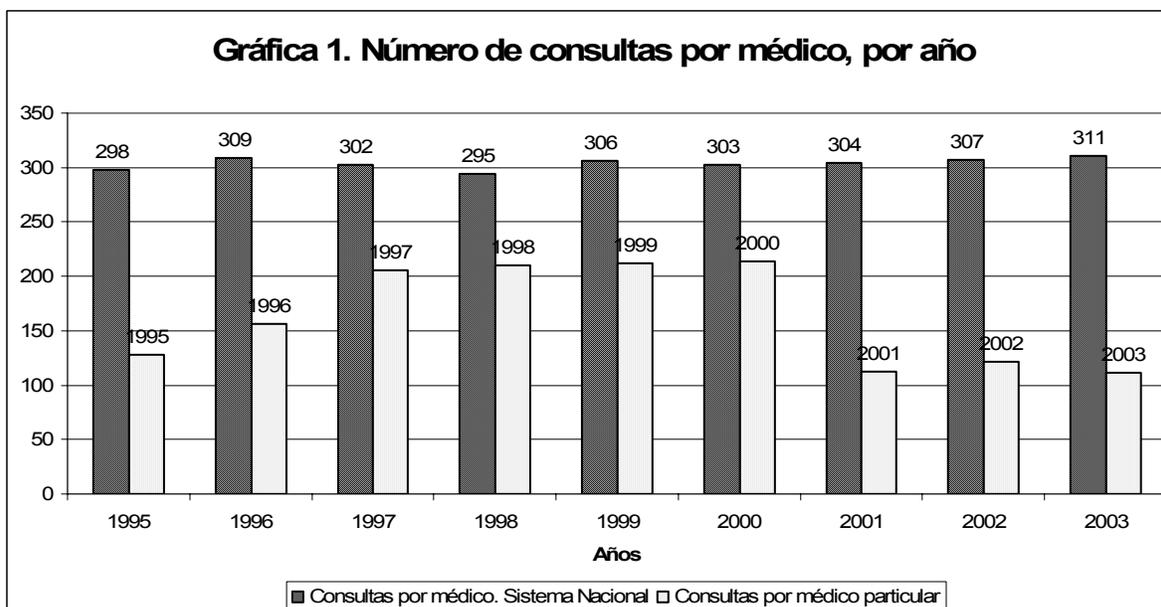
La distribución de los consultorios privados en el país difiere de acuerdo con cada entidad federativa. En promedio, a nivel nacional, existen cerca de 12 consultorios por cada 100,000 habitantes, aunque este dato varía entre 4.14 en Durango y 22.84 en Guanajuato. El estado de Morelos se acerca al promedio nacional, con 12.28 (Cuadro 16).

Cuadro 16. Población por entidad federativa y número de consultorios particulares por cada 100,000 habitantes

Entidad	Población	%	Consultorios	Consultorios por 100,000 habitantes
Aguascalientes	944,285	0.97	88	9.32
Baja California	2,487,367	2.55	336	13.51
Baja California Sur	424,041	0.43	68	16.04
Campeche	690,689	0.71	38	5.50

Coahuila de Zaragoza	2,298,070	2.36	313	13.62
Colima	542,627	0.56	77	14.19
Chiapas	3,920,892	4.02	198	5.05
Chihuahua	3,052,907	3.13	243	7.96
Distrito Federal	8,605,239	8.83	1,807	21.00
Durango	1,448,661	1.49	60	4.14
Guanajuato	4,663,032	4.78	1,065	22.84
Guerrero	3,079,649	3.16	327	10.62
Hidalgo	2,235,591	2.29	228	10.20
Jalisco	6,322,002	6.49	565	8.94
México	13,096,686	13.43	1,813	13.84
Michoacán de Ocampo	3,985,667	4.09	606	15.20
Morelos	1,555,296	1.60	191	12.28
Nayarit	920,185	0.94	27	2.93
Nuevo León	3,834,141	3.93	294	7.67
Oaxaca	3,438,765	3.53	304	8.84
Puebla	5,076,686	5.21	443	8.73
Querétaro Arteaga	1,404,306	1.44	283	20.15
Quintana Roo	874,963	0.90	198	22.63
San Luis Potosí	2,299,360	2.36	113	4.91
Sinaloa	2,536,844	2.60	180	7.10
Sonora	2,216,969	2.27	206	9.29
Tabasco	1,891,829	1.94	314	16.60
Tamaulipas	2,753,222	2.82	262	9.52
Tlaxcala	962,646	0.99	109	11.32
Veracruz de Ignacio de la Llave	6,908,975	7.09	424	6.14
Yucatán	1,658,210	1.70	318	19.18
Zacatecas	1,353,610	1.39	201	14.85
Total	97,483,412	100	11,699	12.00
Nota: Los datos de la población corresponden a 2000 y el de los consultorios a 2004.				

El número total de consultas promedio por año que realizan los médicos conoció un comportamiento caracterizado por un incremento a mediados de la década pasada para descender posteriormente a inicios de la presente; ello se debió al comportamiento de los médicos que trabajan en organizaciones privadas ya que el correspondiente a las organizaciones públicas tendió a tener un comportamiento mucho más estable (Gráfica 1).



Los servicios médicos particulares, a nivel nacional, han conocido un incremento en los últimos años al pasar el número de pacientes egresados de 965,000 en 1995 a cerca de 1,637,000 en 2004, es decir un incremento en el período del 59%. El número de días de estancia también se ha incrementado, éste en un 63%. Sin embargo, este crecimiento no ha sido sostenido y ha conocido recientemente un ligero decremento (Cuadro 17).

Cuadro 17. Indicadores seleccionados de hospitalización en establecimientos médicos particulares, 1995 a 2004

Año	Pacientes egresados	Tasa de crecimiento	Días estancia	Tasa de crecimiento
1995	964,903	-	2,420,360	-
1996	1,015,809	5.28	2,467,834	1.96
1997	1,141,685	12.39	2,737,720	10.94
1998	1,232,697	7.97	2,939,778	7.38
1999	1,367,183	10.91	3,172,933	7.93
2000	1,432,012	4.74	3,348,233	5.52
2001	1,591,181	11.12	3,451,612	3.09
2002	1,725,692	8.45	3,927,984	13.80
2003	1,654,816	-4.11	3,805,597	-3.12
2004	1,636,987	-1.08	3,835,926	0.80

## b) Estado de Morelos

La concentración de las pequeñas unidades económicas en el estado de Morelos resulta ser ligeramente mayor que a nivel nacional. En efecto, si observamos el Cuadro 18 podremos darnos cuenta de este hecho; las unidades que tienen hasta 5 personas es de 93%, contra 90% a nivel nacional. Tampoco existe, por otro lado, una diferencia importante a nivel de las grandes empresas. Así, las dos categorías mayores, más de 500 empleados, representa para Morelos el 0.04% del total, mientras que a nivel nacional este indicador asciende a 0.09%.

Cuadro 18. Unidades económicas. Estado de Morelos

<b>RAMA DE ACTIVIDAD</b>	<b>NUMERO</b>	<b>%</b>	<b>% ACUMULADO</b>
1 A 2 PERSONAS	47,827	75.10	75.10
3 A 5 PERSONAS	11,271	17.70	92.80
6 A 10 PERSONAS	2,579	4.05	96.85
11 A 15 PERSONAS	726	1.14	97.99
16 A 20 PERSONAS	304	0.48	98.46
21 A 30 PERSONAS	319	0.50	98.96
31 A 50 PERSONAS	258	0.41	99.37
51 A 100 PERSONAS	200	0.31	99.68
101 A 250 PERSONAS	132	0.21	99.89
251 A 500 PERSONAS	46	0.07	99.96
501 A 1000 PERSONAS	20	0.03	99.99
1001 Y MAS PERSONAS	4	0.01	100.00
TOTAL	63,686	100.00	

En lo concerniente a la distribución del personal remunerado y al total de los activos fijos existen algunas diferencias importantes con respecto a los datos nacionales. Así, las empresas más pequeñas en Morelos, de hasta 5 personas, remuneran al 46% de los empleados y concentran el 18% de los activos fijos, mientras que a nivel nacional estos indicadores son de 5% y 9% respectivamente. De igual manera, las diferencias se reflejan también a nivel de las grandes empresas; las dos categorías mayores, en el estado, concentran sólo el 10% y el 28% de estos rubros, mientras que a nivel nacional estos indicadores son de 45% y 55% respectivamente.

Cuadro 18. (Conclusión)

RAMA DE ACTIVIDAD	PERSONAL REMUNERADO	%	% ACUMULADO	TOTAL DE ACTIVOS FIJOS	%	% ACUMULADO
1 A 2 PERSONAS	67,095	29.08	29.08	3,130,331	10.97	10.97
3 A 5 PERSONAS	39,860	17.28	46.36	2,031,690	7.12	18.10
6 A 10 PERSONAS	18,907	8.19	54.55	1,244,350	4.36	22.46
11 A 15 PERSONAS	9,266	4.02	58.57	759,398	2.66	25.12
16 A 20 PERSONAS	5,429	2.35	60.92	568,911	1.99	27.12
21 A 30 PERSONAS	8,008	3.47	64.39	1,019,417	3.57	30.69
31 A 50 PERSONAS	10,218	4.43	68.82	1,067,666	3.74	34.44
51 A 100 PERSONAS	14,160	6.14	74.96	1,989,663	6.98	41.41
101 A 250 PERSONAS	20,410	8.85	83.81	6,963,044	24.41	65.82
251 A 500 PERSONAS	15,379	6.67	90.47	1,894,882	6.64	72.47
501 A 1000 PERSONAS	13,929	6.04	96.51	6,131,713	21.50	93.96
1001 Y MAS PERSONAS	8,054	3.49	100.00	1,721,391	6.04	100.00
TOTAL	230,715	100.00		28,522,456	100.00	

En el estado de Morelos existen, de acuerdo al último censo económico, 844 consultorios y 39 hospitales, lo que representa el 1.67% y el 1.07% respectivamente del total nacional en lo que respecta a este tipo de organizaciones (Cuadro 19). Los primeros cuentan con 472 empleados remunerados –operativos más administrativos– y los segundos con 714, representando el 1.35% y 1.19% respectivamente.

Cuadro 19. Personal ocupado, remuneraciones y activos fijos en consultorios y hospitales, a nivel nacional y en el estado de Morelos.

RAMA DE ACTIVIDAD	UNIDADES ECONOMICAS	PERSONAL OCUPADO TOTAL			
		TOTAL	DEPENDIENTE DE LA RAZON SOCIAL		NO DEPENDIENTE DE LA RAZON SOCIAL
			TOTAL	REMUNERADO	
		A = B + D	B	C	D
<b>NACIONAL</b>					
Consultorios	42,605	88,404	82,506	34,875	5,898
Hospitales	2,513	77,898	64,723	59,943	13,175
<b>MORELOS</b>					
Consultorios	844	1,477	1,409	472	68
Hospitales	39	837	772	714	65
<b>MORELOS, EN %</b>					
Consultorios	1.98	1.67	1.71	1.35	1.15
Hospitales	1.55	1.07	1.19	1.19	0.49

En lo que respecta al total de remuneraciones y de los activos fijos, Morelos representa el 1.11% en consultorios y el 0.76% en hospitales de las primeras y el 1.34% y el 1.09% de las segundas, respectivamente.

Cuadro 19. (Conclusión)

RAMA DE ACTIVIDAD	TOTAL DE REMUNERACIONES	TOTAL DE ACTIVOS FIJOS
<b>EN MILES DE PESOS</b>		
<b>NACIONAL</b>		
Consultorios	1,408,128	8,841,683
Hospitales	4,119,691	12,476,808
<b>MORELOS</b>		
Consultorios	15,691	118,384
Hospitales	31,298	136,257
<b>MORELOS, EN %</b>		
Consultorios	1.11	1.34
Hospitales	0.76	1.09

El consultorio dispone de 30% de personal operativo, sólo 3% administrativo, concentrándose en la de propietarios, familiares y meritorios, con un elevado 66%. El hospital por su lado, se concentra más en el personal operativo -78%- seguido del administrativo -12%- y contando con poco personal directivo y familiar -9%- (Cuadro 20).

Cuadro 20. Distribución del personal, por categoría y género en el estado de Morelos

RAMA DE ACTIVIDAD	PERSONAL OCUPADO DEPENDIENTE DE LA RAZON SOCIAL			PERSONAL OPERATIVO		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
	A = D + G + J	B = E + H + K	C = F + I + L	D = E + F	E	F
Consultorios	1,409	706	703	426	40	386
Hospitales	1,039	306	733	815	207	608
<b>PORCENTAJE POR CATEGORIA</b>						
Consultorios	100.00			30.23		
Hospitales	100.00			78.44		
<b>PORCENTAJE POR GENERO</b>						

Consultorios	100.00	50.11	49.89	100.00	9.39	90.61
Hospitales	100.00	29.45	70.55	100.00	25.40	74.60

Si bien existe un cierto equilibrio de género en el total empleado en los consultorios, éste se inclina en el caso de los hospitales a favor de los hombres -71%-. Por otro lado, la mayor concentración en uno de los géneros se presenta en el caso de las empleadas operativas de los consultorios, con cerca de 91%. Resulta también importante señalar que en el caso de propietarios, familiares y meritorios, la balanza se inclina, de manera importante, por el género masculino, al representar éste el 70%.

Cuadro 20. (Conclusión)

RAMA DE ACTIVIDAD	EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS			PROPIETARIOS, FAMILIARES Y MERITORIOS		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
	G = H + I	H	I	J = K + L	K	L
Consultorios	46	9	37	937	657	280
Hospitales	128	39	89	96	60	36
<b>PORCENTAJE POR CATEGORIA</b>						
Consultorios	3.26			66.50		
Hospitales	12.32			9.24		
<b>PORCENTAJE POR GENERO</b>						
Consultorios	100.00	19.57	80.43	100.00	70.12	29.88
Hospitales	100.00	30.47	69.53	100.00	62.50	37.50

En Morelos existen 844 consultorios médicos y 69 hospitales particulares. De ellos, 373 consultorios -44%- se encuentran en la capital del estado (Cuernavaca) y 153 -18%- en Cuautla, la segunda ciudad más importante, totalizando estas dos ciudades el 62% de todos los consultorios del estado. En cuanto al personal ocupado en los consultorios, la mayoría se encuentra en Cuernavaca, 47%, seguido de Cuautla, 18% (Cuadro 21).

Cuadro 21. Consultorios y hospitales particulares en Morelos

	Número			Personal ocupado		
	Morelos	Cuernavaca	Cuautla	Morelos	Cuernavaca	Cuautla
Consultorios	844	373	153	1,477	689	272
Hospitales	69			1,141	781	112
EN %						
Consultorios	62.32	44.19	18.13	65.06	46.65	18.42
Hospitales	nd	nd	nd		46.65	9.82

Debido a lo anterior, las remuneraciones y los activos fijos, tanto de consultorios como de hospitales del estado se concentran en la capital. Dicha concentración es, como era de esperarse mayor en el caso de los hospitales, por el monto requerido en su infraestructura básica -72% contra 4% respectivamente-.

Cuadro 21. (Conclusión)

	Total de remuneraciones			Total de activos fijos		
	Morelos	Cuernavaca	Cuautla	Morelos	Cuernavaca	Cuautla
Consultorios	15,691	9,214	2,241	118,384	52,634	20,035
Hospitales	2,482	30,525	112	173,749	125,217	6,950
EN %						
Consultorios	73.00	58.72	14.28	61.38	44.46	16.92
Hospitales		58.72	4.51	76.07	72.07	4.00

En lo correspondiente a las horas trabajadas, por categoría de empleado, se puede observar una alta incidencia familiar en el estado de Morelos, la cual es cercana al 44%, sólo superada por poco por los empleados administrativos -46%-; las unidades económicas poseen además, por su tamaño, pocos trabajadores administrativos -9%-. Los consultorios médicos particulares, por su parte, tienen todavía menos empleados administrativos -4%- y se distinguen por ser las organizaciones que poseen más participación familiar -60%-, superior a la media nacional, que corresponde a 52%. Los hospitales particulares, finalmente, se concentran en los empleados operativos -78%-, dejando poca cabida a los familiares -12%- y a los administrativos -10%- (Cuadro 22).

Cuadro 22. Horas trabajadas, por categoría de empleado, Morelos

RAMA DE ACTIVIDAD	HORAS TRABAJADAS POR EL PERSONAL OCUPADO DEPENDIENTE DE LA RAZON SOCIAL			
	TOTAL	PERSONAL OPERATIVO	EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS	PROPIETARIOS, FAMILIARES Y MERITORIOS
	A = B + C + D	B	C	D
	(MILES DE HORAS TRABAJADAS)			
Morelos	573,352	264,972	53,600	254,780
Consultorios	3,054	1,087	121	1,846
Hospitales	3,580	2,786	365	429
PORCENTAJE				
Morelos	100.00	46.21	9.35	44.44
Consultorios	100.00	35.59	3.96	60.45
Hospitales	100.00	77.82	10.20	11.98

Los activos fijos de consultorios y hospitales representan una proporción muy reducida con respecto al total del estado; los consultorios están por debajo del promedio estatal mientras que los hospitales son casi cinco veces superiores, aunque éstos son poco numerosos. La principal inversión de los consultorios se localiza en los bienes inmuebles -60% del total-, el doble que el de los hospitales -30%-, que invierten principalmente, de manera proporcional, en maquinaria y equipo -50%- (Cuadro 23).

Cuadro 23. Total de activos fijos, por rama, Morelos

RAMA DE ACTIVIDAD	UNIDADES ECONOMICAS	TOTAL DE ACTIVOS FIJOS	MAQUINARIA Y EQUIPO	TOTAL DE BIENES INMUEBLES
		A = B+...+F	B	C
Morelos	63,686	28,522,456	11,030,131	12,447,513
Consultorios	844	118,384	4,555	71,321
Hospitales	69	173,749	86,108	51,563
PORCENTAJE				
Morelos		100.00	38.67	43.64
Consultorios		100.00	3.85	60.25
Hospitales		100.00	49.56	29.68

Cuadro 23. (Conclusión)

RAMA DE ACTIVIDAD	UNIDADES Y EQUIPO DE TRANSPORTE	EQUIPO DE COMPUTO Y PERIFERICOS	MOBILIARIO, EQUIPO DE OFICINA Y OTROS ACTIVOS FIJOS	PROMEDIO POR UNIDAD
	D	E	F	
Morelos	1,743,549	1,121,733	2,179,530	447.86
Consultorios	10,714	3,850	27,944	140.27
Hospitales	3,604	3,615	28,859	2,518.10
PORCENTAJE				
Morelos	6.11	3.93	7.64	
Consultorios	9.05	3.25	23.60	
Hospitales	2.07	2.08	16.61	

De la misma manera, los ingresos promedio que reciben los consultorios se encuentran muy por debajo de la media estatal, casi una décima parte, mientras que los de los hospitales se encuentran un poco por arriba de este promedio. Los consultorios reciben el 98% de sus ingresos por la prestación de servicios médicos y los hospitales, recibiendo también la mayor parte por este concepto -90%- conocen un mayor margen de diversificación (Cuadro 24).

Cuadro 24. Total de ingresos, por rama de actividad seleccionada, Morelos

RAMA DE ACTIVIDAD	UNIDADES ECONOMICAS	INGRESOS POR SUMINISTRO DE BIENES Y SERVICIOS SELECCIONADOS	VENTAS NETAS DE MERCANCIAS ADQUIRIDAS PARA SU REVENTA	INGRESOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS
		A = B+...+F	B	C
Morelos	63,686	48,535,221	35,820,852	10,541,981
Consultorios	844	124,518	1,460	121,680
Hospitales	69	151,857	7,340	136,948
PORCENTAJE				
		100.00	73.80	21.72
		100.00	1.17	97.72
		100.00	4.83	90.18

Cuadro 24. (Conclusión)

RAMA DE ACTIVIDAD	ALQUILER DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES	OTROS CONCEPTOS DE INGRESOS POR SUMINISTRO DE BIENES Y SERVICIOS	TOTAL DE INGRESOS NO DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD	INGRESO PROMEDIO POR UNIDAD
	D	E	F	
Morelos	135,673	521,454	1,515,261	1,504.26
Consultorios	161	501	716	146.68
Hospitales	144	438	6,987	2,099.57
PORCENTAJE				
	0.28	1.07	3.12	
	0.13	0.40	0.58	
	0.09	0.29	4.60	

A través de la revisión de las estadísticas correspondientes a las organizaciones privadas encargadas de proporcionar atención médica a la población, en especial consultorios y hospitales, hemos podido comprobar que estos servicios han crecido en importancia en nuestro país y que constituyen, en ocasiones, sea un complemento o una alternativa a los servicios que brinda el Estado. Podemos también deducir que estas organizaciones han sido constituidas tanto para brindar un servicio a la población como con la intención de generar una fuente de ingresos, es decir, como un negocio. Los consultorios médicos, a diferencia de los hospitales, son unidades de mucho menor tamaño, cuyos principales activos fijos están constituidos por bienes inmuebles y mobiliario y equipo, y que sus ingresos son, en términos generales, menores a la media. El relativo bajo costo para constituir un consultorio implica la posibilidad de iniciar un negocio, máxime cuando éste se desarrolla con un fuerte apoyo familiar. Así, la práctica médica privada encuentra en la pequeña empresa familiar una veta de desarrollo que, frente a los bajos salarios de la medicina del sector público y las dificultades de ingreso a dichas organizaciones, ha permitido a un sector, pequeño, de la población encontrar una salida a los problemas de subsistencia económica.

### **III. Cultura y organización en la empresa familiar**

Desde finales de la década de los setenta del siglo recién terminado, el espectro temático de los Estudios Organizacionales conoció un vuelco significativo, como quedó señalado en el primer capítulo de este trabajo. Estos incorporaron nuevas disciplinas y novedosas perspectivas teóricas que les permitieron enfrentar de manera más adecuada las transformaciones radicales en las que se habían embarcado las grandes empresas, provocadas por la creciente competencia y los cambios de paradigma del modelo organizacional, así como ampliar sus marcos explicativos incorporando aspectos hasta ese entonces ignorados o considerados desde una perspectiva extremadamente funcional. Así, aparecen en la escena de la discusión temas centrales hoy en día que cuestionaban la racionalidad armónica y de progreso para dar pie al intrincado mundo de la vida simbólica, tales como los de cultura, poder y lenguaje, entre otros (Rendón y Montaña:2004).

Algunos economistas y políticos extranjeros, lo mismo que múltiples teóricos de la organización, todavía incluso en la década de los setenta, habían considerado que la cultura representaba una especie de lastre que anclaba las aspiraciones individuales a una tradición comunitaria cerrada a espacios tradicionales ajenos al avance tecnológico y al espíritu empresarial. Extremo opuesto a la racionalidad económica que promovía la modernidad, basada en el acrecentamiento de comportamientos individuales, relegando mitos y ritos a un pasado supuestamente ya superado en los países industrializados, la cultura era considerada, en este ámbito, característica de los pueblos atrasados o simplemente tradicionales. ¿Qué fue entonces lo que provocó que ese concepto que intentaba comprender un mundo ya rebasado fuese rescatado de aquellos rincones ya casi olvidados? Por otro lado, ¿qué sucede cuando dos instituciones, como la familia y la empresa –una a la que se le asigna ser la depositaria de una cultura tradicional, y otra intentando superarla a través de esquemas de tipo racional- se entrelazan y conviven, al menos parcialmente, en un mismo espacio social en un país que no ha terminado de debatir acerca de la relación entre la tradición y la modernidad?

Si bien el presente capítulo no puede agotar estas preguntas, sí pretende dilucidar un poco acerca de la naturaleza de la llamada cultura organizacional, producto en este caso de la tensión y complementariedad entre estos dos espacios sociales y contribuir con ello al establecimiento de algunas premisas para el estudio de ésta en la empresa familiar.

### **1. Cultura y organización. Los términos del debate**

El concepto de cultura proviene principalmente de la Antropología y ha sido posteriormente retomado e interpretado por otras disciplinas tales como la Sociología, la Psicología, los Estudios Organizacionales y la Administración. El uso indiscriminado de dicho concepto ocasiona que se le considere frecuentemente como sinónimo de costumbres, hábitos, creencias y/o valores, perdiendo parte de su verdadero significado y potencial explicativo. Resulta necesario por lo tanto detenerse un momento frente a la enorme proliferación de significados, algunos de ellos poco útiles para el análisis organizacional contemporáneo.

Si bien éste es, como ya lo mencionamos, un concepto retomado de la Antropología, ni siquiera en esta disciplina existe consenso acerca de un significado preciso, tal como nos lo recuerda Smircich (1983). Así como en el estudio de las organizaciones existen varias corrientes de pensamiento, sucede igual en la Antropología. En consecuencia, los estudiosos de las organizaciones al referirse a la cultura, se verán atraídos por el concepto que más se relacione con la perspectiva analítica asumida. De esta manera, por ejemplo, un investigador con orientación estructuralista se inclinará preferentemente por un concepto de cultura desarrollado en la misma dirección, tal como se muestra en el cuadro 25.

Cuadro 25. Características generales de la cultura en las organizaciones, con relación a las escuelas de pensamiento

Aspectos	Escuela de Análisis Organizacional		
	Relaciones Humanas	Contingencia	Vida simbólica
Paradigma	Funcionalista	Estructuralista	Hermenéutico
Orientación	Explicativa	Determinista	Interpretativa
Autores de la Antropología	Malinowski	Lévi-Strauss	Geertz
Autores del análisis organizacional	Mayo	Pugh	D'Iribarne
Concepto de cultura en el Análisis Organizacional	Una necesidad social	Una variable del desempeño	Una matriz de signos y significados

Elaboración propia

Retomamos el concepto de cultura propuesto por Varela (2003), quien propone que ésta puede ser entendida como una matriz de símbolos y signos que permiten otorgar significados comunes a la acción de los miembros de una comunidad, lo que se expresa en costumbres, creencias y valores relativamente compartidos por la mayoría<sup>17</sup>.

Por otro lado, es importante señalar el amplio rango en el cual el concepto de cultura es aplicado. Así, es posible referirse a una cultura internacional, nacional, regional y organizacional. Entre más contenidos específicos comprenda una cultura, el número de miembros que la compartan tenderá a ser menor. Es posible entonces hablar tanto de una cultura latinoamericana como de una mexicana, una del sureste mexicano o una de una universidad en particular.

Por otro lado, tampoco es necesario compartir todas las especificaciones de una cultura, ya que al interior de ella se pueden encontrar diversas modalidades o “sub-culturas”, que si bien comparten algunas características comunes pueden conocer también diferencias significativas. Esta perspectiva, traída al terreno organizacional, nos sugiere la existencia de una cultura organizacional que comporta características

<sup>17</sup> Al lector interesado en adentrarse en el concepto de cultura y sus implicaciones, le recomendamos la lectura de los dos primeros capítulos del libro de Geertz (1973): “Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura” y “El impacto del concepto de cultura en el concepto de hombre”.

generales, presumiblemente compartida por la mayoría de sus miembros, a la vez que se reconoce la coexistencia de grupos que construyen significados específicos – subculturas- de acuerdo con las particularidades del trabajo y algunas variables sociodemográficas (Montaño: 2005).

El concepto de cultura ha venido ocupando en las últimas décadas un papel central dentro de las investigaciones que se realizan en las organizaciones y se le asocia generalmente sólo con aspectos positivos, ignorando la mayor parte de sus limitaciones. En este sentido, resulta conveniente remarcar que la cultura ayuda a interpretar el comportamiento de los individuos en las organizaciones, pero no lo explica totalmente. Si bien asumimos que la cultura posee una cierta capacidad explicativa del comportamiento, no debemos, por otro lado, olvidar la intervención de otros factores que también lo orientan, tales como los intereses de los actores, el tipo de organización, su tamaño, su antigüedad, su propia conformación estructural – vinculada de alguna manera a algunos de los otros componentes- o, entre otros, su orientación institucional. Tampoco, en esta misma dirección, es posible asumir un comportamiento totalmente homogéneo por parte de todos los miembros de la organización ni pensar que la cultura es un fenómeno de tipo estático.

#### **a) Cultura corporativa y cultura organizacional: una diferencia esencial**

El análisis realizado a la cultura por parte de la Administración y por ciertos teóricos de la organización corresponde más a lo que se conoce como cultura corporativa, la cual se caracteriza por ser altamente específica, es decir, no fácilmente generalizable a la totalidad de la organización, y explícita; ésta es sancionada por órganos de autoridad formal, representa más los intereses de los directivos y se encuentra, por consecuencia, directamente asociada a la noción de desempeño (Schein:1984). Esta se ha desarrollado históricamente en el seno de las grandes empresas de los países industrializados con el fin de incrementar diversos indicadores económicos, tales como la productividad, la ganancia, la rentabilidad y la parte de mercado, entre otros. La cultura, en esta modalidad, es considerada como una variable explicativa de la competitividad, ubicada, por ello, en el mismo rango que la tecnología o la calidad;

amplía, en este sentido la noción de racionalidad instrumental. La cultura corporativa, de acuerdo con Meek (1988), está inserta en el paradigma estructural-funcionalista y es apreciada dada su supuesta contribución a la utilidad económica, llegándose incluso a medir y a cuantificar su contribución en el desempeño global y es en ocasiones utilizada como discurso manipulador para propiciar un sentido de identidad que incremente el desempeño de los miembros de la organización. Las técnicas de investigación privilegiadas son las cuantitativas, ocupando un lugar central la estadística (Hofstede: 1984).

Por otro lado, la cultura organizacional se caracteriza por ser más “espontánea” por parte de quienes la viven cotidianamente, se construye a partir de un conjunto cotidiano de interacciones de tipo subjetivo, además de no encontrarse estipulada ni contenida en ningún documento oficial; su naturaleza es más bien de tipo informal. Ella es menos visible y difícil de identificar y comprender fuera del propio ámbito en que se desarrolla; no es fácilmente comparable con otras y se encuentra inmersa en la vida social de los individuos, proporcionando sentido a sus acciones. Para estudiar la cultura organizacional se ha privilegiado la utilización de métodos cualitativos, como la observación participante, las entrevistas a profundidad o las historias de vida. La necesidad de reconstruir el sentido que los miembros le otorgan a la acción resulta la prioridad del investigador. Los símbolos son polisémicos, los diversos significados que adquieren sólo son posibles dentro de un mismo contexto; de esta manera, la acción de los miembros es observable y puede ser explicada, mediante la interpretación, con base en el conjunto de la organización (Cuadro 26).

Cuadro 26. Principales diferencias entre cultura corporativa y organizacional

<b>Concepto</b>	<b>Cultura corporativa</b>	<b>Cultura organizacional</b>
Epoca en que se inicia su estudio	A finales de los años setenta	Alrededor de los años sesenta, aunque no de manera tan explícita
Disciplina que la estudia	Administración Teoría de la Organización	Estudios Organizacionales (Antropología, Sociología y Psicología)
Actores participantes	Los directivos, quienes	Los miembros de la

	establecen los lineamientos	organización
Se considera formada por	Misión, visión, códigos de ética	Costumbres, creencias, valores y símbolos
Objetivo	Establecer un mayor control social e incrementar la eficiencia	Interpretar el comportamiento de los miembros
Forma de expresión de la cultura	Formal y explícita	Informal e implícita
Métodos y técnicas de investigación privilegiados	Cuantitativos: cuestionarios y estadísticas	Cualitativos: observación, entrevistas e historias de vida
Desempeño	Controlable, cuantificable y manipulable	Observable y explicativo
Tipo de cultura	Homogénea y de cohesión social	Diversa, fragmentada y contradictoria
Identidad	Única, tendiente hacia lo formal	Diversa y orientada hacia la comunidad
Tipo de organización	Estática	Dinámica
Visión	Estructural-funcionalista	Simbólica
Dominio	Interno	Tanto interno y externo

Fuente: Elaboración propia

Ahora bien, si nos remontamos a la década de los treinta, encontramos que ya existían estudios relacionados con la cultura de la empresa, aunque no se les mencionaba de esa manera. La corriente de las Relaciones Humanas, personificada en la figura de Elton Mayo (1972), se basa en una investigación realizada en los talleres de *Hawthorne* de la *Western Electric Co.* con el propósito inicial de escudriñar los secretos de la productividad. No resulta casual la influencia de ciertos antropólogos funcionalistas –Malinowski (1984) y Radcliffe-Brown (1986)- en una parte de esta investigación ya que en el fondo se pueden observar algunos tintes, básicamente metodológicos, provenientes de la Antropología.

En los setentas aparece por primera vez el término de cultura de empresa, la cual era caracterizada como un conjunto de costumbres surgidas por el contacto directo entre los miembros de una misma empresa. Entre los experimentos de la *Hawthorne* y la década de los setenta transcurre, no obstante, un largo período, de cerca de

medio siglo, durante el cual el tema de la cultura es muy poco abordado, al menos de manera explícita.

## **b) Cultura y modernización**

Algunos acontecimientos a nivel mundial desde la década de los setenta han propiciado grandes cambios en el orden económico, político y social, que favorecieron, de manera decisiva, el surgimiento del concepto de cultura en la empresa. El contexto impondrá desde entonces nuevas condiciones, más exigentes, obligando a las empresas a implementar novedosas formas de organización, modificando sustantivamente tanto sus estructuras y procesos como sus formas internas de relación social; en pocas palabras, la modernización se acelera y toma nuevos rumbos.

Las grandes empresas, promotoras y víctimas a la vez de la modernización, se ven inmersas entonces en la búsqueda de distintos sistemas de significados que permitan reorientar y justificar nuevos esquemas interpretativos que otorguen sentido y justificación a los senderos de la competitividad. De entre los cambios más significativos de dicho contexto, podemos mencionar los siguientes:

- a) El creciente número de fusiones y adquisiciones de grandes empresas; proceso en el cual cada una de ellas posee, supuestamente, su propia cultura; de esta manera, para que la alianza fructifique, se hace necesario compartir símbolos comunes, es decir, se requiere de una cultura corporativa.
- b) La globalización o creciente transnacionalización de las grandes empresas, lo que provoca la presencia de culturas diferentes sobre un mismo terreno organizacional. En efecto, la instalación de las grandes empresas en espacios nacionales diversos ha ocasionado la necesidad de establecer mecanismos de regulación de la acción al interior de dichas organizaciones.
- c) La alta competitividad de la empresa japonesa que motivó, desde la década de los setenta, que los estudiosos de las organizaciones investigaran las razones de su auge económico, encontrando en la cultura una explicación plausible. Llamaba la atención su alto nivel de solidaridad, su lealtad y su

respeto a la jerarquía, entre otros; ello repercutía directamente en la forma de organizar el trabajo, basado en un sistema cooperativo mucho más intenso así como en una toma de decisiones más colectiva.

- d) Más recientemente, los grandes flujos migratorios que se dirigen hacia los países industrializados en busca de mercados laborales, tal como sucede por ejemplo en Estados Unidos, en donde se aprecia una diversidad cultural proveniente de los continentes latinoamericano, europeo y asiático. Lo mismo acontece con países más industrializados de la Unión Europea, donde recientemente, a raíz de la apertura de los países del Este, diversas culturas se han instalado al interior de una misma organización. Un fenómeno similar, aunque en menor escala y con menor diversidad, pero igualmente importante, sucede en nuestro país, en donde se observan grandes movimientos migratorios provenientes de zonas rurales hacia los centros de trabajo de las grandes ciudades.
- e) El discurso organizacional exige que el individuo sea más competitivo. La cultura corporativa facilita la interiorización de ese discurso para lograr que sus miembros adopten comportamientos más leales y eficaces.

## **2. Aspectos culturales de la empresa familiar**

### **a) Apuntes sobre la familia**

Para abordar el tema de la empresa familiar resulta imprescindible analizar algunas características de la familia mexicana, así como su importancia y los diversos cambios, sobre todo culturales, que se han venido observando como consecuencia de la modernización de la sociedad.

La familia representa una de las dimensiones centrales en este trabajo. Ella es observada generalmente como la base de la sociedad, como una referencia central del individuo e, incluso, como una forma social natural; sin embargo, puede también ser comprendida de manera inversa, es decir, como un conjunto de mitos y creencias (Salles y Tuirán:1996) que sólo representan modelos ideales. Así como la cultura, la familia ha sido también estudiada desde diferentes perspectivas, desde la

Antropología, la Psicología, la Sociología, la Historia y la Economía, entre otras. Resulta tarea poco fácil conceptualizar dicha conformación social dado que ha adoptado diferentes características a través del tiempo y del espacio. Los cambios observados en su estructura y funcionamiento se encuentran ampliamente relacionados con los procesos de modernización (Arriagada:2002) que han afectado tanto a la esfera económica y social como a la cultural.

En América Latina, el proceso de modernización ha ocupado un lugar preponderante en el estudio del desarrollo económico de los países de la región. La mayor parte de las actividades que en ellos se realizan se ven afectadas, en mayor o menor grado, por dicho proceso. Algunos aspectos que caracterizan a la modernización se inscriben, como ya lo hemos mencionado, en el llamado fenómeno de globalización, el cual implica un cambio sustancial en las formas de producción de bienes y servicios, lo que a su vez modifica las costumbres de consumo y las diferentes formas de organización del trabajo.

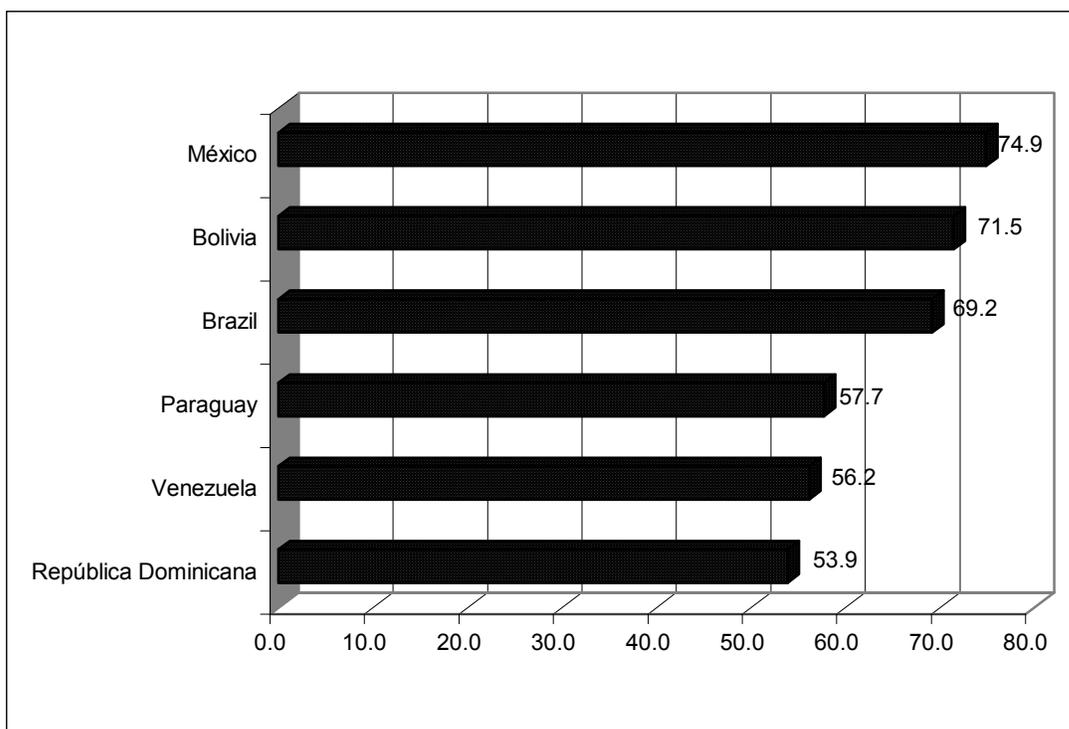
La familia nuclear, entendida como aquella conformada por los padres y los hijos, sigue teniendo un lugar preponderante en la sociedad mexicana<sup>18</sup>. Si se analiza la estructura de la familia latinoamericana, se observa que México<sup>19</sup>, Bolivia y Brasil mantienen altos índices –74.9, 74.5 y 69.2% respectivamente- de población que viven bajo el tipo de familia nuclear, contrastando con los países que mantienen los índices más bajos, Paraguay, Venezuela y República Dominicana, aunque más de la mitad de su población vive bajo el régimen de familia nuclear –57.7, 56.2 y 53.9% respectivamente- (Gráfica 2).

---

<sup>18</sup> Los datos estadísticos que se presentan en este apartado pretenden simplemente realizar comparaciones genéricas y no sustituir el análisis específico de las particularidades, cada vez más diversas, de las conformaciones familiares. Para ahondar en algunas de las limitaciones del uso de la estadística, recomendamos el artículo de Desrosières (1999), mientras que para un análisis antropológico y cualitativo del parentesco, el de Olavarría (2002).

<sup>19</sup> Estos datos corresponden a 1999, excepto para México, que es del año 2000.

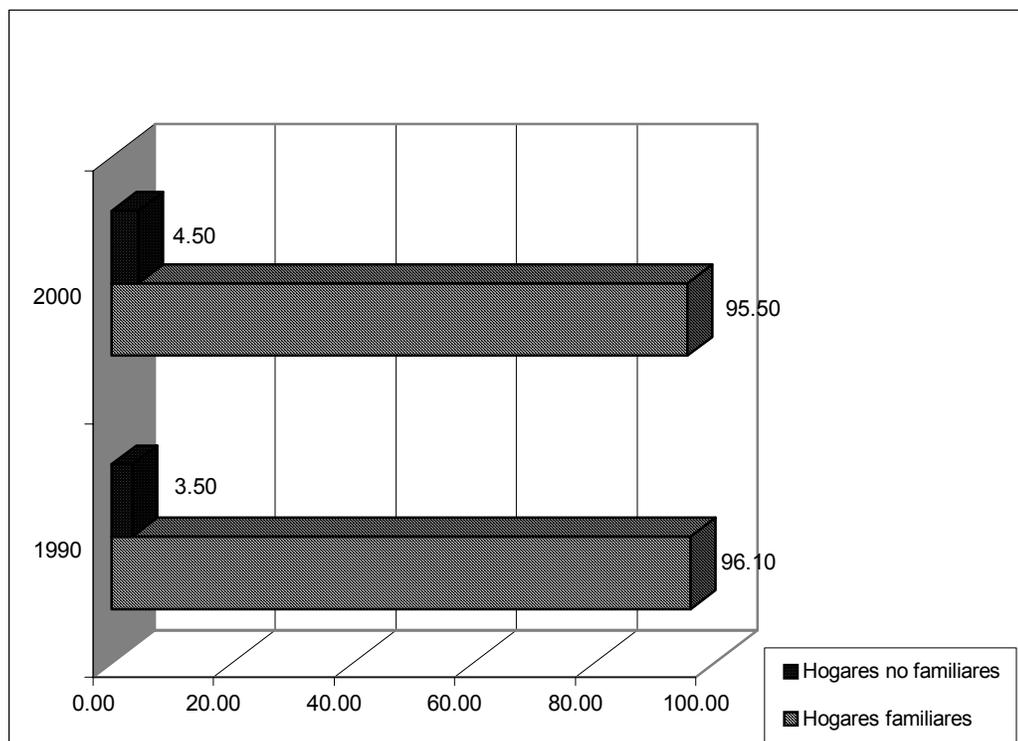
Gráfica 2. Población que vive en familia nuclear en América Latina. Países seleccionados, en %.



Fuente: Arriagada (2002) e INEGI (2000)

En México, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, en el año 2000, el 95.5% de la población vivía en familia, el resto en hogares no familiares. El cambio sufrido en una década no resulta significativo, lo que se traduce probablemente en una amplia inclinación a la convivencia en familia (Gráfica 3).

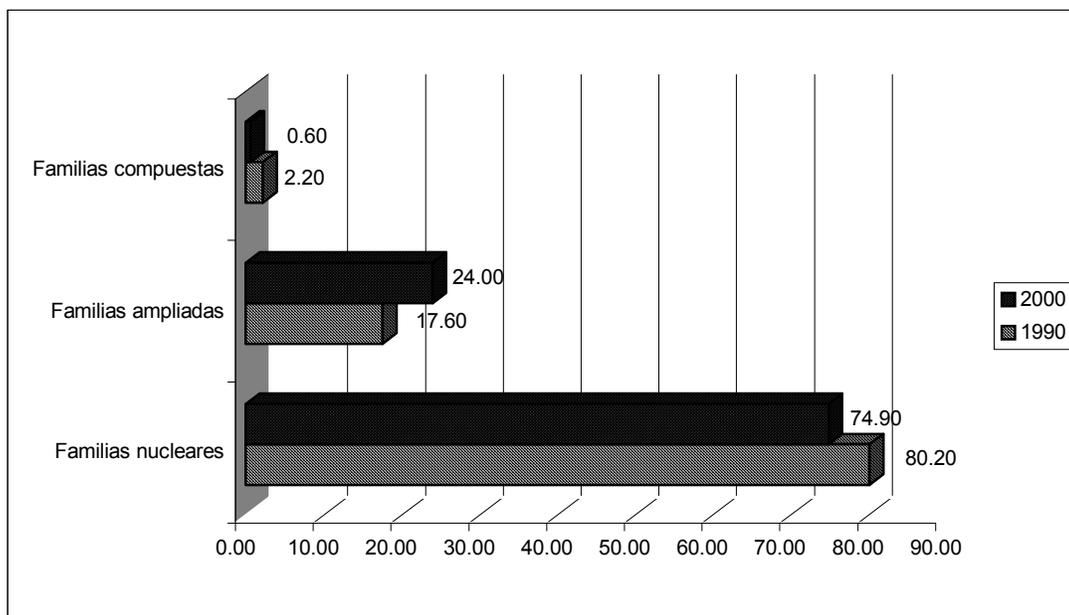
Gráfica 3. Población que vive en familia, México, en %



Fuente: INEGI (2000)

Por otro lado, recordemos que para el mismo año, aproximadamente tres cuartas partes de las familias vivían bajo la forma de familia nuclear, lo que puede interpretarse como una tendencia que se mantendrá relativamente estable (Gráfica 4). La familia extendida, formada además del núcleo por otros miembros, puede explicarse, entre otros, por el aspecto económico, ya que los gastos familiares se reparten entre un número mayor de miembros, sobre todo en familias con escasos recursos económicos. También hay que considerar la posibilidad de que la familia acoja a miembros de edad avanzada u otros parientes con problemas importantes.

Gráfica 4. Tipo de familia, de acuerdo a su composición, en %.

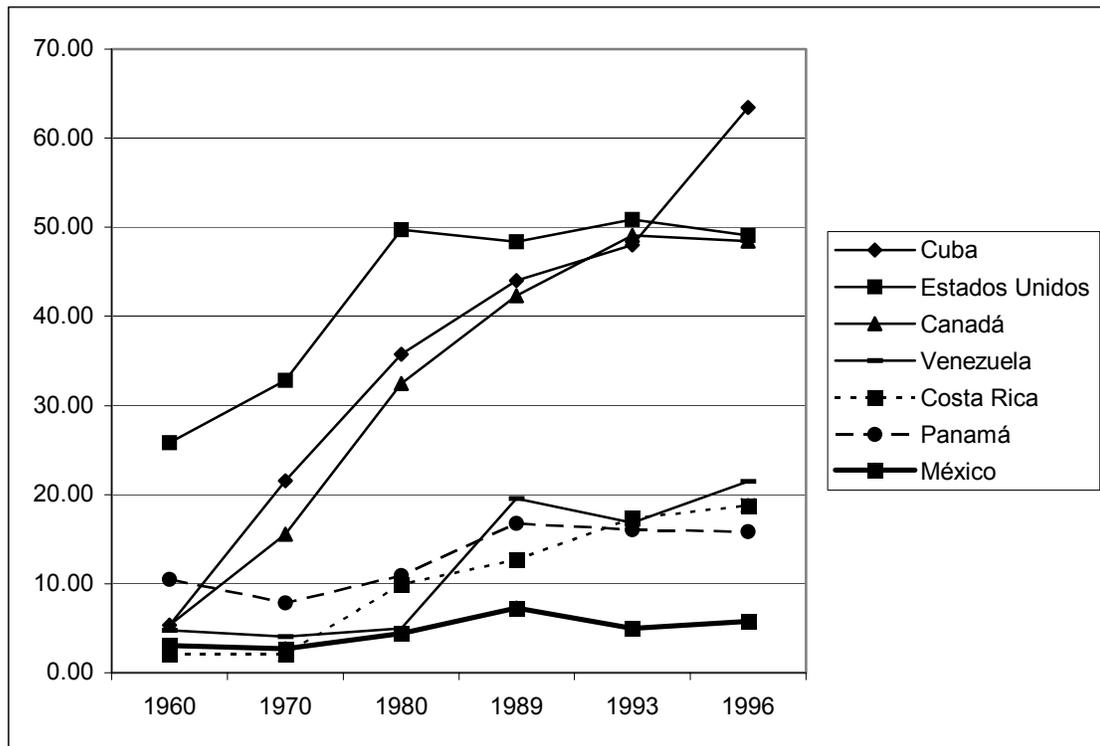


Fuente: INEGI (2000)

En México se mantiene una actitud de tipo tradicional frente al divorcio. Ello se constata indirectamente a través del índice de divorcios/matrimonios. Los países industrializados con mayor tendencia hacia el individualismo, como Estados Unidos, presentan en 1960 la tasa más alta –25.80-, mientras que los países menos industrializados, con una orientación hacia lo colectivo (Hofstede:1984) y con una fuerte influencia de la religión católica presentan, como en el caso de México, una tasa comparativamente muy baja –3.08 en 1960-, la cual por cierto se mantiene relativamente estable hasta 1996 –5.75-; los datos más recientes de INEGI, correspondientes a 2001, señalan que esta tasa se ha incrementado a 8.62 (Gráfica 5). En las grandes zonas urbanas y en algunos estados colindantes con Estados Unidos esta tasa es más elevada, como sucede en los casos de Chihuahua –20.7%-, Baja California –16%- y Distrito Federal –16.1%-; en los estados más tradicionales y

con menores recursos económicos esta tasa es bastante reducida: Tlaxcala -1.9%-, Oaxaca -2.6%- y Guerrero -4.2%-.

Gráfica 5. Tasa de divorcios sobre matrimonios. Algunos países seleccionados, en %



Fuente: García y Rojas (s/f)

La familia mexicana se caracteriza, en general, por una fuerte conservación de la tradición, la que se refleja en la importancia de la familia nuclear y en la baja tasa de divorcios; otros aspectos a considerar son su apego a la colectividad y a la religión. Debemos señalar también que los cambios en la estructura y comportamientos familiares son diversos al interior del país debido a la alta heterogeneidad que lo caracteriza. A pesar de los grandes cambios económicos, tecnológicos y demográficos, la familia mexicana, en términos generales, ha evolucionado con cierta lentitud con respecto a otros países, en lo que se refiere a la dinámica cultural.

México se ha incorporado lenta e inexorablemente, pero de manera diferenciada, a la modernidad. La familia mexicana conserva aún aspectos relevantes de una tradición añeja, esto ha jugado seguramente un papel importante en los procesos de transformación empresarial (Adler y Pérez:1993), tanto a nivel de la pequeña como mediana y gran empresa. Podemos, por lo tanto, vislumbrar una posible tensión entre el resguardo de los valores tradicionales y la necesidad de incorporarse más plenamente a la modernidad. Esto tiene muy probablemente implicaciones significativas en diversos procesos administrativos, tales como la toma de decisiones, el diseño de las estructuras y la solidaridad en el comportamiento organizacional cotidiano.

Las familias latinoamericanas, incluyendo a las mexicanas, han sido trastocadas por el fenómeno de la modernización, aunque no de manera tan contundente, apreciándose ciertos cambios en sus relaciones tanto al interior, es decir, con sus propios miembros, como al exterior, en su inserción al contexto social (Ariza: 2001). Los cambios que se han venido observando no se han sucedido de la misma manera, ni con la misma intensidad, en todos los sectores y grupos sociales, y más aún, no han afectado de igual forma a los diferentes aspectos de la familia, como pueden ser el económico, el demográfico y el sociocultural.

En cuanto al primero, se encuentra reflejado en todo el proceso de globalización, como el alto costo de la vida, escasas fuentes de trabajo y desempleo, por ejemplo; esto ocasiona obviamente cambios en la convivencia familiar. En aspectos demográficos, muy relacionados con el bienestar familiar, se encuentran cambios como la reducción de la tasa de mortalidad, un mayor control natal y una esperanza de vida más alta. Tanto estos aspectos como los anteriores afectan en mayor o menor grado a las familias, dependiendo del nivel socioeconómico al que pertenezcan.

La familia también ha enfrentado cambios en sus marcos culturales; entre los más sobresalientes se encuentran:

- Una nueva estructuración de los roles que juegan los miembros de la familia. Así, la paternidad y la maternidad tratarán de equiparar relativamente sus tareas; en medios más urbanos y escolarizados, el padre puede apoyar en el cuidado de los niños o tareas propias del hogar, mientras la madre puede desempeñar labores profesionales fuera de éste.
- Un mayor nivel educativo puede observarse en la mayor parte de la población, aunque con amplios sectores con graves carencias. Este aspecto se encuentra muy relacionado con el económico y el demográfico; sin embargo, juega un papel también esencial en lo cultural.
- La incorporación de las mujeres al mercado laboral, así como sus implicaciones, representa, coinciden varios autores, uno de los mayores cambios sociales que repercuten directamente en la familia.

Si bien, por lo anteriormente expuesto, no resulta fácil caracterizar a un sólo tipo de familia, es posible rescatar y resaltar, sin embargo, algunos de sus rasgos generales. Por otro lado, el proceso de modernización de la familia se ha efectuado más lentamente que el de la empresa, de ahí que al intersectarse estas dos instituciones, será necesario efectuar una serie de análisis e interpretaciones al respecto (Cuadro 27).

En ocasiones se confunde la modernización de la familia, que consiste en algunos cambios que sufre para adaptarse a los nuevos requerimientos sociales (Lozano:s/f), con la desintegración social. No obstante, en México, como en otros países latinoamericanos, la familia continúa siendo una base importante de la sociedad.

Cuadro 27. Dimensiones de la modernización familiar, de acuerdo con el grupo socioeconómico de pertenencia

Nivel socio-económico	Dimensiones			
	Económica	Demográfica	Social	Cultural
Bajo	Dificultades para solventar los gastos básicos y conseguir	Familia numerosa. Altas tasas de natalidad y	Poco acceso a servicios de salud, educación y	Alto apego a la religión y a las tradiciones.

	empleo. Incorporación de la mujer al mercado básico de trabajo	mortalidad.	otros.	
Medio	Se cubren necesidades básicas. Ingreso de la mujer al trabajo profesional	Tasa moderada de natalidad	Aspiración y acceso a estudios superiores	Apego a la religión y a las tradiciones
Alto	Alta solvencia. Actividades de inversión y ahorro.	Tasa moderada de natalidad	Acceso casi irrestricto a servicios privados, tanto nacionales como internacionales	Apego a la religión y sensibilidad hacia otras culturas

Elaboración propia

El nivel socioeconómico de las familias mexicanas es muy diverso, por lo tanto, la creación de una empresa familiar proviene de diferentes causas. Las necesidades económicas de las familias de clase baja las inducen a formar pequeños negocios que les permiten básicamente la sobrevivencia de los miembros de una familia nuclear, resulta difícil saber si realmente se trata de una empresa en sentido estricto, es decir, basada en una lógica económica moderna.

A medida que el nivel socio-económico se eleva, el objetivo de la empresa cambia, ya no sólo se busca la sobrevivencia, sino también crear empleos para los miembros de la familia nuclear y extendida, buscando obtener además alguna utilidad económica. Posteriormente, será mantener y aumentar el capital; paralelamente, la familia se preocupa por adquirir una mejor preparación, un mayor nivel educativo que les permita dirigir más acertadamente su negocio. Una vez consolidado éste, se podrá buscar la expansión tanto a nivel regional como nacional hasta llegar, algunas de ellas, a incursionar en mercados extranjeros. Como puede apreciarse, el tamaño de la empresa familiar resulta determinante en sus objetivos; sin embargo, queremos

destacar que existe una preocupación más allá del nivel socio-económico, concerniente a la formación de un patrimonio que con el tiempo pasará a la siguiente generación. La sucesión aparece así, tal vez no de manera tan importante en un principio, como uno de los objetivos principales en la empresa familiar; sin embargo, es un acontecimiento que no se planea lo suficiente y que por lo tanto puede acarrear resultados poco deseados (Cuadro 28).

Cuadro 28. Objetivos de la empresa familiar de acuerdo a su nivel socioeconómico

Nivel Socioeconómico	Objetivo de la empresa familiar
Bajo	Sobrevivencia de la familia nuclear
Medio bajo	Sobrevivencia de la familia nuclear y extendida, incluidos algunos miembros externos a la familia
Medio alto	Generadora de fuentes de trabajo y búsqueda de utilidades. Incorpora a miembros de la familia con mayor preparación formal.
Alto bajo	Mantenimiento e incremento de capital; realización de inversiones. Obtención y reinversión de utilidades
Alto alto	Expansión, fusiones y búsqueda de mercados externos. Grandes consorcios que realizan alianzas con empresas internacionales.

Elaboración propia

### **b) Características de la empresa familiar**

Los cambios rápidos que se observan en el contexto mundial colocan a las organizaciones en una dinámica constante y siempre alerta para poder sobrevivir en un medio sumamente competitivo; sin embargo, no todas las organizaciones lo realizan al mismo ritmo, es más, dentro de una misma organización los cambios se efectúan de diferente manera. Recordemos cómo la parte más estructural y técnica cambia más rápido o más fácilmente que la humana. Así entonces, las empresas se van adaptando poco a poco a su medio (Roethlisberger y Dickson: 1976 y March y Olsen: 1997).

El campo organizacional de una empresa familiar se encuentra entrelazado por dos dimensiones institucionales, la empresarial y la familiar. El funcionamiento de ésta será diferente al de una no familiar, ya que la primera se encuentra frente al gran

dilema de las preocupaciones de la familia propietaria y la administración del negocio en sí (Cuadro 29).

Cuadro 29. Características de las empresas no familiar y familiar

<b>Concepto</b>	<b>No familiar</b>	<b>Familiar</b>
Objetivo principal	Beneficios económicos	Creación de empleos Sucesión
Los miembros se unen por	Principalmente por intereses monetarios	No sólo monetarios, sino también por afecto
La visión se basa en	Administrador o consejo de administración	Fundador o propietario, a veces por otro miembro familiar relevante
Planeación estratégica	Tendencia a mediano y largo plazo	Tendencia a corto y mediano plazo
Toma de decisiones	Base racional Técnicas o modelos de administrativos Burocrática y lenta Riesgosa	Base razonable Experiencia o sentido común Centralizada y rápida Prudente
Jerarquía	Formal	Informal
Comunicación formal	Escrita	Oral y escrita
Organización interna	Formal	Pragmática
Contratación de personal	Por sus conocimientos y experiencias	Por su pertenencia o cercanía a la familia
Los miembros son evaluados por	Lo que hacen	Lo que son
Las actividades de propiedad y dirección	Se encuentran separadas	Se encuentran estrechamente relacionadas
Sucesión	Decisión colectiva, administrativa y racional	Decisión más bien individual. compleja afectivamente
Perpetuidad basada en	Patrimonio financiero	Patrimonio financiero, cultural y familiar

Elaboración propia

Existe una amplia variedad de diferencias que distinguen a una empresa familiar, ello en función del tipo de disciplina de donde provenga el análisis. Así, por ejemplo, la Economía, la Administración o el Derecho la describen destacando diferentes rasgos de acuerdo a sus propios intereses. Sin embargo, Catry y Buff (1996) señalan tres puntos para apreciar e identificar plenamente a una empresa familiar, ellos son el

control del capital por la familia, su participación activa en la dirección de la empresa y la vinculación estrecha entre la familia y la empresa.

El fundador de la empresa familiar, al mismo tiempo que es el propietario del capital, administra el negocio. Recordemos que esta modalidad es la preponderante en los inicios del capitalismo. Si bien existe una tendencia a identificar a la empresa familiar con la pequeña empresa, es necesario aclarar que el tamaño de la primera es variable, hay desde micro hasta grandes empresas, tanto a nivel nacional como internacional. Esto se encuentra relacionado con lo señalado anteriormente en cuanto al nivel socio-económico de la familia; a una mayor posesión de capital, la familia aspira a poseer una empresa más grande, mejor administrada, con mayor tecnología incorporada y mercados más amplios.

### **c) Cultura en la empresa familiar**

El interés de este capítulo se centra principalmente, recordemos, en el aspecto cultural de la organización, aunque sabemos que algunos otros, como el económico, el político y el social, se encuentran entrelazados entre sí y no pueden ser abordados de manera aislada fácilmente; sin embargo, en este trabajo se otorga mayor importancia a los valores, a las creencias, a los afectos y al sentido que se encuentran involucrados en la vida cotidiana de sus miembros.

Si la cultura juega un papel esencial en el desempeño de una organización, todavía más importante resulta ésta en una empresa familiar, dadas sus características. Podría decirse que cada organización posee su propia cultura, que la distingue de las demás, ya que son los individuos quienes establecen la dinámica de sus relaciones sociales en un determinado contexto.

Las funciones de propiedad y dirección se encuentran estrechamente vinculadas en la empresa familiar, contrariamente a la tesis que sostenía la *Revolución de los Managers* desde la década de los 30<sup>20</sup>. Los lazos que unen a los miembros

---

<sup>20</sup> Recordemos que la Revolución de los Managers sostiene que el crecimiento de las empresas está marcado necesariamente por la incorporación de administradores profesionales para el manejo adecuado de las funciones crecientemente complejas.

familiares en una organización no se basan en una simple relación monetaria, si no que se genera un sistema de valores, afectos y sentidos, inducido por la interacción de sus miembros. La estrategia que siguen estas empresas es más razonable; se basa en el sentido común del dirigente, como también en los intereses que presentan sus miembros. En cambio, en empresas no familiares, los fundamentos son de tipo más racional, restringiendo de manera más importante su objetivo formal a la consecución del beneficio económico.

Para analizar una empresa familiar es necesario hacerlo considerando a los miembros en su conjunto y en sus interrelaciones; no se trata de efectuar la suma de todos ellos. El individuo, durante su niñez, recibe una fuerte influencia de valores que provienen tanto de la familia como de la escuela; éstos van a orientar el comportamiento de las organizaciones y de sus miembros hacia valores tales como la confianza, la cooperación y la identidad (citado por Whitley, en Arregle et al:2000). De acuerdo con diversos estudios efectuados sobre cultura, se ha identificado una serie de valores que comparten sus miembros para un buen entendimiento y desempeño de la organización. Así, Boissin (2000) destaca la cooperación como uno de los valores más preciados en un sistema cultural. Uno de los principales objetivos de la empresa familiar, como ya se mencionó, es la perpetuidad; el fundador forma y mantiene generalmente una empresa, pensando que será el patrimonio que pueda heredar a sus descendientes. Para lograrlo, un aspecto importante es inculcar la cooperación de los participantes y además la confianza entre ellos; de esta manera, no sólo se logrará la perpetuidad del patrimonio financiero, sino el cultural y el familiar. La perpetuidad de la organización no es en sí un hecho aislado, tampoco significa realmente la continuidad de la vida de la empresa en su mero sentido económico, más bien es un afecto que expresa la continuidad de la vida familiar o, en algunos casos, la presencia simbólica del fundador.

El concepto de confianza retoma un lugar importante en el análisis e interpretación de las organizaciones. De acuerdo con Allouche (1998), ésta puede aparecer como un factor explicativo en el desempeño de las empresas familiares. La confianza es un

elemento que se asocia de manera frecuente con la familia; dado que ésta posee fuertes lazos afectivos, sus miembros la extienden hacia la empresa familiar.

En un estudio efectuado por Mignon (2000) acerca de la perpetuidad de la empresa familiar, se destaca la importancia de los valores, ya que el 30% de los entrevistados refiere la perpetuidad con los valores transmitidos por la organización. Asociada a los valores, aparece la identidad como hilo conductor para el funcionamiento de una empresa familiar y posteriormente para su sucesión. La empresa y la familia llegan a traslaparse tanto que resulta difícil determinar la frontera entre ambas. La intensidad de dicha intersección dependerá de factores tales como el tamaño de la empresa, el tipo de familia –sea nuclear o extendida-, el nivel socio-económico o el grado de modernización tanto de la empresa como de la familia.

Durante la etapa de modernización, uno de los factores que más afectará el desarrollo de una empresa familiar es el relativo a una mayor educación formal de las nuevas generaciones. Los cambios estructurales en el nivel de educación se han notado tanto en el número de los miembros que estudian, como en el nivel de estudios superiores que alcanzan. Un factor clave en el buen funcionamiento de las empresas familiares radica en una mejor comprensión de las etapas de modernización tanto de la familia como de la empresa.

De entre las principales reflexiones a las que nos lleva este capítulo, podemos mencionar que la familia en México sigue siendo un punto de referencia central para los individuos; ésta mantiene una gran carga de tradición aunque también se pueden observar diversos rasgos que identifican su inevitable ingreso a la modernización, lo que repercute en una creciente diversidad de conformaciones. Por otro lado, la empresa familiar se enfrenta a la necesidad de cambiar sus estructuras y formas de funcionamiento para poder competir con sus semejantes en un contexto cada vez más hostil. Como puede apreciarse, este proceso de modernización se ha dado de una manera y a un ritmo diferentes en la empresa y en la familia ya que constituyen espacios sociales con valores y comportamientos distintos. Así, en un mismo terreno

organizacional conviven de manera cotidiana, aspectos familiares de afectividad y solidaridad con otros, empresariales, de tipo funcional y de eficiencia.

Eficiencia y afectividad se entremezclan en el espacio organizacional de la empresa familiar, aprovechando ventajas tales como la confianza, la cual es solicitada al resto de los miembros no familiares, pero reduciendo a la vez las posibilidades de la racionalidad instrumental, la que llega a cuestionar algunas de las relaciones afectivas de los familiares. Así, la toma de decisiones, la estructura misma de la empresa, el conflicto y otros muchos aspectos organizacionales serán el resultado de la negociación simbólica entre el terreno funcional y el afectivo, apoyándose un ámbito sobre el otro en algunos casos y restringiéndose mutuamente en otros. El resultado dependerá, entre otros, del nivel socioeconómico de la familia, de la fuerza de las tradiciones, del tamaño de la empresa, del sector donde se encuentre ubicada, de la intensidad de los valores institucionales y, entre otros, de las amenazas provenientes del exterior.

## **IV. La sucesión en la empresa familiar**

En este apartado se analizan tres estudios de caso recientes referidos a la sucesión generacional en la empresa familiar. Estos comparten una orientación cualitativa aunque los instrumentos y la forma de presentación difieren entre ellos. Otra diferencia fundamental consiste en que cada uno de ellos corresponde a una localidad geográfica distinta. Consideramos de fundamental importancia la revisión de esta literatura ya que nos permitirá compenetrarnos en la problemática del proceso de sucesión generacional en la empresa familiar al proporcionarnos elementos clave provenientes de la investigación de campo.

El primer caso se refiere al estudio de siete empresas pequeñas familiares en Francia en el que el énfasis está puesto en el estudio del proceso de sucesión. El segundo aborda el estudio de cuatro empresas canadienses que analiza el caso de la sucesión en empresas fundadas y/o administradas por mujeres. El tercero realiza un estudio longitudinal de una familia mexicana, y sus negocios, en un período de tres generaciones.

Cada una de las tres secciones siguientes está estructurada presentando una pequeña introducción al estudio, los principales referentes del marco conceptual, un análisis del proceso de recolección y procesamiento de datos, un recuento de los principales hallazgos y, finalmente, los límites y alcances de cada estudio.

**1. Siete empresas familiares en Francia (Mouline:2000a).** Este estudio aborda la problemática de la sucesión en siete empresas familiares no cotizadas en bolsa; diferencia la sucesión de la dirección del negocio, propiamente dicha, de la mera transmisión patrimonial.

1.1. Marco conceptual. La sucesión se encuentra muy ligada a un conjunto de actitudes y valores. En las empresas estudiadas se pueden apreciar dos sistemas que, aunque sus fronteras no están en ocasiones bien delimitadas, poseen características propias que los hacen diferentes; por un lado el familiar, que se

maneja bajo una lógica afectiva, en donde los lazos familiares constituyen una base importante, y por el otro lado, no menos significativo, un sistema de empresa cuyo principal sustento está definido por una lógica racional instrumental.

En la intersección de estos sistemas aparece la sucesión, la cual tendrá que conciliar y negociar reglas y valores de ambos para que la sucesión pueda darse de manera adecuada y eficaz para todos los involucrados.

Es importante señalar que la sucesión, contrariamente a lo que se piensa, más que un evento, una decisión puntual, es un proceso, lo que hace suponer que se le tiene que dar un seguimiento a través de un lapso determinado. El objeto de este estudio consiste precisamente en entender las modalidades de la sucesión.

1.2. Recolección de la información. En una primera etapa, el autor se dio a la tarea de examinar los diferentes trabajos realizados en torno a dicho tema; posteriormente se optó por una investigación cualitativa, dada la importancia de conocer las vivencias de los diferentes actores en el proceso de sucesión, así entonces se consideró a la historia de vida como un recurso metodológico útil para el objetivo de la investigación. De acuerdo con Bertaux<sup>21</sup>, la historia de vida es una demanda explícita de un investigador, frente a frente, que evoca sucesos en el transcurso de una vida y que se interpreta como un dato objetivo, productor de sentido. La historia de vida es una combinación de exploración y preguntas en un diálogo con el informante.

La muestra estuvo conformada por siete empresas familiares, tomando como criterio, entre otros, la propiedad y la dirección en manos de una misma familia. En cuanto a las historias de vida se realizaron trece, entre las cuales se encuentran predecesores, sucesores y asalariados. La pregunta principal que iniciaba y guiaba la historia era: “¿Puede contarme la manera de cómo se llevó a cabo la sucesión en su empresa? Después de grabadas las conversaciones, éstas fueron transcritas y posteriormente se procedió a su estudio por medio de un análisis temático. La relación entre la información y la teoría, dice el autor, es indispensable, la existencia

---

<sup>21</sup> Citado por Mouline (2000b)

de ambos es interdependiente. Como ya se indicó, el proceso de sucesión se encuentra muy ligado al tiempo y resulta por lo tanto necesario darle un seguimiento cuidadoso, lo que justifica de cierta manera la utilización de la historia de vida.

1.3. Resultados principales. Los elementos clave encontrados fueron el proceso de socialización primario, generado en la familia y en la escuela, así como el secundario, generado en la empresa; ambos identifican al sucesor potencial. En el caso de las vivencias de un niño –futuro sucesor-, éstas se desarrollan en un contexto donde se mezclan la familia y el trabajo en la empresa. Desde este punto de vista las fronteras de la empresa no se encuentran claramente definidas, se entrelazan ambos espacios sociales. En la misma dirección que se presenta la socialización se da el aprendizaje, elemento esencial para una sucesión adecuada<sup>22</sup>. De acuerdo con la literatura administrativa, una restricción importante para las organizaciones es su propia *supervivencia*, entendida como un aspecto económico y de gestión; en el caso de las empresas familiares, además de lo anterior, aparece el concepto de *perpetuidad*, que evoca más la idea de mantener vivo el nombre de la familia, de asegurar que lo hecho por el predecesor, no sólo se va a continuar sino se va a realzar por parte del sucesor.

El trabajo de duelo<sup>23</sup> adecuado realizado por el predecesor, contribuye a que el proceso de sucesión se desarrolle de manera más natural y menos difícil para todos los miembros involucrados. La sucesión puede analizarse como un proyecto de gestión estratégica, situado en un contexto complejo, con el principal objetivo de mantener la perpetuidad de la empresa familiar.

---

<sup>22</sup> Cabe recordar el proceso de transmisión del conocimiento de Nonaka y Takeuchi (1999). La etapa de socialización es en la que el conocimiento se transmite de manera implícita. El aprendizaje se presenta por medio de la imitación. El futuro sucesor observa lo que realiza el predecesor y va aprendiendo de manera implícita.

<sup>23</sup> De acuerdo con Mouline (2000a), el duelo corresponde a “un estado afectivo doloroso provocado por la muerte de un ser amado. El duelo significa el período siguiente a la pérdida. Hablando de sucesión, el duelo está constituido por la pérdida de la empresa. El trabajo de duelo es el conjunto de operaciones mentales que realiza el individuo para aceptar la pérdida”. pp. 213-214.

En el Cuadro 30 se muestran los elementos clave de la sucesión, relacionados con las reglas y valores en los ámbitos familiar y empresarial, recordando que la separación entre ambos no es siempre nítida y que, por lo tanto, algunas reglas y valores pueden ser compartidos.

Cuadro 30. Elementos clave en la sucesión. Reglas y valores de la familia y de la empresa

Elementos clave en la sucesión	Reglas y valores en la	
	Familia	Empresa
Socialización	Afectividad Aptitudes (saber hacer) Deseo de perpetuidad Deseo de trabajar	Relaciones de trabajo Deseo de supervivencia Conocimiento profundo de clientes, proveedores y empleados Aprendizaje
Selección	Reducción del nepotismo Reducción de la primogenitura Armonía familiar Equidad y equilibrio	Dirigente competente Buena calificación Alto consenso Legitimidad para ejercer el poder Respeto y confianza
Visión	Trabajo de duelo terminado Deseo de delegar la autoridad Trabajo y fidelidad Rechazo al fracaso Envidias	Autonomía de gestión Deseo de ser líder en el sector Nuevos mercados y productos Ajustes a la gestión para asegurar la supervivencia Visión estratégica Satisfacción de clientes, empleados y proveedores Cambio gradual Buena comunicación Adhesión de los miembros

Fuente: elaboración propia

Por otro lado, es importante señalar que la sucesión familiar presenta ventajas importantes al mismo tiempo que algunas limitaciones para el buen funcionamiento de la empresa. (Cuadro 31)

Cuadro 31. Elementos clave en la sucesión. Ventajas y limitaciones

Elementos clave en la sucesión	Ventajas	Limitaciones
Socialización	El futuro sucesor aprende directamente del predecesor y puede repetir el modo de actuar	El sucesor se puede sentir limitado en su actuación. Se siente comprometido a seguir la misma forma de gestión, inhibiendo su creatividad
Selección	Al pertenecer a la misma familia, es más fácil que continúe y busque la prosperidad del negocio. Los lazos familiares pueden asegurar la buena actuación del sucesor	La selección se limita a los miembros de la familia. En ocasiones, la falta de aspirantes adecuados conlleva a una mala elección del sucesor
Visión	El sucesor conoce la trayectoria de la empresa y podrá suponer lo pertinente a realizar. Se ha relacionado medianamente con los clientes, proveedores y empleados.	El sucesor se encuentra tan arraigado a la empresa; la ha interiorizado tanto, que pueden pasar desapercibidos algunos sucesos importantes

Fuente; elaboración propia

1.4. Alcances y limitaciones. El método cualitativo elegido para el desarrollo de este tipo de investigación resulta pertinente, dadas las características de la sucesión y lo que se pretendía conocer. La historia de vida es un recurso metodológico que proporciona al informante cierta flexibilidad y libertad para expresarse; al investigador le permite descubrir los elementos esenciales del tema investigado e irse adheriendo a ellos. Además de la búsqueda de investigaciones realizadas en torno a la sucesión, no se menciona haber utilizado otros medios de recolección de datos. Así, una revisión documental que incorporara el análisis de diversos textos, como actas, cartas, reglamentos, hubiera permitido una reconstrucción de los hechos que considerara otros aspectos importantes de las empresas tales como las implicaciones de pertenecer a tal o tal sector, su salud económica o las alianzas estratégicas realizadas.

Además, en cuanto a los datos de las empresas seleccionadas, como motivo de sucesión, lazos con el sucesor, edad del sucesor, fecha de creación de la empresa, entre otros, poco se retomó posteriormente para explicar el fenómeno de la sucesión.

**2. Cuatro pequeñas empresas familiares fundadas y dirigidas por mujeres en Canadá (Cadieux et al: 2000).** Los autores comentan que en el contexto de los pocos estudios de sucesión en pequeñas empresas familiares en Canadá, los referentes al papel que juega el género femenino en este proceso son sumamente escasos. (Cuadro 32)

2.1. Marco conceptual. Los autores definen una empresa familiar como aquella cuyo control reside en un miembro de la familia, el cual tiene la firme voluntad de transmitir la empresa a un miembro de la generación siguiente. Aceptan, al igual que en el caso anterior que la sucesión es un proceso, de duración diversa, el cual es dividido en cuatro etapas. La pregunta principal de investigación es la de conocer cuáles son las modalidades de la sucesión en este tipo de empresas cuando han sido fundadas y/o administradas por mujeres. La manera de responder a esta pregunta es mediante el contraste de los resultados de esta investigación con los obtenidos en otros trabajos realizados previamente por otros investigadores y donde la muestra tomada está formada principalmente por hombres.

2.2. Recolección de la información. La búsqueda de información se realizó en dos bancos de datos, correspondientes al Centro de Investigación Industrial de Québec y al de la Escuela de Altos Estudios Comerciales. Los autores detectaron 69 casos que cumplían con los requisitos para el estudio. Después de contactar personalmente a las dirigentes, sólo encontraron respuesta positiva en 4 empresas, siempre y cuando se les asegurara el anonimato.

La recopilación de la información se realizó utilizando básicamente la entrevista semi-dirigida y el análisis documental. Se estableció un guión para la entrevista. Además de las fundadoras, en tres casos se pudo entrevistar al sucesor. Las

entrevistas fueron grabadas y transcritas. Se utilizó el programa *Atlas.ti* para el procesamiento de la información, lo que presupone la aceptación de los principales supuestos desarrollados por Strauss y Corbin (1990) en su *Grounded Theory*<sup>24</sup>.

2.3. Resultados principales. No se detectó diferencia alguna entre la sucesión realizada por los hombres y las mujeres fundadores. Las empresas estudiadas conocieron una etapa anterior a la familiar; en un principio no existía la intención de transmitir la administración y la propiedad a los descendientes. Los autores llaman a esta etapa empresarial ya que los criterios que se aplican corresponden al ámbito profesional. El carácter verdaderamente familiar de la empresa es posterior, éste es desencadenado por una serie de eventos:

Cuadro 32. Sucesión y dinámica familiar. Estudio de cuatro empresas

<b>Empresa</b>	<b>Dinámica familiar</b>	<b>Evento</b>	<b>Resistencias</b>
<b>A</b>	La fundadora presenta una alta centralidad del trabajo, tiene pocas distracciones fuera de este ámbito. Experiencias empresariales conyugales anteriores e implicación de los hijos desde temprana edad, incluso en fines de semana y vacaciones. Buena comunicación y confianza entre todos los miembros de la familia	La muerte del esposo provoca la integración de los hijos a la empresa. Poco después transfiere las acciones de la compañía a sus cuatro hijos, tres de los cuales están involucrados realmente en el negocio.	La resistencia principal proviene de actores externos. Las instituciones que financian parte importante de la actividad están inquietos acerca de la elección del sucesor.
<b>B</b>	Existe un alto involucramiento de la familia extendida en el negocio. Participan el esposo, los hijos, los abuelos, los primos y otros parientes. Sin embargo, existen fuertes problemas de comunicación entre el padre y el hijo que ha sido seleccionado como sucesor, adoptando la madre el papel de mediadora	Un accidente grave que sufre el hijo menor motiva que éste se involucre más en la empresa, en la cual participaba sólo de manera esporádica. Después de incorporarse de tiempo completo, expresa su intención de	La principal fuente de resistencia proviene del mismo núcleo familiar. El padre es el principal obstáculo para la sucesión.

<sup>24</sup> La propuesta de estos autores es que la teoría se desarrolla a partir de los datos; ello implica una aproximación de tipo inductivo que va de lo específico a lo general; su trabajo se inscribe en la tradición cualitativa. Un programa de cómputo se ha desarrollado en apoyo a este planteamiento de Strauss y Corbin (1990), el Atlas.ti, que facilita el trabajo de estructuración teórica.

	entre ambos.	ser el sucesor.	
<b>C</b>	La dirigente de la empresa presenta fuertes intereses fuera de la empresa y tiene la intención de retirarse para dedicarse a otras actividades. Esta mujer ha separado su vida como empresaria de su vida familiar, lo que provoca diferencias importantes entre ella y su hija, sucesora en el ámbito de la empresa, confundándose frecuentemente los roles.	Al final de la formación académica, los hijos se integran a la vida empresarial. Ello coincide con la apertura de nuevos puestos de dirección en la compañía.	Los actores que se manifiestan más abiertamente contra el proceso de sucesión son los mandos medios del departamento de producción, quienes habían desarrollado fuertes lazos con la fundadora.
<b>D</b>	Esta dirigente ha diferenciado, desde el nacimiento del hijo único, ambos ámbitos, el familiar y el empresarial. La incorporación del sucesor en la empresa no ha sido clara debido, como en el caso anterior, a la ambigüedad de los roles.	Al final de la formación académica, los hijos se integran a la vida empresarial. Ello coincide con la apertura de nuevos puestos de dirección en la compañía.	Cuando el sucesor entra de tiempo completo a la empresa se desata una fuerte resistencia por parte del personal; sin embargo, ésta se ve disminuida conforme avanza el tiempo.

Elaborado con base en Cadieux et al (2000).

2.4. Alcances y limitaciones. Si bien el trabajo no logra responder a la pregunta principal de investigación, a saber, cuáles son las particularidades que asume la sucesión en la pequeña empresa familiar canadiense cuando éstas son fundadas y/o administradas por mujeres, es necesario mencionar que ella aporta elementos importantes para una mejor comprensión del proceso en general. Como lo señalamos en la tabla anterior, la dinámica familiar juega un papel central; la sucesión resulta más fácil de realizarse cuando los dos ámbitos –familiar y laboral– no han sido separados de manera contundente, lo que se refleja en una mayor confianza de la dirigente hacia su sucesor y un mejor clima de trabajo. Por otro lado, cuando las organizaciones fueron fundadas no se planteaba originalmente el problema de la sucesión intergeneracional sino que existe una serie de eventos, algunos dramáticos, que desatan el proceso.

El trabajo no presenta referencia explícita a las entrevistas no dirigidas; estimo que integrar parte de ellas en el texto hubieran permitido al lector otorgar una mayor validez a los argumentos expuestos y verificar el sentido de la interpretación del relato. En este mismo sentido, estimo que hubiese sido importante trabajar con historias de vida, ya que hubiera permitido recopilar una mayor cantidad de información pertinente acerca de la cuestión de género (Pineau y Le Grand: 1993). En esta misma dirección, hubiese sido útil entrevistar también a otros actores, principalmente a otros miembros de la familia, algunos empleados en particular y, de ser necesario, algunos actores externos, tales como proveedores o agencias financiadoras.

Por otro lado, estimo que sería importante realizar una especie de “biografía” institucional, tanto de la familia como de la empresa y encontrar sus coincidencias y contradicciones, lo que permitiría un mejor encuadre del problema de la sucesión.

**3. Una familia de la élite mexicana (Adler y Pérez: 1993)).** Este texto resulta muy interesante; trata de la historia de una familia, la Gómez, a la cual las antropólogas le hacen un seguimiento de cerca de 150 años. Relatan sus orígenes desde 1800 y dan cuenta de los cambios sufridos a lo largo del tiempo. Toman como base de estudio el parentesco, al cual le atribuyen tanto una funcionalidad cultural como económica y política, es decir, constituye la síntesis entre la vida racional y la vida simbólica y afectiva. La familia Gómez –bajo seudónimo- es estudiada en su versión extensa, la cual incluye cinco generaciones. Este concepto de familia intergeneracional es el verdadero objeto de estudio. La familia comparte diversos rasgos culturales con amplios sectores de la población, como aquellos derivados del sincretismo religioso, pero que a la vez establece diferencias que le remiten a una identidad propia, como algunas ceremonias seculares; además, los mitos y los ritos al interior de este grupo se modifican con el tiempo para adaptarse a nuevas situaciones.

3.1. Marco conceptual. La familia constituye, en el contexto cultural y temporal abordado, la referencia más importante para el individuo, está incluso por encima de

él, destacándose el interés colectivo y la solidaridad como valores fundamentales. Dado el carácter burgués de la familia bajo estudio, la solidaridad no se basa en la cercanía física ni en el intercambio de bienes y servicios personales –cuidado de los hijos o comida, por ejemplo, como sucede frecuentemente con las familias de pocos ingresos-, sino que se expresa de una manera moderna a través de los medios de comunicación actuales, la asistencia a las ceremonias familiares y la participación en los negocios. La familia trabaja con arquetipos generales, tales como la abuelita, el tío rico, la oveja negra, el bueno para nada, entre otros, y reformula algunos otros como el de su propia familia al reconocer, y revalorar, en este caso específico, su origen indígena. El aspecto más dinámico lo constituye el económico, al cual se le da respuesta de manera diversa, mediante la elaboración de distintas estrategias; lo que permanece en el fondo, incuestionable, es la relación de parentesco. Ello ha impedido a esta familia realizar un ajuste organizacional fundamental: la constitución de empresas conformadas bajo la figura de sociedad anónima, dado el riesgo de pérdida de control (Berle y Means: 1968), pero también, hay que señalarlo, de pérdida de un espacio básico de relaciones simbólicas.

Los Gómez, asentados en un pequeño poblado del Estado de Puebla, en los inicios del siglo XIX, eran de origen criollo, e incluían entre su ascendencia remota a San Felipe de Jesús. De los descendientes de Pedro Gómez, los hombres –cuatro- se dedican al comercio y a la industria, las dos actividades más rentables en aquella época en Puebla, mientras que las mujeres –cuatro- ingresan al convento –se desconoce la historia de una de las hijas-. En pocos años, esta generación se instala en las altas esferas de la capital estatal, por el esfuerzo individual, pero siempre apoyándose mutuamente en la red ampliada del parentesco.

3.2. Recolección de la información. Los datos de este libro, publicado originalmente en inglés en 1987, comenzaron a ser recopilados, de acuerdo con las autoras desde 1971, cuando ambas eran todavía estudiantes. El suceso que desencadenó la intención de realizar una investigación a profundidad de esta familia fue el encuentro

con un informante privilegiado, una joven perteneciente a la familia que se encontraba dispuesta a proporcionar información. Los datos se recogieron durante varios años; se acudió al uso de entrevistas grabadas, registros parroquiales, chismes, información periodística y de revistas y material consultado en distintos archivos. De igual manera, la observación participante permitió complementar esta recolección de datos. La información más abundante se logró recopilar de las ramas familiares más acomodadas, quedando algunas lagunas con respecto a las más desafortunadas. Si bien los marcos analíticos que guiaban la estructuración e interpretación de esta información fueron originalmente de orden económico y micro, con el procesamiento de ésta el marco se fue haciendo más amplio y de tipo histórico y cultural. Todos los miembros de la familia permanecen en el anonimato.

3.3. Resultados principales. El período revolucionario y el posterior a éste, trajo consigo cambios importantes, tanto en lo referido al tipo de alianzas como en el surgimiento de nuevos actores, como profesionistas, intelectuales, políticos, pequeños industriales, es decir, se asiste al establecimiento de una clase media urbana. Debido a la Revolución de 1910, los negocios de los Gómez empiezan a trasladarse hacia la ciudad de México, abandonando las haciendas y levantando nuevos negocios, propios de la ciudad. Mamá Inés, la mamá de don Leopoldo, uno de los principales industriales, continuaba siendo el centro de la vida familiar, tanto desde el punto de vista ritual como emocional. Esta figura materna era la encargada de cuidar y transmitir los valores familiares. Cuando su edad no se lo permitió más, entregó la estafeta a hijas y nietas; muere en 1966, a la edad de 92 años. Conforme la familia seguía creciendo, ésta comenzó a fragmentarse, estableciéndose diferencias importantes entre sus miembros, como las provenientes de su situación económica, lo que motivó la creación de ramas familiares.

La década de los cuarenta marca el inicio del proceso de industrialización en el país. México conoció entonces un gran crecimiento económico, conocido como el *Milagro Económico*, que permitió un amplio desarrollo de diversos negocios bajo el

proteccionismo del Estado. Este periodo se extiende hasta principios de los años ochenta. Los Gómez seguían creciendo; para 1978 eran ya 360 adultos. Varias ramas principales de la familia se constituyen a partir de la tercera generación: los acaudalados, los conservadores, los políticos, la de las hijas, los patrones de residencias, los profesionales y los parientes pobres. Pese a esta fragmentación, la familia Gómez logró conservar cierta unidad a través de tres mecanismos aglutinantes: las empresas, las mujeres –guardianas del ritual y la ideología- y la actividad masculina individual destacada, principalmente en la industria.

El trabajo relaciona de manera muy pertinente los grandes rasgos de la historia del país con la vida de una familia a lo largo de cinco generaciones. Podríamos decir que la familia es un lugar privilegiado de la sociedad mexicana, en donde los valores y rituales –generales y particulares-, dan sentido y dirección al proceso de modernización por el que ha atravesado el país en los 150 años que abarca el estudio.

A continuación se expone el caso de la primera sucesión importante, la realizada a la muerte de Leopoldo Gómez, en la segunda parte de los años veinte del siglo pasado. Este personaje era nieto de don Pedro y se trasladó a la Ciudad de México, donde logró hacerse de una fortuna considerable. Para 1909, era dueño de varias fábricas textiles, aserraderos, bancos, compañías de seguros, de bienes raíces y poseía acciones en diversas empresas mineras, industriales y comerciales. Se asociaba tanto con inversionistas mexicanos, incluido el clero, como extranjeros. Si bien no era el hijo mayor, si el más próspero, por lo que trasladó a parte de la familia a su nueva ubicación geográfica, trayendo, entre otros, principalmente a su madre, Mamá Inés. Poco a poco los parientes fueron llegando a la Ciudad de México y se asentaron cerca de la casa de don Leopoldo. Este tuvo, como era costumbre en la época, una amplia descendencia: dos hijos y cinco hijas. A su muerte, bastante mermada su fortuna por los conflictos sociales de la época, el hijo mayor recibió la empresa principal y el hijo menor la que le seguía en importancia. Dos de sus hijas recibieron empresas menores para que fueran administradas por los correspondientes yernos y las otras tres obtuvieron casas y otros bienes raíces. En el Cuadro 33 se expresan

algunos aspectos que consideramos relevantes para la comprensión de la sucesión intergeneracional:

Cuadro 33. Sucesión intergeneracional. Dinámica familiar y empresarial

<b>Dinámica familiar</b>	<b>Dinámica empresarial</b>	<b>Sucesión-Herencia</b>	<b>Consecuencias</b>
La familia no es considerada en su expresión nuclear sino extendida e intergeneracional. Existe una doble división del trabajo, una de género y otra económica. Los hijos, primos, sobrinos y yernos son incorporados a las empresas mientras las mujeres se encargan de los distintos rituales familiares y religiosos. Los parientes más pobres son incorporados en puestos no directivos.	Los familiares más cercanos participan de los puestos más importantes. La confianza y solidaridad de la familia es transferida al ámbito de los negocios. La necesidad de control, sobre todo en época de crisis resulta importante. Si bien el negocio es considerado como un terreno económico también constituye una manera para cumplir con los deberes familiares, como por ejemplo, asegurar un buen festejo ante la boda de una hija.	Existe una observancia a la regla tradicional de que el hijo mayor, independientemente de sus competencias recibe la mayor herencia y las hijas la menor parte ya que los yernos son los responsables de las nuevas familias nucleares. Los dos hijos resultan buenos empresarios y hacen crecer nuevamente la fortuna familiar.	Una estratificación y fragmentación se da a nivel familiar. La solidaridad ya no abarca a toda la familia. Las distancias geográficas y económicas provocan la aparición de diversas ramas que conocen problemas serios de comunicación.

Elaborado con base en Adler y Pérez (1993)

3.4. Alcances y limitaciones. Considero que en este apartado resulta válido e importante hacer una distinción general entre el formato de un libro y de un artículo. Si bien ambos son mecanismos relevantes para transmitir los resultados de una investigación, se basan en formatos distintos y por lo tanto enfatizan algunos aspectos de la investigación en detrimento de otros. El artículo de investigación enfatiza más la parte metodológica y se abre más al debate; señala de manera más clara cuáles son sus alcances y limitaciones. Por otro lado, el libro de investigación enfatiza más los resultados en detrimento de la metodología. Los resultados son presentados *in extenso* mientras que la estrategia metodológica es simplemente mencionada en sus grandes rasgos.

En este contexto, podemos decir que el libro es generoso en los detalles y el análisis pero aporta pocos elementos para llevar a cabo una reconstrucción metodológica del

estudio. Así, si un investigador quisiera retomar los fundamentos metodológicos para realizar una actualización de la investigación, con el fin de detectar los cambios sociales en un periodo dado, se enfrentaría a una serie de problemas casi irresolubles. La opción es un re-estudio –*restudy*– (Davis y Charles:2002)<sup>25</sup>, como forma alterna al estudio longitudinal. El re-estudio se realiza cuando sólo se disponen de los datos publicados y no existe posibilidad de incorporar al menos a un miembro del grupo original de investigadores.

---

<sup>25</sup> Davies y Charles (2002) realizan un re-estudio de varias familias para constatar los cambios socio-culturales en una comunidad; lo realizan a través de cuestionarios y estudios de tipo etnográfico, estandarizados.

# **SEGUNDA PARTE**

## **LA PEQUEÑA CLINICA FAMILIAR**

## **V. Discusión metodológica**

### **1. La investigación cualitativa**

Si tomamos como punto de partida que el objetivo de las Ciencias Sociales es, en general, la explicación de diversos fenómenos sociales y que, de acuerdo con Weber (1970), es la comprensión de la acción social con sentido, podemos decir, parafraseando a Schutz (1995), que su objetivo es entonces conocer la interpretación de las acciones de los individuos y de los sentidos que éstos les atribuyen; interpretar las interpretaciones, parafraseando a Geertz (1973). Así, el sentido de la acción se erige como el eje orientador de todo análisis social. Sin embargo, este sentido no es siempre claro y el investigador se contentará en ocasiones sólo con algunos indicios, y en otras logrará adentrarse más en el fenómeno estudiado. Tanto la orientación interpretativa de la investigación como el hecho de trabajar con indicios interpretativos más que con datos objetivos nos conduce a pensar que el objetivo de la ciencia social no es, como presumiblemente lo creía el positivismo, la búsqueda de la verdad, sino la explicación verosímil, aceptada por una cierta comunidad académica. La búsqueda del significado se da siempre en un contexto particular, que debe ser reconstruido por el investigador. Es decir, el significado cambia constantemente, de acuerdo con la situación particular de la acción.

Rodríguez Gómez (1996) nos presenta el desarrollo histórico que ha seguido la investigación cualitativa, principal vía de acceso al sentido de los actores. Esta parte de los inicios del siglo XX hasta la fecha, recuenta a través del tiempo, los diferentes métodos que se fueron utilizando, desde la observación participante, encuestas sociales, historias de vida y entrevistas a profundidad o semi-estructuradas. También señala cómo las ciencias sociales como la Antropología, aporta el concepto de cultura a la investigación, mencionando el trabajo de Malinowski (1984) como un nuevo estilo de hacer etnografía: participación, observación e interrogación. Las aportaciones de la Escuela de Chicago, anteriormente ya mencionada, como la observación participante, la entrevista en profundidad y los documentos personales, eran técnicas relativamente comunes entre los investigadores cualitativos. Pasada esta etapa de consolidación, desde 1944 hasta los años setenta, surge una nueva

generación de investigadores que desarrollan nuevas teorías interpretativas, como la Etnometodología, la Fenomenología, la Teoría Crítica, entre otras. Entre los años 70 y 80 se dispone de una gama de paradigmas, métodos y estrategias como el Interaccionismo Simbólico hasta el Constructivismo. Las estrategias van desde la Teoría Fundamentada (*Grounded Theory*) –Glaser y Strauss (1967)- hasta los estudios de caso –Yin (1994)-. Se dispone de diferentes formas de recoger y analizar los materiales empíricos como entrevistas, observación, documentos, entre otros. Para los 80s se presenta una ruptura entre los investigadores; la investigación se hace más reflexiva y se introducen cuestiones de género, raza y clase. Al momento actual la investigación cualitativa se presenta dentro de un campo interdisciplinario, atravesado por la Antropología, la Sociología, la Filosofía, la Administración y la Psicología, entre otras.

Si bien la metodología cualitativa conoce ya una larga historia en las Ciencias Sociales, su uso es más reciente en los Estudios Organizacionales. Ello puede ser explicado, al menos parcialmente, por los siguientes hechos: a) La incorporación de ciertos temas provenientes de disciplinas diversas –cultura, lenguaje, vida simbólica, poder, etc., provenientes de diferentes esferas disciplinares –Ciencia Política, Sociología, Antropología y Filosofía, entre otros-; b) el derrumbe de las promesas realizadas por el positivismo que venían a reforzar el carácter autoritario de las organizaciones y, por otro lado, su baja eficacia y eficiencia; y c) la necesidad de contar con herramientas teórico metodológicas que dieran cuenta de las especificidades de realidad locales más acotadas.

En esta dirección, las herramientas propias de la investigación cualitativa, tales como la observación participante, la entrevista, la historia de vida, la narrativa y el análisis de contenido (Ruiz Olabuénaga: 1999) son retomadas por los Estudios Organizacionales, junto con las nuevas propuestas teóricas que las originaron, tales como el Constructivismo Social y el Interaccionismo Simbólico. La investigación cualitativa ha traído también modificaciones en cuanto a la formación misma de los investigadores ya que a diferencia de la investigación de tipo cuantitativo, mediante

cuestionarios, el investigador requiere no sólo poseer los conocimientos teóricos o metodológicos sino también desarrollar una serie de habilidades para ver, escuchar y leer de manera diferente a como se está acostumbrado a hacerlo.

Sin duda alguna, una de las herramientas más importantes es la entrevista; ésta constituye un instrumento muy importante para los investigadores con inclinación cualitativa. La entrevista puede ser entendida como un proceso metodológico interactivo cuyo objetivo es la captación de sentido del entrevistado. Constituye un valioso dispositivo para recopilar información; no se trata de un acto espontáneo sino que el investigador debe crear las condiciones para lograr sus objetivos.

De acuerdo con la corriente del Interaccionismo Simbólico, las personas producen sus propias acciones y significados. Las interacciones entre las personas producen necesariamente símbolos, los cuales son estímulos que contienen significados aprendidos. En este marco analítico, el lenguaje representa uno de los sistemas simbólicos más importantes. Los actores sociales están condenados a interpretar continuamente lo que acontece en su contexto y a buscar un sentido en la acción de los otros. Para esta corriente, el sentido es construido continuamente a través de la interacción entre los actores, y la vida cotidiana juega, por lo tanto, un papel central. El entrevistador no debe esperar que el entrevistado sea depositario de la verdad ya que lo único que posee es una interpretación de la realidad; interpretación que servirá para comprender el sentido de sus acciones.

Por otro lado, el enfoque narrativo es quizá uno de los más socorridos recientemente por los investigadores sociales que realizan investigación cualitativa; en éste, la labor de interpretación del discurso es lo más relevante, tomando en cuenta que la dimensión simbólica permanece normalmente en el ámbito de lo latente, es decir, lo no abiertamente manifiesto.

Adicionalmente, la observación resulta otro dispositivo metodológico de primer nivel para la investigación cualitativa. De acuerdo con algunos autores, como Ruiz

Olabuénaga (1999), se sostiene que después de la entrevista, la observación es la segunda manera más utilizada de recoger información. Inicialmente fue utilizada por los antropólogos sociales y culturales; actualmente, se encuentra ampliamente extendida. Se caracteriza por la realización de una observación sistematizada, en grupos o en comunidades, con el objeto de observar su vida cotidiana, fundamentalmente por medio de una estrategia empírica y técnicas particulares de registro. Cabe mencionar que la Etnografía está basada en una observación participante, básica para el trabajo de campo de los antropólogos. Entre las ventajas más importantes se puede mencionar que la recolección de los datos se realiza de manera espontánea, con respecto a otras técnicas como la entrevista y, además, existe una amplia libertad de actuación por parte de los observados.

Nuestro trabajo se basa principalmente en la revisión de la propuesta de Yin (1994) para el estudio de caso. El objetivo del diseño es, una vez planteadas las principales preguntas de investigación, lograr una coherencia lógica entre éstas, la reelaboración teórica, la búsqueda de datos empíricos, su análisis y, finalmente, las conclusiones.

## **2. Preguntas de investigación**

La pregunta central de investigación es la siguiente: ¿cómo se expresan en una misma organización componentes institucionales diversos? Un supuesto básico en esta pregunta, después de la reformulación teórica realizada en el primer capítulo de esta tesis, es que no existe una coincidencia lineal, uno a uno, entre la institución y la organización, es decir, que una organización puede contener en su seno, de manera simultánea, diversas instituciones. En el caso específico de esta investigación, este hecho estaría representado a la vez por la familia, el hospital y la empresa.

La investigación de campo aborda tres procesos principales, en los cuales intervienen de manera importante los tres aspectos institucionales ya mencionados. El primero corresponde a la sucesión en la organización, el segundo hace referencia a la práctica médica y, finalmente, se aborda el caso de una alianza estratégica con una empresa dedicada a los seguros. Dada la orientación actual, suponemos que la

literatura actual los trataría probablemente desde un solo ángulo, es decir, la sucesión como un problema principalmente familiar, la intervención como uno de orden estrictamente médico, mientras que el tercero como de tipo administrativo-estratégico. Sin embargo, nosotros consideramos que las tres dimensiones institucionales se encuentran presentes en los tres procesos –ligados estrechamente también entre ellos-, estableciéndose contradiciendo en ocasiones y reforzando en otras los sentidos que los actores proporcionan, de manera no conciente, a sus acciones, conformando con ello una trama organizacional compleja difícil de comprender a simple vista.

Si bien es cierto como lo mencionan Glaser y Strauss (1967) que es importante realizar la investigación de campo sin “prejuicios teóricos”, es decir, sin tratar de acomodar los hechos a una cierta teoría preestablecida, es importante señalar que esto resulta no sólo imposible sino también poco atinado el intentarlo. Estimo que la propuesta de la Teoría Sustentada debe interpretarse más como una advertencia de precaución para que el investigador se mantenga alerta ante hechos que ocurren en la realidad pero que no han sido bien recogidos por el estado actual de la teoría. La interpretación de estos hechos es precisamente la que permite precisamente enriquecer la teoría.

Es precisamente esta teoría enriquecida uno de los aportes principales de cualquier investigación. Uno de los puntos de mayor discusión acerca del estudio de caso reside precisamente en su capacidad de generalizar algunos de sus principales resultados. Si uno se aboca al caso específico, por ejemplo, el estudio realizado por Latour y Woolgar (1995) acerca del laboratorio, uno podría pensar que el texto que resultó de dicha investigación debería interesar exclusivamente a aquellos otros investigadores que realizan algún trabajo sobre este tipo de organización. Sin embargo, hemos visto que el interés es mucho más generalizado ya que no se trata sólo del caso de la vida cotidiana de un laboratorio sino de las estrategias genéricas para la construcción del conocimiento. Ello nos lleva a pensar que la generalización no obedece sólo a casos donde la metodología cuantitativa, sobre todo de orden

estadístico, permite realizar inducciones sobre una población a partir de una muestra representativa sino que esta posibilidad se abre también un espacio en el caso de la investigación cualitativa, con lo cual nos acercáramos a lo que Yin denomina *generalización analítica*.

### 3. Parámetros del diseño

El autor establece cuatro parámetros para juzgar la calidad del diseño de una investigación en ciencias sociales; éstos se representan en el Cuadro 34.

Cuadro 34. Criterios de calidad de una investigación de campo.

<b>CRITERIOS DE CALIDAD</b>		
Pruebas	Tácticas	Fase de Investigación
Validez de la construcción	Uso de múltiples fuentes de evidencia	Recolección de datos
	Establecer cadena de evidencias	Recolección de datos
	Informantes claves y revisión de borrador	Composición
Validez interna	Asociación	Análisis de datos
	Construcción de la explicación	Análisis de datos
	Análisis de series de tiempo	Análisis de datos
Validez externa	Hacer réplicas lógicas en estudios múltiples	Diseño de la investigación
Confianza	Hacer protocolo del estudio de caso	Recolección de datos
	Desarrollar una base de datos	Recolección de datos

Fuente: Yin (1994)

La validez en la construcción hace referencia principalmente a la recopilación de la información. En este caso se acudió a diversos informantes clave para cada uno de los procesos analizados, así como a la revisión documental y la observación participante. Para cumplir con el requisito de validez interna, se procedió a realizar un análisis basado en los resultados de la reformulación teórica, prestando además especial atención a aquellos aspectos no cubiertos por la propia teoría. En cuanto a la validez externa, este criterio difícilmente aplicaría en un trabajo de tesis doctoral ya

que en estos casos se realiza una sola intervención. Finalmente, en términos de confiabilidad, se documentó el protocolo del estudio de caso y se desarrolló una base de datos, conteniendo, entre otros, las transcripciones de las entrevistas realizadas. Sin embargo, es importante mencionar que con el fin de obtener información confiable se les notificó a todos los informantes que la información que ellos brindaran sería utilizada de manera anónima.

Por otro lado, se consideró pertinente realizar un sólo caso con objeto de checar la reformulación teórica y por constituir, en este sentido, un caso revelador con cierto nivel de generalización analítica.

La recopilación de la información se realizó a través de varias estancias en la clínica médica. Se realizaron diversas notas acerca de la observación, se revisaron diversos documentos y se realizaron diversas entrevistas a los informantes clave. El proceso mismo de investigación, en términos de los resultados parciales que iba arrojando, obligó a realizar algunos ajustes, tanto en el plano teórico como en el metodológico. Esta advertencia prudente hacia la apertura a nuevos hechos, proclamada por la Teoría Sustentada, resultó de gran utilidad.

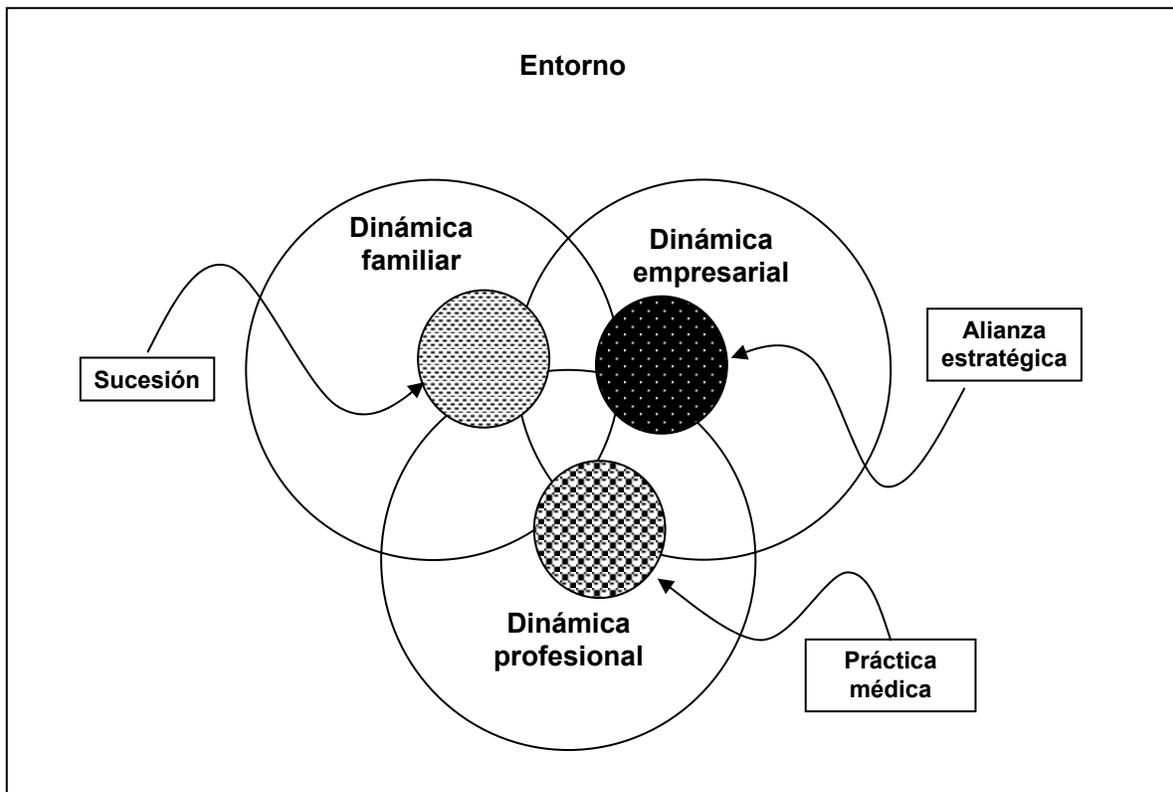
El mismo Yin, propone que entre las habilidades que tiene que adquirir el investigador está precisamente la de ser un buen escucha para no verse atrapado en sus propias preconcepciones, incluso aquellas derivadas de la misma teoría, por ello resulta también importante no asumir acríticamente una teoría ya aceptada sino interrogarla acerca de sus posibilidades y limitaciones, primero dentro del marco de la discusión previa a la realización de la investigación de campo y, posteriormente, a partir del análisis e interpretación de los resultados.

#### **4. Los órdenes institucionales**

Tomando como punto de partida que en la organización bajo estudio conviven tres lógicas institucionales distintas –sujetas a diversos embates del entorno- y, por otro lado, asumiendo la intención de analizar tres procesos fundamentales en la vida de

esta organización, presentamos el Esquema 1. En él hemos ubicado tentativamente los tres procesos que se analizarán, tratando de que su localización corresponda a la importancia de las dimensiones institucionales participantes.

Esquema 1. Dimensiones institucionales y procesos bajo estudio



En el Cuadro 35 presentamos, por otro lado, las preguntas de investigación, por lógica institucional, que nos permitieron construir los guiones de entrevista y orientarnos, en términos generales en la búsqueda de la información. En este cuadro se anotaron también aquellos aspectos relevantes del entorno y los posibles eventos que pudieran haber marcado de manera importante el desarrollo de los procesos bajo investigación.

Cuadro 35. Preguntas de investigación e instrumentos de recopilación de información, por lógica institucional

	<b>Dinámica familiar</b>	<b>Dinámica empresarial</b>	<b>Dinámica profesional</b>	<b>Entorno</b>	<b>Evento</b>
Preguntas de investigación	¿Cuáles son los rasgos principales que caracterizan a la familia y cuáles son trasladados al ámbito empresarial y profesional?	¿Cuáles son las principales características de la empresa y cómo se relacionan con los otros dos ámbitos?	¿Cuáles son las principales elementos de referencia de la práctica médica y cómo éstos son afectados por las otras lógicas institucionales	¿Cómo ha incidido el entorno en la estructura, las decisiones y el funcionamiento de la clínica?	¿Qué eventos han desencadenado la preocupación por la sucesión, la actualización tecnológica de los activos médicos y las decisiones estratégicas?
Análisis documental	Poco pertinente	Análisis de diversos documentos administrativos	Poco pertinente	Análisis de información externa	Poco pertinente
Entrevistas semi-estructuradas	Entrevistas a miembros de la familia que den cuenta de su propia dinámica	Entrevista a empleados y directivos	Entrevistas a médicos y enfermeras	Entrevistas a miembros de otras organizaciones	Fundador, directora administrativa, posibles sucesores y algunos actores cercanos a los procesos
Observación participante	Fundamental para conocer algunos aspectos centrales de la dinámica familiar	Muy relevante para recopilar información pertinente acerca del funcionamiento informal	Muy importante para conocer la dinámica profesional en el momento mismo de la acción	Poco pertinente	Muy importante para captar información adicional

Fuente: Elaboración propia

Las preguntas de investigación que orientarán la construcción de los guiones de las entrevistas semi-estructuradas se basan en las siguientes preguntas, las cuales consideran tanto las dimensiones como los procesos. (Cuadro 36)

Cuadro 36. Preguntas de investigación particulares

	<b>Sucesión</b>	<b>Alianza</b>	<b>Intervención médica</b>
Referentes institucionales	Preguntas de investigación		
Familiar	¿Qué factores familiares han intervenido en la transformación del proceso de sucesión de la clínica?	¿Cómo han reaccionado los miembros de la familia ante esta decisión estratégica?	¿Qué tipo de comportamiento asumen los miembros de la familia en una intervención quirúrgica?
Empresarial	¿Qué variables de tipo racional económico han intervenido en la decisión de la sucesión?	¿Cuáles han sido las principales consideraciones en la toma de decisiones para planear el desarrollo de la clínica?	¿Qué transformaciones de la práctica médica se han tenido que realizar para constituir la alianza?
Médica	¿Qué características profesionales son tomadas en cuenta para la sucesión?	¿Qué ventajas y desventajas presenta la alianza estratégica en términos de la práctica médica?	¿Qué decisiones se han tomado recientemente para fortalecer la calidad del servicio?

Fuente: Elaboración propia

Asimismo, se consideró necesario incluir algunos otros aspectos relevantes de la dinámica de la clínica con objeto de obtener un panorama general más amplio en términos de los motivos de su fundación, su desarrollo histórico, los principales problemas que enfrenta, las modalidades específicas de resolución, los planes en el futuro de corto y mediano plazo, así como algunos otros aspectos generales. Para ello resulta importante interrogar a los actores tanto en lo concerniente a su propia persona como a nivel familiar y de la clínica. Algunos de estos aspectos de investigación fueron incorporados en el conjunto de las entrevistas, como se muestra en el Cuadro 37.

Cuadro 37. Recopilación de información, por informante

Informantes	Nivel		
	Individual	Familiar	Clínica
Doctor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivos de elección de la carrera</li> <li>• Residencia</li> <li>• Elección de la especialidad</li> <li>• Trayectoria profesional</li> <li>• Motivos para fundar el consultorio y la clínica</li> <li>• Expectativas a mediano plazo de la clínica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fechas de integración y crecimiento</li> <li>• Integrantes de la familia nuclear</li> <li>• Integrantes de la familia extendida</li> <li>• Formación de la esposa y de los hijos</li> <li>• Elección de carrera de los hijos</li> <li>• Principales desacuerdos familiares</li> <li>• Características de la relación familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fundación</li> <li>• Estructura</li> <li>• Principales actividades</li> <li>• Etapas de desarrollo</li> <li>• Régimen de propiedad</li> <li>• Planes futuros</li> <li>• Mayores satisfacciones</li> <li>• Obstáculos</li> <li>• Expectativas no alcanzadas</li> <li>• Principales problemas de la clínica</li> <li>• Participación de la familia en la toma de decisiones</li> </ul>
Esposa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Características de su propia familia</li> <li>• Formación</li> <li>• Trayectoria profesional</li> <li>• Motivos para fundar el consultorio y la clínica</li> <li>• Expectativas a mediano plazo de la clínica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carácter de los hijos</li> <li>• Elección de carrera de los hijos</li> <li>• Características de la relación familiar</li> <li>• Principales desacuerdos familiares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funciones</li> <li>• Planes futuros</li> <li>• Mayores satisfacciones</li> <li>• Obstáculos</li> <li>• Expectativas no alcanzadas</li> <li>• Principales problemas de la clínica</li> <li>• Participación de la familia en la toma de decisiones</li> </ul>
Hijos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivos de elección de la carrera</li> <li>• Residencia</li> <li>• Elección de la especialidad</li> <li>• Trayectoria profesional</li> <li>• Expectativas a mediano plazo de la clínica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Principales desacuerdos familiares</li> <li>• Características de la relación familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha de integración</li> <li>• Principales actividades</li> <li>• Participación de la familia en la toma de decisiones</li> <li>• Planes futuros</li> <li>• Mayores satisfacciones</li> <li>• Obstáculos</li> <li>• Expectativas no alcanzadas</li> <li>• Principales problemas de la clínica</li> <li>• Participación de la familia en la toma de decisiones</li> </ul>
Enfermeras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación</li> <li>• Trayectoria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación con la familia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha de integración</li> <li>• Principales experiencias</li> </ul>
Ayudante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación</li> <li>• Trayectoria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación con la familia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha de integración</li> <li>• Principales experiencias</li> </ul>
Nueras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporación a la familia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha de integración</li> <li>• Principales</li> </ul>

		• Principales experiencias	experiencias
--	--	----------------------------	--------------

Fuente: Elaboración propia

La investigación de campo se inició en enero de 2004, realizando algunas visitas de tipo exploratorio, cuyo objetivo era exponer al director de la clínica el proyecto de trabajo, solicitar su autorización para efectuar la investigación y obtener algunos datos generales acerca de la organización. Posteriormente, se inició una serie de visitas a nivel de observación con el fin de ir conociendo a los miembros, tanto familiares como no familiares de la clínica, a nivel individual, en el desempeño de sus funciones y la interacción entre ellos. También se tuvo oportunidad de conocer y conversar con diversos pacientes y proveedores, y aunque ambos no estaban contemplados como actores para ser entrevistados, proporcionaron datos interesantes tanto para confirmar la información obtenida como para formular algunas de las preguntas. El testimonio de esta etapa se encuentra reflejado en una serie de notas de campo.

Estos primeros acercamientos dieron como resultado el ajuste o, en su caso, la elaboración de los guiones para la primera ronda de entrevistas. En el primer año (2004) se entrevistaron de manera individual a la familia nuclear: el padre, la madre y los dos hijos, así como a tres enfermeras, un empleado de rayos X y uno de aseo. El lugar de la entrevista fue elegido por ellos; en el caso de la directora y la persona del aseo se llevaron a cabo en la casa; mientras que todos los demás en diferentes lugares de la clínica, como en consultorios, sala de espera, recepción, cuarto de hospitalización y jardín. Una vez grabadas y transcritas las entrevistas se procedió a su análisis, lo que dio como resultado un esquema interpretativo formado por tres ámbitos institucionales.

Para el segundo año (2005), se efectuó otra serie de entrevistas, cuyos guiones estaban encaminados a cuestiones más específicas, a puntos que de acuerdo con las primeras entrevistas habían quedado poco abordados. Se entrevistó nuevamente a la familia nuclear, y en esta ocasión se entrevistaron a las dos nueras y al médico

responsable de la aseguradora, con la cual la clínica estableció una alianza; también se entrevistaron a dos enfermeras más. El lugar de las entrevistas fue variado, el hijo mayor y su esposa fueron contactados, de manera separada, en su consultorio privado en México; la otra nuera en su casa en Cuautla; una de las enfermeras en el domicilio de un paciente, mientras ella realizaba una guardia; los demás en la clínica.

Como puede apreciarse, durante el tiempo que duró la investigación de campo se realizaron varias estancias con el fin de realizar las entrevistas, obteniendo al final diecisiete entrevistas con un tiempo de duración variable entre ellas, que oscila entre una hora y media, y cuarenta y cinco minutos cada una.

Entre las estancias de observación, es importante destacar, en el terreno médico, la asistencia a cirugías en el quirófano, a curaciones, a sesiones de rehabilitación o a consultas a domicilio; en el terreno familiar o social, la invitación a comidas de familia, festejo de cumpleaños de los empleados en la clínica y otros eventos de índole similar.

## **VI. Estudio de caso. La pequeña clínica de tipo familiar**

### **1. Datos generales**

#### **a) Datos generales de la organización**

La organización es una pequeña clínica<sup>26</sup> familiar especializada en traumatología y ortopedia. Se encuentra ubicada en la ciudad de Cuautla, estado de Morelos. Esta se fundó originalmente como consultorio en 1981 y con el transcurso del tiempo ha ido creciendo. A los pocos años de haberse fundado el consultorio, se construyó un quirófano y algunos cuartos para hospitalización. Años más tarde, se hizo un primer piso, el cual incluye un quirófano moderno y más cuartos, bien equipados. La clínica se encuentra ubicada en el mismo terreno que la casa. Cabe mencionar que el terreno ocupa una extensión amplia, de aproximadamente 2,000 mts<sup>2</sup>, lo que permite la delimitación física de ambos espacios.

En la clínica trabajan aproximadamente quince personas, entre médicos, enfermeras, administradores y personal de apoyo. La clínica está dirigida por su propietario, quien se encarga básicamente de los aspectos relacionados con la medicina; por otro lado, la parte administrativa está a cargo de la esposa del director. Laboran en ella sus dos hijos, médicos ambos –las nueras, médicos también, laboran eventualmente en la clínica-, así como cerca de seis enfermeras, dos personas encargadas del aseo y un asistente de rayos X. De manera esporádica, colaboran también algunos otros médicos, tales como anesthesiólogos, cardiólogos u otros especialistas.

La clínica atiende a diversos pacientes en las modalidades principalmente de consulta, cirugía y rehabilitación. Los pacientes pertenecen generalmente a la clase

---

<sup>26</sup> Si bien no existe un consenso generalizado acerca del uso de diversos términos, utilizaremos los siguientes en este trabajo. El consultorio es referido generalmente como el establecimiento médico que presta atención externa, de consulta, aunque también puede abarcar actividades simples de curación que no implican la hospitalización, internación, del paciente. Por otro lado, si bien la clínica puede ser considerada más bien una práctica médica que implica la cercanía con el paciente, también sirve para referirse a un pequeño establecimiento que brinda hospitalización. El hospital, finalmente, resulta un establecimiento más grande que la clínica y se caracteriza por tener diversas especialidades médicas, y, en el caso de hospitales públicos de cierta importancia, proporcionar enseñanza e investigación.

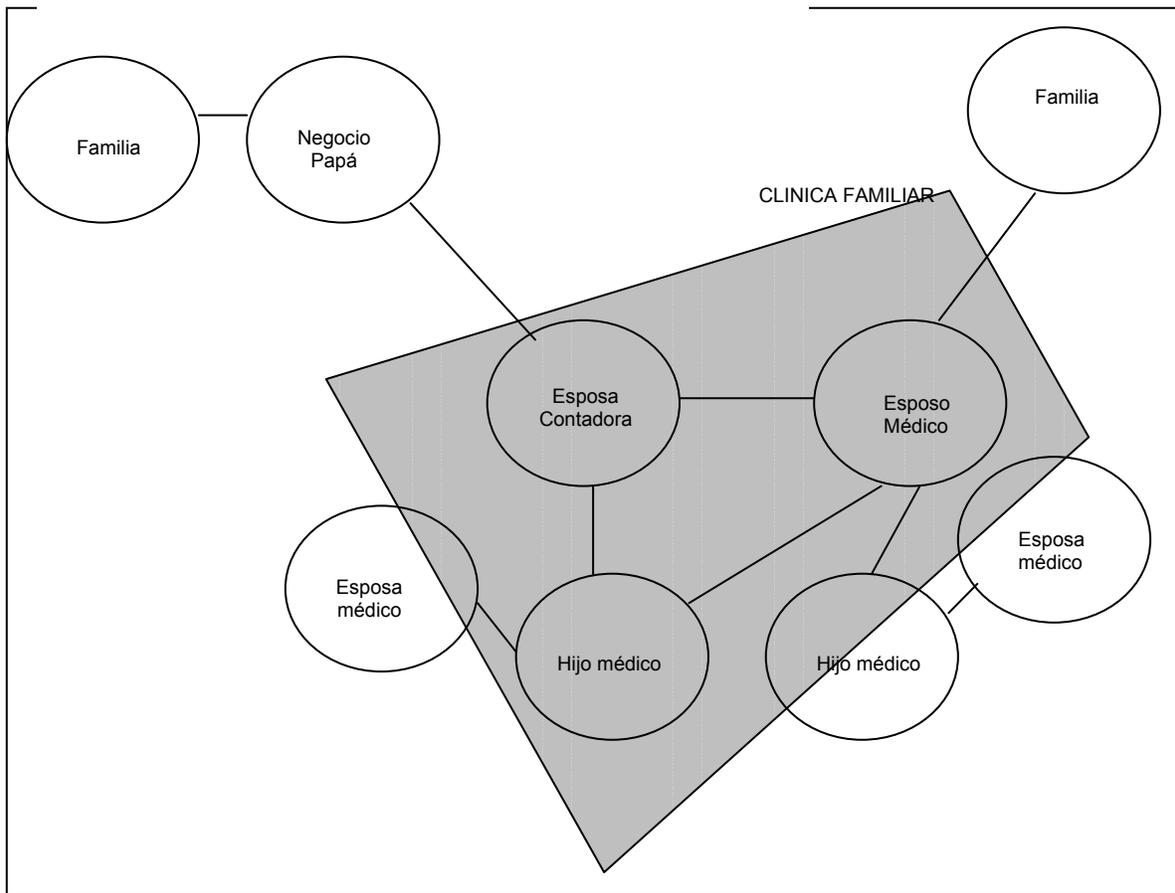
media. La clínica goza de buena reputación en la ciudad y constituye la tercera en tamaño en el sector privado.

**b) Datos generales de la familia.**

La familia nuclear está constituida por el padre, la madre y dos hijos varones. Tanto el padre como los dos hijos son médicos, compartiendo también la misma especialidad, traumatología y ortopedia. La madre estudió contabilidad privada. El padre es hijo de campesinos, de una familia de seis hijos, de los cuales es el único que realizó estudios universitarios. Hizo su servicio social en el estado de Durango, donde conoció a su esposa. La familia de ella está constituida por el padre, la madre y tres hijos. Su padre se dedica al comercio, actividad que integraba al conjunto de la familia. Tanto su hermano como su hermana estudiaron medicina, pero ninguno de ellos la ejerció. El hermano se dedica al comercio. Los hijos de los directores estudiaron, bajo la influencia paterna, la carrera de medicina; ambos realizaron la especialidad del padre y el mayor de ellos hizo además una sub-especialidad en columna. Ambos hijos se casaron con dos mujeres médicas ellas también –una de ellas es odontóloga con especialidad en maxilo-facial y la otra, médico con especialidad en traumatología y ortopedia. Las familias de las nueras son médicos o enfermeras. El hijo menor habita en Cuautla y participa regularmente en las actividades de la clínica y resulta su principal actividad profesional, mientras que el mayor vive en la ciudad de México, labora en un hospital privado y en uno público y participa eventualmente –principalmente los fines de semana- en la clínica familiar; la directora se encarga de las actividades administrativas y lleva el control financiero, de proveedores y alimentación de los pacientes, entre otras.

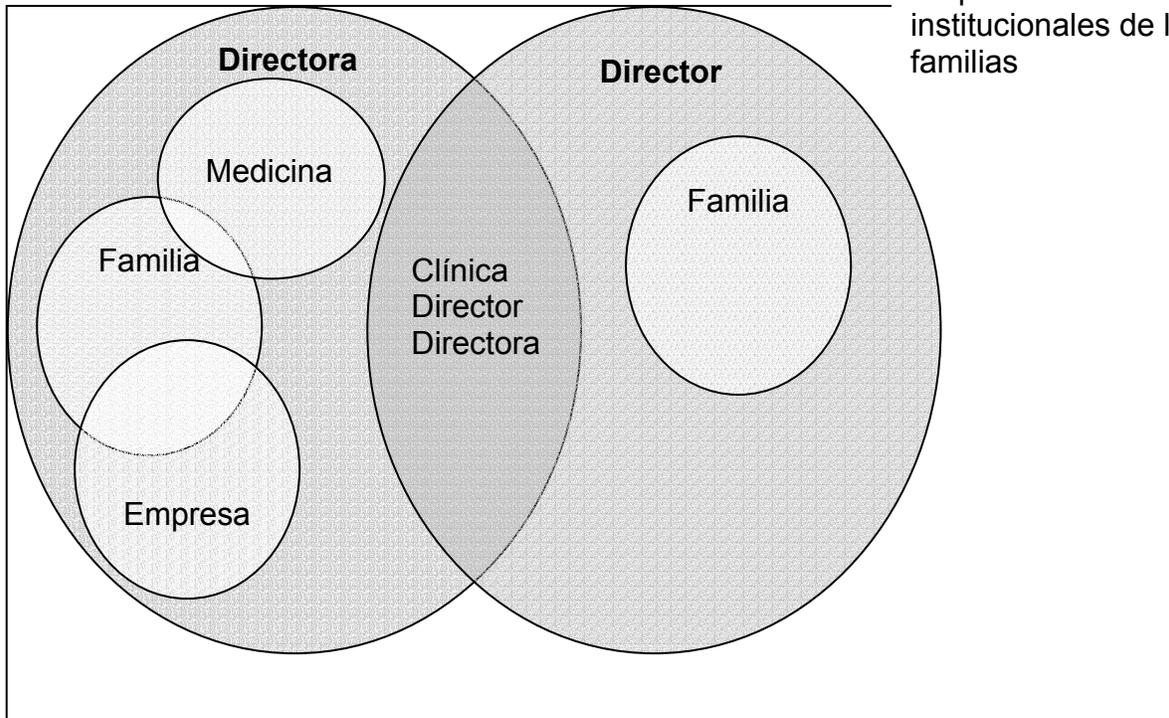
A continuación se presenta un esquema general de relaciones e influencias familiares en la clínica. La parte sombreada representa a la clínica y puede observarse el involucramiento de los diferentes actores en la organización (Esquema 2).

Esquema 2. Esquema general de la familia y la clínica



En el esquema siguiente se pueden observar tres grandes ámbitos, el correspondiente a la familia, el hospital y la empresa. En el caso de la familia del director el negocio ha estado ausente y la medicina presente sólo en el caso personal de él, mientras que en la de directora los tres ámbitos están bien representados, notando simplemente la ausencia de ejercicio de la profesión médica en los hermanos (Esquema 3).

Esquema 3. Ambitos institucionales de las familias



Del estudio realizado en la clínica, se detectaron los siguientes aspectos principales:

- En ambos casos –la directora y el director- el concepto heredado de familia es a la vez central y diferenciado. En el primero, la familia constituye una “comunidad en la que todos aportan con su trabajo”, mientras que en el segundo, ésta se caracteriza principalmente por los lazos de solidaridad. Estas representaciones tienen que ver seguramente con el nivel socioeconómico y con la visión de tradición o modernidad que las sustentan.
- Si bien la sucesión aún no representa un tema central explícito de la familia, se pueden observar diversos signos que revelan la importancia de dicho aspecto. Resulta interesante el estudio de los actos implícitos en el desarrollo de los procesos sociales ya que éstos son normalmente abordados cuando dichos actos alcanzan un nivel de conciencia por parte de los actores. En otras palabras, se asiste a un proceso de sucesión que ha iniciado aún cuando los actores involucrados no lo reconozcan de manera tan explícita.
- Otro aspecto importante que surgió a lo largo de este estudio es el de la identidad. Uno de los aspectos más explícitos es el correspondiente al de la

identificación de los hijos con los padres, en ambas generaciones y que nos remitirán más adelante al proyecto familiar y parental.

## 2. La clínica

La historia de la clínica se encuentra íntimamente relacionada con la de la familia; como era de esperarse, ambas se pueden contar en una misma línea del tiempo ya que constantemente una refiere a la otra; de hecho varios de los eventos familiares repercuten de manera directa en la clínica y viceversa. (Cuadro 38).

Cuadro 38. Historias de la familia y la clínica

Actores	1963-1969	1970-1974	1975-1977	1978-1980	1981-1982	1983-1985
Clínica						83: Construcción del consultorio. Venta de aparatos y zapatos ortopédicos
Director General	Estudios de medicina e internado	Trabajo profesional en el Seguro Social. 1970: matrimonio	Estudios de especialidad	Base en el Seguro Social	Subdirector de Seguro Social. Renta de un consultorio	Subdirector de Seguro Social. Médico en su propio consultorio
Directora administrativa	Estudios de Contabilidad privada. Trabajo de secretaria en empresa de la familia	70: Matrimonio. Actividades del hogar	Actividades del hogar	Actividades del hogar	Actividades del hogar	Actividades del hogar Se incorpora parcialmente a los trabajos del consultorio, ejerciendo la función de compras
Hijo mayor		71: Nacimiento	Estudios básicos			
Hijo menor		72: Nacimiento	Estudios básicos			

Cuadro 38. Historias de la familia y la clínica (continuación)

Actores	1986-1989	1990-1996	1997-2000	2001-2003	2004-2005
Clínica	86: Construcción planta baja de la clínica (quirófano, cuartos, sala rayos X.. 88: Inicio de la construcción de la	92: Se adquiere aparato de rayos X 96: Se termina la planta alta. Se remodela la planta baja, sustituyendo	Funcionamiento y desarrollo de ambas plantas de la clínica, con servicio de consulta, cirugía	03: Remodelación de la planta baja. Adecuación del consultorio de la aseguradora y una sala de revisión	04: Modernización del equipo médico

	planta alta	los cuartos por consultorios y oficinas	y hospitalización		
Director General	Médico de su propio consultorio y clínica. Médico en el Seguro Social.	Médico de su propio consultorio y clínica. Médico en el Seguro Social..	Jubilación. Trabajo exclusivo en la clínica	Trabajo exclusivo en la clínica	Trabajo exclusivo en la clínica
Directora administrativa	Actividades del hogar Función de compras Actividades relacionadas con la hospitalización, medicamentos y alimentos	Función de compras. En 96 desarrolla funciones de directora administrativa	Directora administrativa	Directora administrativa	Directora administrativa
Hijo mayor	89: Inicio estudios de medicina	En 95 concluye sus estudios. En 96 inicia la especialidad. Asiste como ayudante en la clínica	2000: concluye la especialidad. Colabora parcialmente en la clínica Matrimonio	2001: inicia trabajo en el Seguro Social. Colabora parcialmente en la clínica	Trabajo en el – Seguro Social. Colabora parcialmente en la clínica
Hijo menor		Estudios de medicina. Asiste como ayudante en la clínica	Estudia la especialidad 2000: Matrimonio	2001: concluye la especialidad. Se incorpora de tiempo completo a la clínica	Trabajo de tiempo completo en la clínica Médico responsable ante la aseguradora

Fuente: Elaboración propia

El fundador de la clínica, con estudios de medicina y especialidad en traumatología y ortopedia, trabajó alrededor de diecinueve años en el sector público, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en diferentes sedes de la República Mexicana. Después de haber trabajado los primeros diez años y sin abandonar la medicina pública, decidió incursionar en la medicina privada, estableciendo un consultorio en un local que no era de su propiedad; al poco tiempo, aproximadamente dos años, él y su esposa deciden fundar su propio consultorio en 1983, fecha que va a marcar el surgimiento posterior de la clínica.

La esposa del director, con estudios en contabilidad y amplia experiencia en el negocio familiar de su padre, se dedicaba, hasta antes de iniciar la clínica, exclusivamente a las labores del hogar. Posteriormente, empieza a involucrarse de manera esporádica en la compra y venta de zapatos y aparatos ortopédicos que requerían los pacientes del consultorio.

## **2.1 Origen y evolución de la clínica**

### **Etapas de consultorio. Nacimiento de la clínica**

La clínica se inicia con la construcción de un consultorio, el cual se decide ubicar en el mismo terreno que ocupa la casa; la superficie aproximada de dicho terreno es de dos mil metros cuadrados. La casa se encuentra al fondo y ocupa una cuarta parte del terreno; la edificación del consultorio, lo que se convertiría posteriormente en la clínica, se asienta al frente del predio, sobre uno de los extremos, tratando que se encuentre lo más independiente de la casa, esta última idea se mantendrá siempre presente. (Cuadro 39)

### **Etapas de la primera parte de la clínica**

En 1986 se construye, a un lado del consultorio, la clínica, que estaba conformada por un quirófano y tres cuartos para hospitalización, cabe mencionar que el costo de la construcción y la adquisición del equipo fue financiado por los ahorros que la familia había logrado acumular hasta entonces, actividad característica de la pequeña empresa familiar; ellos aseguran casi nunca haber utilizado el crédito bancario en la formación de la clínica. La esposa del director se involucra en la construcción de la clínica, considerando que su esposo trabajaba todavía por las mañanas en el Seguro Social; ella participa directamente en el aspecto económico, en cuanto a la planeación y control del presupuesto de la obra. En esta etapa se va a encargar de manera mas decidida y formal de las compras de medicamentos y material que van a proveer al consultorio y a la clínica y, en general, de las funciones propias de una administración, como el control de los ingresos y egresos, de contratar enfermeras para la clínica, de los trámites de licencias y permisos de tipo legal, entre otras. En el caso de la mayoría de las empresas familiares se busca contratar el menor número de trabajadores posible, de tal manera que los miembros de la familia se ven en la necesidad de desempeñar diferentes tareas; así la responsabilidad de preparar los alimentos de los pacientes recae en la directora administrativa, quien es apoyada por la empleada encargada del aseo. Por su parte

el director se encarga de las tareas sustantivas de la clínica, como son las consultas, las curaciones y las cirugías.

### **Etapa de la segunda parte de la clínica**

Los resultados económicos obtenidos con el funcionamiento de la clínica resultaron satisfactorios, lo que propició que en 1988 se iniciara la construcción de la parte alta y la remodelación de la planta baja. Este evento también se vio favorecido por el ingreso del hijo mayor a los estudios de medicina en 1989, y un año después, por el hijo menor. Esta etapa viene a darle un vuelco importante a la clínica en cuanto a tamaño, se construyen en la planta alta siete cuartos para hospitalización, un quirófano, una sala de espera y una recepción. En cuanto a la planta baja, los cuartos fueron sustituidos por consultorios, y el quirófano por una sala de rehabilitación. Esta etapa tuvo una duración de ocho años, terminándose en 1996; para este año el hijo mayor iniciaba la misma especialidad que su padre y un año después el hijo menor hacía lo mismo. En esta época la participación de los hijos en la clínica se realizaba de manera esporádica.

La separación física entre la clínica y la casa está marcada por un gran portón; sin embargo, algunos espacios como la cocina, la lavandería y el estacionamiento se encuentran compartidos. Los alimentos que se proporcionan a los pacientes son preparados en la cocina de la casa; así también, algunos empleados de la clínica comen en este lugar; la lavandería de la ropa de quirófano y de cama se realiza en una máquina de la clínica, pero se encuentra en un cuarto de lavado de la casa y el estacionamiento se ubica en un área común para la familia y los médicos visitantes.

### **Etapa de la alianza con la aseguradora**

En 1997 el director se jubila del Seguro Social, dedicándose exclusivamente a la clínica. Al término de la especialidad, en 2001, el hijo menor decide vivir en Cuautla y se incorpora de tiempo completo a la clínica. Mientras tanto, el hijo mayor termina la sub-especialidad en columna, decide quedarse a vivir en México e inicia su trabajo en el Seguro Social de dicha ciudad; comparte además un consultorio privado con su

esposa y su suegro, toda esta carga de trabajo, propicia que su participación en la clínica sea cada vez más esporádica, una o dos veces por mes.

El hijo menor propicia la alianza con una compañía aseguradora en 2003, apareciendo él como responsable médico y su mamá como encargada de la hospitalización. Este evento propició una remodelación en la planta baja de la clínica; se acondicionó un consultorio para el médico intermediario entre la clínica y la aseguradora, así como una sala de revisión para pacientes asegurados. Al siguiente año, la clínica comenzó una etapa de modernización de equipo, principalmente en el quirófano, adquiriendo aparatos más modernos.

Durante el desarrollo de la clínica, la participación de las nueras, en todas las etapas, ha sido poco frecuente, debido básicamente a que una de ellas, la que vive en Cuautla, trabaja en el Seguro Social, y la otra nuera vive en México.

Cuadro 39. Principales etapas de la clínica

	<b>Etapa 1. Consultorio propio</b>	<b>Etapa 2. Planta baja de la clínica</b>	<b>Etapa 3. Planta alta de la clínica</b>	<b>Etapa 4. Remodelación de la clínica</b>
Razones económicas y funcionales	Comodidad de desplazamiento. Disminución de costos fijos. Independencia personal	Mayor beneficio económico: consultas, cirugías y hospitalización	Mayor beneficio económico, sobre todo en cirugías y hospitalización	Aprovechar más la capacidad de la clínica. Alianza con la aseguradora. Hacer más rentable la inversión
Razones afectivas	Cercanía familiar	Preocupación por el futuro de los hijos	Creación de empleos para los hijos	Mejorar el ingreso de los hijos
Razones médicas	Atención más personalizada	Dar una atención más integral	Mejor atención tecnológica	

Fuente: Elaboración propia

## 2.2 Características actuales

### Principales actividades

Como explicamos anteriormente, la clínica tuvo su origen en el establecimiento de un consultorio para el director, posteriormente se crearon, en la planta baja, los cuartos para hospitalización y el quirófano y, años más tarde, se realiza una ampliación

mayor en la planta alta, a todo este conjunto se le denomina “la clínica”, y se encuentra bajo una misma razón social. Sin embargo, en ciertas ocasiones, los actores pueden realizar alguna diferencia entre consultorio y clínica, principalmente cuando se refieren a los ingresos que producen cada una de estas dos secciones. En el caso de consultorio, los ingresos son manejados por el director, como son los honorarios provenientes de la consulta; en cuanto a la clínica, considerando a los honorarios de los médicos participantes en las cirugías y a la hospitalización de los pacientes, tanto los ingresos como los egresos son controlados por la directora. Cabe mencionar, como sucede en una parte importante de las empresas familiares, que en ocasiones las atribuciones y las obligaciones no se encuentran bien delimitadas, dando lugar a constantes ajustes sobre la marcha.

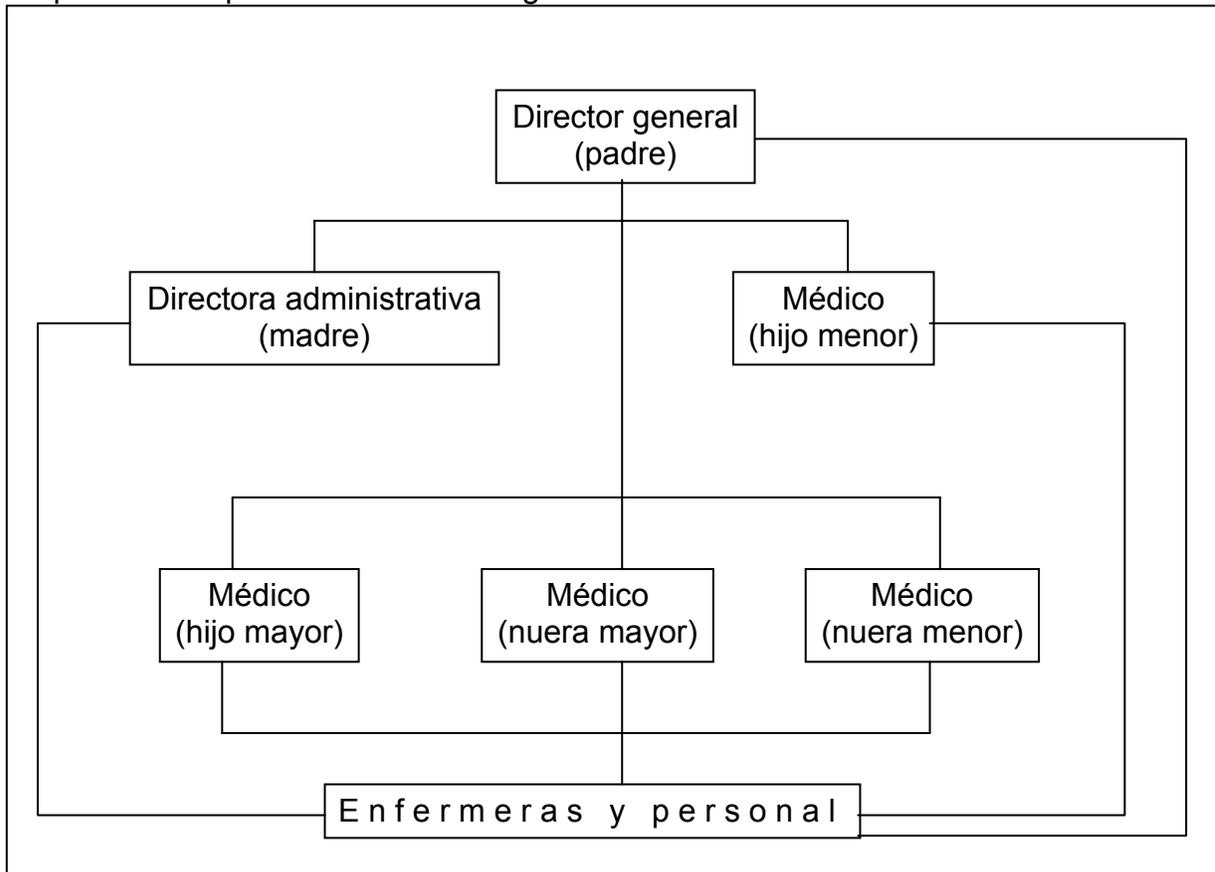
Entre las principales actividades que realiza la clínica encontramos las consultas, las cirugías, las curaciones, las rehabilitaciones y la venta de aparatos y zapatos ortopédicos.

### **Integrantes de la clínica**

El personal que labora en esta organización varía alrededor de quince miembros, entre médicos, administrativos y operativos. En el terreno médico, los responsables son el director y su hijo menor; para las cirugías, se invita a participar a médicos externos, como anesthesiólogos, cardiólogos e internistas; recientemente, participa un cirujano plástico por parte de la aseguradora. Los otros tres médicos miembros de la familia -hijo mayor y nueras- participan de manera ocasional. El área administrativa se encuentra a cargo de la esposa del director, quien se apoya para ciertas decisiones en su hijo menor, a quien se le facilita ese tipo de labores. En cuanto a los empleados de apoyo, como son enfermeras, de aseo y de rayos X, existe, de manera general, una rotación muy baja: el jardinero y encargado de rayos X rebasa ya los veinte años; la empleada de aseo, quince años; algunas enfermeras entre seis y doce años.

De acuerdo con las entrevistas realizadas, no todos los miembros tienen la misma visión acerca de la jerarquía que guardan entre ellos, existen algunas pequeñas diferencias; sin embargo, en términos generales, las relaciones de autoridad se pueden observar en la siguiente representación de la organización (Esquema 4).

Esquema 4. Representación de la organización de la clínica



Fuente: Elaboración propia

La dirección general se encuentra a cargo del fundador de la clínica y padre de familia; es necesario resaltar que él representa la parte sustantiva de la organización y además, de cierta manera, se repite el esquema familiar. Por orden de autoridad, en segundo término aparecen la directora administrativa y madre de familia, junto con el hijo menor; ella afirma, en una entrevista, que la administración está para apoyar las labores médicas; respecto al hijo menor, éste ha logrado ascender en la escala jerárquica, debido al alto involucramiento que ha tenido en las actividades de la clínica, como por ejemplo, la alianza con la aseguradora. En tercer nivel se

encuentran el hijo mayor y las dos nueras, como consecuencia de su escasa participación en la clínica; ellos dependen directamente del director general. En el siguiente rango se colocarían las enfermeras y el técnico de rayos X, quienes pueden recibir órdenes, tanto del director general, como de la directora administrativa y del hijo menor. Finalmente estarían los encargados del aseo.

### **Funcionamiento de la clínica**

La clínica labora de manera normal de lunes a sábado, de nueve de la mañana a ocho de la noche, con un intermedio para comer, de dos a cinco de la tarde. Cuando se presentan urgencias o se tiene pacientes internados, el horario se modifica notablemente, se trabaja las veinticuatro horas, incluyendo los días domingo; la flexibilidad de la empresa familiar, permite que se efectúen ajustes, en el momento en que se necesiten, por medio de la cooperación de todos los miembros de la organización.

La mayoría de las actividades puede ser programada, como las consultas, las curaciones, las rehabilitaciones y hasta cierto tipo de cirugías; pero los casos de urgencia vienen a romper las rutinas de la clínica y de la familia, ya que, si tenían programadas ciertas consultas, las interrumpen; si es media noche, se levantan a atenderlas o si están comiendo, dejan de hacerlo. Los miembros de la clínica saben que, la especialidad de traumatología atiende principalmente a pacientes provenientes de accidentes, la mayoría de ellos con carácter de urgente, y lo aceptan, pero no deja de incomodarlos.

A partir de la alianza con la aseguradora, el volumen de trabajo se ha acrecentado, principalmente para el hijo menor y la directora, dado que el primero es el responsable médico y la segunda la encargada de la hospitalización. La clínica, en su carácter de empresa familiar, ha logrado negociar con la aseguradora que los domingos no le envíen pacientes, ya que es el único día de descanso de la clínica y por consecuencia de la familia.

### **Toma de decisiones**

En la clínica se pueden observar básicamente dos tipos de decisiones, las médicas y las administrativas; la toma de decisiones médicas aparece más de índole individual, corresponde exclusivamente al médico involucrado en la consulta o en la cirugía. Cuando los hijos del director empezaron a laborar en la clínica, este último participaba mayormente en las decisiones; a medida que los hijos adquirieron mayor experiencia, obtuvieron también mayor autonomía para resolver sus propios casos. Entonces, en las consultas, cada médico decide sobre el tratamiento de su paciente; en el caso de una cirugía, intervienen varios médicos, pero siempre existe un responsable y los demás aparecen como ayudantes.

En el terreno administrativo se pueden presentar dos tipos de decisiones, las cotidianas y las estratégicas; las primeras son las que repercuten más a corto plazo, como la compra de material de curación, o el pago de horas extras al personal, la responsabilidad de esta toma de decisiones recae en la directora, quien puede intercambiar ideas con su hijo menor, pero no necesariamente. Por otro lado, existen decisiones estratégicas, aquellas que afectan a una mayor cantidad de capital, o que comprometen a la organización durante un largo plazo, como, por ejemplo, la adquisición de equipo o la alianza con la aseguradora; en este caso la toma de decisiones se realiza de manera más colectiva. Anteriormente, esta atribución recaía únicamente en el director y la directora, después de dos o tres años se ha extendido también el hijo menor, hecho que es comprensible, dado que él se ha involucrado totalmente en la mayoría de las actividades de la clínica y, de cierta manera, ha sido el precursor de la etapa de modernización en la que se encuentra inmersa la organización.

### **Observaciones generales**

Dentro del contexto de salud, la ciudad de Cuautla cuenta con tres hospitales públicos: IMSS, ISSSTE y Hospital General de Salubridad. Dentro de los hospitales privados, la clínica en estudio ocupa el tercer lugar en tamaño dentro de la categoría de hospital general, y primer lugar como hospital especializado en traumatología. Los

pacientes que acuden a la clínica provienen de la clase media, tanto de la misma ciudad como de otras ciudades vecinas, y una proporción menor, de pequeñas comunidades alejadas de la ciudad.

La clínica goza de buen estado financiero, con una tendencia conservadora; la mayor parte de sus activos ha sido adquirida, como ya se mencionó, con capital propio, por lo que la deuda es escasa o nula. La alianza con la aseguradora ha propiciado notablemente el aumento de las actividades de la clínica, aprovechando mejor la infraestructura que ya se tenía. Por otro lado también ha favorecido una tendencia hacia la modernización de equipo y de procesos.

### **2.3. La dinámica organizacional**

En este capítulo presentamos los principales resultados obtenidos tanto del programa de entrevistas como de la observación participante. El capítulo está integrado por seis apartados, los tres primeros corresponden a los referentes institucionales identificados en el análisis de la organización:

- a) la familia,
- b) la empresa familiar,
- c) la trayectoria de la clínica.

Los últimos tres dan cuenta de los procesos organizacionales estudiados:

- d) la práctica médica,
- e) los preparativos de la sucesión y
- f) la alianza estratégica.

Estos apartados ayudarán a explicar los principales aspectos de la dinámica organizacional, tanto en términos de su génesis y evolución, como de las contradicciones y complementariedades de sus referentes institucionales. Hemos querido reproducir, de manera amplia, diversos pasajes de las entrevistas no sólo para recuperar el testimonio directo de los actores sino, principalmente, para reconstruir, a partir de su narrativa, un marco teórico que nos proporcione una mayor

capacidad explicativa de las diversas dimensiones institucionales que integran la dinámica organizacional y cómo éstas son operadas, de manera no conciente, en términos de contradicción y complementariedad.

Hemos guardado en el anonimato los nombres de la clínica y de las personas que fueron entrevistadas. Sin embargo, para identificar a los actores proponemos la siguiente nomenclatura:

- DIR: Director General y padre de familia.
- DIA: Directora Administrativa y madre de familia.
- HMA: Hermano mayor.
- HME: Hermano menor.
- NMA: Nuera, esposa del hermano mayor.
- NME: Nuera, esposa del hermano menor.
- MAS: Médico de la aseguradora.
- ENM: Enfermera 1.
- ENS: Enfermera 2.
- ENJ: Enfermera 3.
- JRA: Jardinero y radiólogo.
- ASL: Trabajadora de aseo.

## **a) La familia**

En este apartado se analizarán los orígenes de los fundadores de la clínica y de otros miembros que integran la familia, así como aquellos eventos principales que presentan alguna relación con la clínica, y que nos ayudarán a lograr una mejor comprensión de la dinámica organizacional. Un punto importante y definitivo en la fundación de la clínica se encuentra en la orientación profesional que el padre inculcó a sus hijos, así como el involucramiento temprano de éstos en las actividades hospitalarias. En las relaciones familiares se encuentran entremezclados elementos como el afecto, la personalidad, la necesidad de la cercanía, pero al mismo tiempo la búsqueda de autonomía.

### **a.1) Los orígenes**

Las vivencias que tuvieron los fundadores durante su niñez se ven reflejadas y explican de cierta manera su comportamiento en de la clínica. El director proviene de una familia de agricultores y su padre hubiera querido que él también se dedicara al campo, pero el apoyo decisivo lo recibió por parte de su madre:

“Mi mamá nos apoyó muchísimo, a mi mamá le dio como gusto; al que no le dio mucho gusto fue a mi papá, y ahora yo comprendo que él hubiera querido que nosotros nos dedicáramos al campo, como él, puesto que era su universo; él conocía de esas cosas, pero nosotros siempre con la espinita de querer ser alguien en la vida, y solamente estudiando; mi mamá inclusive se aventó muchas broncas con mi papá para que nosotros pudiéramos ir a la universidad, mis otros hermanos ir a la escuela para ser maestros, a la Normal Superior, mi hermano S, mi hermano I, mi hermano N.” (DIR)

La decisión del director de estudiar medicina estuvo ligada principalmente a dos aspectos, uno más de tipo afectivo, relacionado con su familia, como lo explica el director:

“Cuando era niño, mi mamá siempre andaba enferma de un problema gástrico que en aquellos tiempos no le habían detectado, tenía dolor y mucha salivación, y yo venía y le decía a mi mamá, no te apures, cuando yo sea grande voy a ser médico y te voy a curar.” (DIR)

Otro aspecto, que explica no sólo la elección de medicina, sino la especialidad de traumatología y ortopedia, se encuentra de cierta manera ligado a recuerdos de su infancia, pero también aparece una parte de corte racional, que era la escasa presencia de médicos con dicha especialidad en su localidad:

“A nosotros desde niños nos gustó mucho el deporte, football, voleyball, natación, y entonces la especialidad de ortopedia y traumatología es la que se llevaba mejor con el deporte, se relacionaba mejor, y además era una especialidad que aquí en aquella época, no había muchos, había pocos, entonces desde el punto de vista también de ver, bueno, qué voy a hacer, algo que me guste y que no haya mucha competencia, entonces fueron esas dos cosas que hicieron que yo me hiciera traumatólogo y ortopedista, porque había pocos en Cuautla y además estaba relacionada con el deporte.” (DIR)

Los estudios de medicina requieren un periodo de tiempo bastante amplio, y además se necesita estar cambiando con frecuencia de lugar de residencia; estos acontecimientos, vividos por el director, contribuyen a que él piense que la profesión médica no se presenta de manera fácil, como lo relata:

“Estudí cinco años en la UNAM, luego un año de servicio social en Zacatecas, en el Seguro Social; un año en el Seguro Social en Durango, en El Salto, donde conocí a mi mujer y después un año para hacer mi tesis, y ya después ya me recibí, o sea, contando cinco de la carrera, uno del internado seis, otro del servicio siete, otro del servicio ocho, ocho años. Después de eso tienes que estudiar cuatro años para la especialidad: uno que se llama el internado rotatorio y tres años de la especialidad, o sea, yo hice en total cuatro años.” (DIR)

Los motivos que tuvo para haber estudiado una especialidad médica son explicados no sólo a partir de la necesidad de superación personal sino considerando también aspectos económicos, dado que éstos permitirían mejorar notablemente la situación de su familia.

“Cuando nos casamos yo era todavía médico general, nos casamos en 1970, pero después, viendo las necesidades, y sobre todo, yo siempre he querido superarme, yo pensaba, que me quedé nada más como médico, como médico general, yo quiero ser algo más en la vida, entonces estando ya con nuestro primer hijo, nos fuimos a México.” (DIR)

La incorporación al medio laboral resulta cada vez más difícil en México, la disciplina médica no es la excepción, el director tuvo que enfrentar diversas situaciones antes de llegar a formar su propia clínica.

“Cuando estuve aquí en Cuautla, estuve como médico del equipo de football Cuautla, de segunda división; después estuve encargado en una clínica que da servicio, por seis meses, en Casasano. Después me fui a Durango y allá estuve como maestro de la Escuela de Medicina, daba introducción a la clínica y después me vine al Centro Médico a hacer la especialidad. Después de la especialidad me regresé a Durango. Otra vez allá daba cátedra de anatomía, de disecciones y de introducción a la clínica. Estuve ahí cerca de dos años, después como tenía un interinato, o sea, no era base en el Seguro Social, entonces quería una seguridad para mi familia; vine a México y conseguí una base en Minatitlán, me dijeron que allá necesitan traumatólogo, nos trasladamos a la clínica 7 de Minatitlán, y ahí en la universidad di clases en Ciencias de la Salud. Ahí estuve durante tres años, después logré mi cambio aquí a Cuernavaca, donde estuve como médico adscrito a la clínica dos semanas y después me vine a Cuautla a la clínica 7 del Seguro, como Jefe del Departamento Clínico, o sea, como Subdirector de la clínica durante cinco años, posteriormente me regreso nuevamente a Cuernavaca y ahí estuve como médico traumatólogo adscrito a la clínica 1, ahí estuve cuatro años más.” (DIR)

---

Mientras que para el director la elección de su profesión implicó un cambio muy significativo del estilo de vida heredado por su propia familia, para la directora la situación fue distinta, ella provenía de una familia dedicada al comercio y transcurrió su niñez y juventud en un ambiente dedicado al negocio, conociendo las restricciones que éste impone a la vida personal.

“Vengo de una familia de comerciantes y siempre hemos estado en contacto directo con el negocio. Siempre hemos participado y realmente nunca hemos tenido un tiempo dedicado exclusivamente para comer.

Siempre hemos compartido con la actividad que tenemos que hacer.”  
(DIA)

El papel jugado por ella en la formación del patrimonio familiar, es ampliamente reconocido por el director; ella posee una visión empresarial que les ha permitido el buen aprovechamiento de los recursos.

“Lo poco que tenemos, lo hemos hecho a base de diálogo, mi mujer ha sido y es mi brazo derecho, ella es la que distribuye el dinero, lo alarga, lo estira. Ella estudió algo de contabilidad, además de que sus papás son comerciantes, trae el comercio en la sangre, entonces eso también me ayudó mucho para hacer la clínica.” (DIR)

Una parte importante de su formación profesional la fue interiorizando al lado de su padre, con quien se encontraba fuertemente ligado afectivamente.

“Cuando terminé de estudiar contador privado, después fue que comencé a trabajar con mi papá, entonces hacíamos todos los pedidos por carta a los diferentes lugares; yo nunca trabajé en ningún lugar, yo preferí convivir con mi papá, preferí irme con él, a vivir en El Salto, de lunes a sábado, y el sábado nos íbamos a Durango y ya ahí convivíamos con nuestros otros hermanos y luego me regresaba yo nuevamente con él.” (DIA)

La admiración a su padre proviene de su gran capacidad de trabajo y de organización, cualidades que ella tratará de aprender y desarrollar a lo largo de su vida.

“Mi papá era empleado de un almacén de la compañía maderera que era la principal actividad del lugar (Durango) donde vivimos hoy, de ahí ha sido muy ordenado y empezó a juntar su dinero con mucho celo, con mucho cuidado, y empezó a crecer y a planear todo. Sobre todo, mi papá es la organización en una persona.” (DIA)

Estas cualidades administrativas y organizativas serán puestas en operación en la clínica:

“Ahora estoy aquí en la clínica, en funciones pues administrativas meramente. Me encargo de los proveedores, de contratar a las

enfermeras que cubren las guardias, especialmente cada tercer noche y el domingo todo el día.” (DIA)

Retomando la idea de Goffman (1994) acerca de los diferentes roles que juegan los individuos de acuerdo al escenario donde se encuentran, es interesante hacer notar que la directora asumía en su juventud el rol de hija de familia, pero se transformaba, por admiración a su padre, en secretaria cuando se trataba del negocio.

“Cuando mi papá iba a Durango, en primer lugar iba a depositar lo que había juntado de la semana. Yo en algún tiempo fui como su secretaria porque yo siempre he sido muy apegada a mi papá.” (DIA)

Desde muy pequeña se involucró en el negocio de sus padres, en ese ámbito empezaron a entremezclarse las actividades empresariales con familiares, dándole prioridad a las primeras. La cercanía del negocio y la casa resultaban en ocasiones incómodas, principalmente en lo que se refiere a horario; sin embargo, esta misma situación, que se reproducirá posteriormente en la clínica, es asumida como una restricción económica.

“Cuando era la hora de comer, éramos mi mamá, mi hermana I, A mi hermano y mi tío R, hermano de mi mamá, que trabajaba con nosotros y yo, a cada cliente que llegaba nos íbamos levantando en un orden: te toca, te toca, me toca y así; nunca era un tiempo exacto, exclusivamente para comer o exclusivamente para desayunar, no, siempre se compartía con el negocio, y era prioridad. Ante todo, era lo primero atender al cliente y ya una vez que atendías al cliente ya podías continuar con lo tuyo.” (DIA)

La visión económica que la directora interiorizó reaparecerá constantemente en los análisis que efectúa, por ejemplo, cuando se refiere al lugar de empleo de su esposo y, por lo tanto, al lugar de residencia de la familia.

“Nos fuimos a Minatitlán, es una ciudad que está en medio de dos industrias petroleras, una es la refinería, la otra es el complejo petroquímico, entonces una ciudad altamente contaminada, pensamos que podríamos tener más posibilidades aquí, como había muchos trabajadores de Petróleos, pudiera ser mejor para nosotros.” (DIA)

Los conocimientos, experiencia y actitudes adquiridos en la empresa familiar de su padre, favorecen que ella decida sobre aspectos que atañen a la administración del patrimonio familiar.

“En Minatitlán dije: tenemos que ahorrar de alguna manera, entonces me pareció muy bueno que teníamos que comprar centenarios, empezamos a comprar nuestros centenarios y a buscar allí algún lugarcillo de la casa que estuviera a la vez un poquito oculto y ahí los guardamos.” (DIA)

Las actividades principales de la directora se han inclinado siempre hacia la administración; sin embargo, en alguna época resintió la necesidad de involucrarse en la medicina, y adquiere algunos conocimientos básicos sobre dicha disciplina.

“En México tomé clases de cocina y materias médicas; cuando DIR terminó la residencia nos regresamos a Durango.” (DIA)

El camino recorrido por el director a través de su vida tanto universitaria, como laboral, se mantendrá presente a lo largo de su vida, y reaparecerán principalmente al momento de decidir la fundación de la clínica. Todos estos esfuerzos contribuyen de manera decisiva a que él valore sus logros.

---

“De haber venido de la nada, mi padre era campesino, de no tener medios para que pudiéramos ser alguien en la vida, primero ser médico general, después me hice especialista, hice esta clínica, esas son las satisfacciones mas grandes.” (DIR)

Los antecedentes familiares del director y su repercusión a lo largo de su vida, se ven reflejados en sus propias palabras, llenas de satisfacción de “ser alguien en la vida” a pesar de las condiciones socioeconómicas de su familia de origen.

“Soy un hombre feliz, porque Dios me ha dado más de lo que yo pretendía que podía tener, porque nosotros realmente venimos de la nada, venimos del trabajo, del campo, mi papá en el campo, mi mamá también le ayudaba, o sea venimos de gente que nos ha costado muchísimo trabajo llegar hasta donde estamos”. (DIR)

## **a.2) Orientación profesional e involucramiento**

Este tema será tratado con mayor profundidad más adelante; sin embargo, podemos adelantar la importancia que tiene la elección de la profesión en la vida del individuo, ya que una parte importante la va a dedicar a ella, otorgándole un sentido a su desarrollo personal. La orientación profesional que el padre ejerció sobre los hijos desde muy temprana edad fue determinante al momento de elegir la carrera universitaria; desde que eran niños, empezó a invitarlos a participar de manera sutil, pero decidida, en las actividades de la clínica.

“Yo, mañosamente, quería que mis hijos fueran médicos, pero no quería en forma directa imponérselos, sino dije: les voy a ir metiendo la carrera poco a poco, sin que se den cuenta, para que les guste, entonces cuando estaban en la primaria, cuando yo tenía cirugías los llevaba al quirófano, se vestían como médicos para hacer cirugía y por esa vez les daba un dinero, mira ya te ganaste esto, es trabajo y es dinero, así les fui dando incentivos y metiendo a la medicina, al consultorio, a las cirugías, y les fue gustando, entonces llegó un momento que ya no les tuve que exigir que tenían que ser médicos, ellos solitos lo decidieron.” (DIR)

Este mismo punto de vista es compartido por la directora, ella afirma que los hijos fueron orientados plenamente hacia la medicina por el padre; una de las formas utilizadas fue la integración parcial en las actividades hospitalarias.

“DIR toda la vida los estuvo sensibilizando a los hijos, todo el tiempo estuvo pensando en que tenían que ser médicos, desde muy chicos los empezó a involucrar, desde secundaria, que estuvieran en las curaciones, que ayudaran, así como pásame esto, pásame el otro.” (DIA)

La inclinación hacia la profesión médica fue bien aceptada por los hijos; no obstante, con el menor, en un inicio no resultó tan evidente, ya que él mostraba otros intereses, comenta la directora:

“En alguna ocasión HME se llegó a desmayar, con algún injerto, HMA siempre manifestó un poco más de sangre fría; a HME le costó un poco más de trabajo convencerlo, porque él quería administración o algo administrativo, contable, es lo que a él le gustaba; él toda la vida fue muy

comerciante, te digo que somos de familia de comerciantes, toda la vida los hijos tenían que hacer algo para ingresar.” (DIA)

El hijo menor comenta cómo eligió su profesión, y de manera conciente, acepta haber sido influenciado por su padre, aunque en un principio no le fue fácil:

“Ya estaba muy encaminado hacia medicina, realmente mucho creo que tuvo que ver mi papá, sino es que prácticamente todo, nos enseñó lo que él hacía, en cierta forma nos gustó, y desde el punto de vista también práctico, nos empezaba a dar dinerito. Al momento de empezar si tuve muchas dudas, después de tiempo ya me empezó a gustar” (HME)

El hijo mayor acepta también haber sido influenciado de la misma manera.

“Antes de que empezara a pensar si quiera, que podía escoger carrera, fue algo de persuasión a través de mi papá, nos comentaba cómo era la especialidad, no tanto la carrera de medicina. A veces lo acompañábamos a alguna curación; conforme estábamos ya más grandes, en preparatoria, ya entrábamos al quirófano a ver cómo estaba todo, el ritual de cambiarte y de vestirse para después toda esa magia de estar ahí, me fue llamando la atención. Cuando llegó el momento de escoger: sí, voy a estudiar medicina, entonces los engranajes se pararon, dejaron de estar inventando otras carreras, y automáticamente al pensar en medicina, pensaba en la especialidad de mi papá.” (HMA)

Al terminar la carrera, el hijo mayor manifestó deseos de autonomía, pues él quería estudiar la especialidad en otra ciudad, pero su padre volvió nuevamente a intervenir para mantener cerca de ellos a su hijo, una característica típica de la familia mexicana tradicional.

“En la especialidad otra vez volvieron a ser muy influenciados por DIR, porque HMA quería irse a Guadalajara, pero entonces DIR volvió a retomar el asunto y de ninguna manera a Guadalajara, porque era mejor la preparación en México, en Magdalena de las Salinas.” (DIA)

Ambos hijos reconocen entonces haber sido plenamente influenciados por su padre en la elección de la carrera, pero en el caso de la sub-especialidad fue diferente,

pues uno de ellos, el mayor, comenta, con satisfacción, haberlo hecho de manera más libre.

“Cuando estaba terminando la especialidad, entonces ya voltee hacia lo que es la cirugía de columna, yo quiero hacer esto, ya fue menos automático, mas voluntario.” (HMA)

Por un lado, los hijos sienten haber sido influenciados por su padre hacia la medicina; sin embargo, por el otro, sienten un gran reconocimiento al apoyo recibido durante sus estudios.

“El apoyo de mis papás creo que ha sido algo fundamental, porque sabía de manera no tan conciente, que no había necesidad que me preocupara por buscar el sustento, por buscar el trabajo, todo lo teníamos durante la carrera.” (HMA)

Cuando el director, en su momento, eligió la especialidad de traumatología tenía, entre otros, motivos de tipo funcional, dado que había pocos médicos de esa especialidad; en el caso de sus hijos, se mantiene la misma dirección, se les inclina hacia una actividad que les pudiera reportar un beneficio económico.

“Cuando HMA eligió su especialidad estaba muy marcado, muy sensibilizado por DIR, ya después lo que si escogió él ya libremente fue la sub-especialidad; él quiso hacer columna, pudo haber hecho rodilla u alguna otra cosa ortopediátrica, pero siempre se les inculcó la especialidad que les fuera lucrativa, que les fuera productiva, económicamente hablando.” (DIA)

Por otro lado, las esposas de los hijos estudiaron también profesiones médicas, una de ellas es traumatóloga y otra es odontóloga con una especialidad hospitalaria de maxilo-facial. A su vez, los padres de ambas profesan también la medicina.

“Mis papás son médicos; mi papá ya falleció, era médico cirujano y mi mamá es médico familiar, creo que de ahí es la influencia para que estudiara medicina, aunque me quisiera ir por otro lado.” (NME)

“Mi papá es médico, endocrinólogo y mi mamá estudió enfermería.” (NMA)

Además de la influencia familiar hacia la profesión médica en ambos casos, se observa una amplia participación en el sector de la salud.

“Asisto a congresos, he sido profesor invitado y titular, eso en cuanto a la parte académica; en cuanto al desarrollo profesional, trabajé en el hospital de Magdalena de las Salinas como médico sustituto, y la práctica privada, se combina con las veces que vamos a Cuautla y en mi consultorio profesional, aquí en el hospital Ángeles.” (NMA)

La orientación de los hijos hacia la medicina constituye una de las razones principales que impulsó al director a fundar la clínica, porque de esa manera les aseguraba el empleo.

“Viendo hacia el futuro, cuando ellos terminen una carrera, si la situación fue difícil para mí, para ellos va a ser más difícil colocarse, porque no hay empleos, miré la idea de hacerles una clínica, para que vinieran conmigo a trabajar, cuando tienes una clínica, ya no tienes problemas.” (DIR)

El padre recuerda sus experiencias profesionales, y trata de facilitarles el camino por medio de la transmisión de las mismas, en una actitud muy paternalista.

“Lo sigo viendo como a mi hijo y trato de pasarle lo que me ha enseñado la vida en la medicina, dárselo un poquito mas digerido, para que no les cueste trabajo, de pasarles las experiencias que yo tengo.” (DIR)

Así como el padre fue involucrando a sus hijos en la medicina, la madre trataba de cierta manera de incorporarlos en el negocio, quizás siguiendo el modelo que ella había vivido con su papá; sin embargo, los hijos reaccionaron de manera diferente.

“Siempre hemos vendido zapatos ortopédicos y plantillas. HME se encargaba de ir al taller, traerlos, medirlos, yo siempre les decía que tenían que hacer algo por la comunidad, la comunidad era la casa. HMA siempre tenía el arte y el don de zafarse; HME era muy metido, muy comprometido con el negocio de los zapatos y las plantillas.” (DIA)

### **a.3) Relaciones familiares**

Abordaremos ahora el concepto de familia que tienen sus diferentes miembros, resaltando de acuerdo con ellos sus principales características. Una familia se funda generalmente con la idea que los miembros que la integran puedan convivir de manera armónica, dotando al grupo de una identidad, esta idea es compartida por varios integrantes de la familia.

“Tener una familia es algo muy importante, es un apoyo, un motivo, una seguridad para poder comprender muchas cosas, no nada más para convivir en las fechas especiales, sino para la convivencia diaria; a veces, cuando estaba en México solo, necesitaba el contacto con alguien, que tú puedas platicar con alguien, creo que la familia habla mucho de cómo somos y el trato con los demás.” (HMA)

Para otros miembros de la familia sugiere también confianza y unión, valores que a su vez tendrán que ser transmitidos a sus descendientes; cabe mencionar que estos valores serán retomados posteriormente como ventajas de la empresa familiar, de cierta manera pareciera que ésta última fuera una extensión de la familia.

“Una buena familia es que se tenga confianza, que se tenga amor y que seamos unidos, es lo más importante en la vida, que me enseñaron mis padres y que yo les enseñé y transmití a mis hijos.” (DIR)

Una de las nueras expresa que una de las principales funciones de la familia radica en la transmisión de valores a los hijos, se trata de un patrimonio moral:

“La familia es el núcleo de la sociedad, de ahí dependen los valores para poder ser una buena o mala persona, el ejemplo que tú les des a tus hijos, para que ellos crezcan con bases y poder desarrollarse y ser felices.” (NME)

El rol asignado por la sociedad al padre o a la madre juega un papel importante en la familia. Así, de manera general, la madre puede ser depositaria de confianza y de resolución de problemas; puede tener una cierta capacidad para resolverlos o por lo

menos para aligerarlos. Es ella la depositaria de la confianza y la expresión emocional.

“Ya cuando mi hermano y yo éramos grandes y había un problema, generalmente era tratarlo primero con mi mamá y ya mi papá segunda instancia, entonces él entraba ya más a conciliar. Convivíamos más con mi mamá, con ella era más la confianza, era más la camaradería, a veces con mi papá no era tanto la convivencia, porque no estaba.” (HMA)

Los individuos poseen capacidad de jugar varios roles, el director es el padre de familia cuando está en su casa, y cambia rápidamente, en términos funcionales, cruzando una puerta, al de médico y director de la clínica. El tema de la profesión médica será tratado en otro apartado; sin embargo, resulta interesante resaltar cómo los individuos transitan de un tipo de institución, con su respectiva lógica, a otro -de clínica a familia o viceversa-, pero no es posible que se desprendan totalmente de una para incursionar en la otra.

“El comportamiento de aquí (clínica), cruzando el portón hacia tu casa, ya no es doctor, eres padre de familia, eres un integrante de tu familia, y cruzando del portón para la clínica ya eres médico y te debes comportar de otra manera.” (DIR)

En las relaciones familiares no siempre prevalecen el afecto, la armonía y la cercanía entre los miembros; a veces, la relación es distante, porque no existe el suficiente afecto para consolidar la relación; en ocasiones la convivencia se presenta limitada, cuando los integrantes no coinciden plenamente en sus intereses, y por lo tanto no se logra una completa integración familiar; la relación puede ser tirante, cuando no hay coincidencia de caracteres entre ellos; éstos son algunos motivos expresados por ellos. Los desacuerdos se presentan de manera normal en todas las familias, es difícil lograr un consenso entre todos.

Las relaciones familiares pueden afectar tanto de manera favorable como desfavorable la dinámica al interior de la organización. También puede suceder en sentido inverso, es decir, las relaciones de la organización, repercutir en la dinámica

familiar. En la empresa familiar resulta difícil separar plenamente ambas relaciones ya que existe una constante interacción entre ellas.

#### **a.4) Cercanía y autonomía**

Estos conceptos los podemos encontrar frecuentemente asociados, la cercanía se refiere a la necesidad física y/o moral que tienen los miembros de mantenerse a proximidad, de sentirse unidos; por su lado, la autonomía es el deseo que manifiestan los miembros para que se les conceda el derecho de actuar de manera independiente, de ser ellos mismos, de generar sus propios proyectos de vida. En la familia, esta situación se vive de manera cotidiana, porque por un lado los individuos necesitan sentirse unidos, pero al mismo tiempo requieren de una independencia que les permita actuar con libertad y, principalmente, de construir su propia vida. El concepto de autonomía individual se encuentra en proceso de incorporación en el seno familiar; la forma de aceptación puede variar dependiendo de diferentes factores como el lugar geográfico, la manera de pensar de los individuos, las experiencias vividas, entre otros. La búsqueda de la autonomía marca un paso importante hacia la modernización. Una característica relevante de las relaciones familiares es la estrecha cercanía que procuran padres e hijos.

“Luego nos fuimos a Durango a vivir, había proyectos de trabajar en la medicina privada y el Seguro Social, pero DIR nunca estuvo a gusto en Durango por el clima y estuvo muy apegado a su familia también, entonces nunca estuvo así como realizado.” (DIA)

Esta búsqueda de mantenerse cerca de los familiares, también fue retomada por el director hacia sus hermanos, aunque como se verá mas adelante, en las generaciones actuales empieza a cambiar. Como se ha dicho, las costumbres pueden variar no sólo en cuanto al tiempo, sino también en cuanto al lugar, porque al parecer existe la tendencia de familias de ciudades más pequeñas a buscar más la cercanía, como lo podemos apreciar en palabras de la directora.

“En México rentamos un departamento y DIR va tomando sus raíces familiares y decidió pues que no íbamos a vivir sólo nosotros porque sus hermanos estudiaban allá, entonces se fueron a vivir con nosotros.” (DIA)

La cercanía, propiciada en principio por efectos afectivos, puede retomar también algunos aspectos económicos y favorecer a los integrantes de la familia.

“En Durango vivíamos en una casa de mis papás, enseguida de con ellos, por supuesto que no pagábamos renta, entonces DIR dice: me voy a México a hacer la especialidad, digo: muy fácil y muy cómodo, ¿no? de ninguna manera, vamos y somos tres, no, cuatro, ya había nacido el segundo hijo, pero es que no me va a alcanzar.” (DIA)

En algunas ocasiones, en las relaciones familiares, lo afectivo se antepone a lo económico, como cuando uno de los hijos prefiere la convivencia familiar a cambio de trabajar más tiempo en la clínica, aún sabiendo que podría obtener menos ingresos.

“Algo que me quedó de la niñez y no quiero que se repita ahora; yo de niño siempre buscaba a mi papá, y él se la pasaba trabajando. Involucrarse a meter más médicos sería más trabajo, estar más tiempo aquí, menos tiempo con la familia, platicando con mi esposa. Es preferible convivir más tiempo, para mí lo más importantes es la familia, y perdería tiempo para estar con ella”. (HME)

El deseo de mantener a los integrantes de la familia cerca del núcleo puede repercutir en decisiones determinantes, como sucedió con uno de los hijos en el momento de elegir el lugar en donde iba a estudiar su especialidad.

“A mis papás les inquietaba qué íbamos a estudiar, que teníamos que hacer la especialidad; en una ocasión me pintaban el panorama de Magdalena de las Salinas muy tétrico, ahí no vas a hacer nada, no vas a aprender, entonces yo aquí no me quedo, me voy a Guadalajara, cómo que te vas para allá, tienes que estar acá, la inquietud era de que estuviera cerca, que fuéramos a terminar la carrera.” (HMA)

En ocasiones los individuos pueden confundir la autonomía, justificando ampliamente la orientación del proyecto parental, sin posibilidad de percibir las contradicciones inherentes a éste.

“Nos ha costado tanto a mi mujer como a mí, hacer de ellos buenos hombres, rectos, y que hayan sido, pues lo que nosotros quisimos, que fueron médicos; entonces llevamos una muy buena relación, siempre lo que ellos quieren hacer, también lo platicamos entre todos y buscamos la mejor solución.” (DIR)

El apego familiar se asienta en el plano afectivo y se extiende al profesional, limitando la capacidad de auto-expresión de los hijos, sin reconocer dicha necesidad.

“HMA es el mayor, y yo siempre he estado prácticamente en lo mismo que él, primero la preparatoria, la misma, después se fue a Cuernavaca a la universidad, yo igual y en la especialidad igual, compartíamos deportes. Siento que HMA siempre ha estado como que muy al cuidado mío, como casi siempre he ido siguiéndolo, prácticamente en todo, entonces siempre ha sido de mucha ayuda, la verdad.” (HME)

#### **a.5) Autonomía profesional**

Así como los individuos buscan su autonomía afectiva, también buscan la profesional y por lo tanto la económica, como lo expresa uno de los hijos al momento de buscar trabajo.

“Cuando nos casamos no tenía trabajo; yo estaba por la idea de terminar el año de cirugía de columna, ella tampoco tenía trabajo, entonces mis papás me decían: oye ¿cómo vas?, oye ¿qué tal?, oye ¿ya te dijeron...?. Hubo un tiempo que resintieron mucho que yo estuviera en México, decían tienes aquí trabajo, ¿qué pasa?” (HMA)

El apoyo familiar se extiende al plano económico, en ocasiones se acepta, pero en otras, se prefiere la independencia económica.

“Me propusieron que hiciera alguna sub-especialidad, que mi papá me apoyaba, a mí no me gusta estar dependiendo, que me estén dando; me gusta ir probando por mi esfuerzo, por mi trabajo, por eso desde chico empezaba a vender algo, porque me quería comprar mis tenis, mis

raquetas, y si no había, pues le busco. Además, no se me hacía plan de hacer una sub-especialidad, donde no gana uno dinero, al contrario tiene uno que pagar.” (HME)

La autonomía profesional en ocasiones es tan importante que se deja de lado lo económico para resaltar lo personal y la autoestima, así lo explica la directora, cuando se refiere a uno de sus hijos.

“HMA siempre ha sido menos apegado, siempre ha querido tener su independencia y su personalidad aparte, además es de las personas que no les gusta decir soy hijo de..., y HME no, mi papá es fulanito. HMA quiere ser él.” (DIA)

El mismo hijo manifiesta el deseo de autonomía para elegir libremente la sub-especialidad, aunque no deja de reconocer el esfuerzo hecho por sus padres.

“Cuando decidí quedarme en México mis papás pensaban que yo estaba tirando por la borda lo que ellos habían hecho, yo entiendo, pero también quería ver lo de la columna y no lo puedo hacer aquí. Yo agradezco esto, y voy a estar viniendo, pero también quiero hacer algo y desarrollar otras habilidades y hacer lo que yo quiero.” (HMA)

#### **a.6) Modernización de la familia**

Como se ha tratado en capítulos anteriores, las instituciones evolucionan a través del tiempo; la familia actual no es la misma que la de hace algunas décadas, los cambios se han dado de manera paulatina si la comparamos con otras instituciones. Además, la familia mexicana se caracteriza, como comentamos anteriormente, por ser bastante conservadora, es decir, mantener tradiciones que se han transmitido de generación en generación. La mayoría de los valores se conservan todavía ahora, como la confianza y el afecto, por mencionar algunos; sin embargo, están apareciendo otros como la autonomía, que busca cada uno de los miembros de la familia.

“En una buena familia básicamente debe existir el respeto, el cariño y los lazos de afecto que siempre hay, pero como tal el respeto a la

individualidad y a la autonomía de cada uno de los miembros de esa familia.” (NMA)

No resulta fácil lograr la autonomía, pues ésta debe ser entendida y aceptada por los demás miembros, pero sin perder de vista la unión familiar, como lo comenta la directora.

“Una característica importante de la familia sería el respetarnos, el aceptarnos como somos que no es fácil, que todos nos procuráramos de ser, de seguir siendo, de estar concientes de que somos más, no sólo soy yo, pero no sólo en número sino en esencia y tener todos más fuerza.” (DIA)

La directora puede entender la autonomía que pretenden los otros miembros así como la existencia de diferentes maneras de pensar, pero insiste en mantener la integración familiar.

“La independencia forma parte de nuestras personalidades; HMA siempre ha sido muy independiente, yo he sido muy independiente, y ahora estoy muy apegada a mi familia, la de mis papás, por la distancia; a mi me gustaría como a todo mundo, que estuviéramos más integrados, pero los agragados culturales son... las culturas son muy diferentes.” (DIA)

Uno de los efectos de la modernización en la familia puede verse reflejado en el cambio de roles asumidos por sus miembros, las tareas del papá y la mamá ahora son un poco más compartidas, y el papel de la mujer en la familia, y por lo tanto en la sociedad, ha cambiado sustantivamente.

“Ahora existe mucho más intervención de los padres con respecto a las actividades de los hijos, antes eran roles muy específicos: el papá trabaja, la mamá está en la casa con los hijos, y actualmente no, la mamá trabaja y el papá también está en la casa con los hijos y nos compartimos las tareas, entonces yo pienso que eso ha hecho que la familia sea mucho más equitativa, creo que también te permite, como mujer, tener parte de tu independencia, un espacio en el cual tú te desarrolles como persona y como profesional.” (NMA)

Una característica de la familia mexicana ha sido mantener una cercanía no sólo moral, sino física entre los integrantes, las nuevas generaciones buscan cada vez más formar una familia independiente en cuanto a su estructura funcional, sin dejar de valorar el apoyo que siempre les ha brindado su propia familia.

“La familia es un sostén, te impulsa a hacer muchas cosas, te ayuda; se necesita madurez para generar tu propia familia, para que te desprendas de tu familia de donde vienes y empieces a construir tu familia, esto si vienes de una familia que te permitió ser independiente, creo que es muy importante.” (NMA)

Una situación importante en el proceso de modernización de la familia es reconocer la necesidad que tiene los miembros de formar sus propias familias, dicho de otra manera, cada individuo necesita formar su familia nuclear, es en este punto donde la autonomía retoma su papel, aunque los individuos no lo hacen de manera tan conciente.

“Obviamente que primero ahora es mi familia, mi esposa, mi hija y ya después mis papás, mis hermanos, mis abuelos.” (HME)

La modernización en las organizaciones, principalmente en las empresas, se ha dado de manera más rápida, una de las razones puede ser la competencia que enfrenta con sus similares, por lo tanto, el cambio se vuelve una necesidad para mantenerse en el medio. En la familia la situación es diferente, las necesidades de cambio no se resienten con la misma intensidad que en las otras instituciones, recordemos que uno de los fundamentos del comportamiento de la familia gira alrededor del afecto; así entonces, los cambios se dan de manera más pausada, se busca afectar lo menos posible la unidad familiar.

Probablemente debido a la diferencia en cuanto al proceso de modernización que existe entre la familia y la empresa, es que la dinámica organizacional del negocio repercute en la de la familia, ya que el negocio promueve determinados cambios en la familia para seguir compitiendo con otras organizaciones o, simplemente, en

ocasiones, para sobrevivir. Puede darse también en sentido inverso, es decir, la familia puede requerir de la empresa no efectuar demasiados cambios que pudieran afectar la estabilidad emocional de la primera.

## **b) Una empresa familiar**

En este apartado analizaremos algunas de las principales características de la empresa familiar bajo estudio, destacando la división del trabajo, la toma de decisiones, sus ventajas y limitaciones, el proceso de crecimiento y modernización, así como la integración y autonomía de sus miembros.

Si bien la casa y la clínica se encuentran edificadas en un mismo terreno, se ha buscado realizar una separación física que de cuenta simbólicamente de las expectativas de comportamiento diferentes que se espera tengan los actores en cada uno de estos espacios institucionales. Esta división pasará desapercibida en múltiples ocasiones, acentuando las contradicciones y complementariedades de los miembros de la familia.

“Aparentemente se ve que estamos juntos casa y clínica, pero no, por eso pusimos una barrera, un portón; tu casa, es tu lugar, son tus cosas y el trabajo es otra cosa, están divididos, tu comportamiento es diferente en tu casa que en el trabajo, entonces son dos cosas bien diferentes” (DIR)

### **b.1) La organización administrativa**

Toda organización contiene, así sea de manera mínima, principios que estructuran su actividad formal; sin embargo, dichos ordenamientos atienden no sólo aspectos funcionales sino incorporan en su seno elementos de tipo afectivo, sobre todo en el caso de una empresa familiar, haciendo que su funcionamiento se adecue constantemente, dando la impresión de flexibilidad. Así, si bien se realiza explícitamente por un lado la diferencia entre familia y clínica y, por la otra, entre práctica médica y administrativa y a cada una de estas últimas se le asigna un actor responsable, la falta de cumplimiento por parte del director no es observado como una falla sino como un principio positivo de flexibilidad que restituye rápidamente el equilibrio funcional. En ocasiones, a la simple consulta médica le denominan el consultorio, mientras que la clínica es reconocida por la necesidad de hospitalización.

“El consultorio y la clínica son dos cosas diferentes. El consultorio lo maneja DIR, es libre; las jeringas y las vendas que necesita el consultorio se las doy, no me las paga; porque como él es desprendido con el dinero, ahí viene la compensación, a veces él puede pagar al proveedor de su dinero, aunque no una cantidad fuerte, también puede pagar las enfermeras de día, que pueden servir en el hospital.” (DIA)

Por otro lado, el organigrama es interpretado no sólo como una herramienta conceptual que establece funcionalmente las necesidades de distribución de las responsabilidades y la autoridad, sino que representa también, simultáneamente, la jerarquía familiar; la separación pretendida en el espacio físico, entre clínica y familia, no es respetada. La reciente incorporación del hijo menor es ubicada, jerárquicamente, inmediatamente debajo del director, donde se localiza también la directora administrativa. Aunque, en términos de funciones podría pensarse que dicha distribución resulta racionalmente lógica en términos administrativos, al ubicar la práctica médica como la función sustantiva y la administrativa como de apoyo, el hecho de ubicar al hijo menor en tan alto nivel proviene seguramente de manera principal de su posición familiar.

“En un organigrama sería primero DIR porque él es la pieza más importante en cuanto a la familia, él es el jefe de la familia, entonces también es en el trabajo, porque la gente lo conoce primero a él, lo sigue a él y nosotros estamos apoyándolo; al siguiente nivel vendría HME quien lo refuerza en trabajo, es la parte nueva que nos va dando otra perspectiva, nos va dando una fuente de trabajo; junto a él pudiera estar yo, porque soy la encargada de proporcionar todos los insumos necesarios a los médicos y al mismo tiempo al hospital, también todo lo administrativo, con personal, con contabilidad, con proveedores, qué nos conviene hacer, si tenemos algún remanente en dinero, cuánto nos conviene guardar, trato de cuadrar los ingresos y los egresos, trato de comprar lo que nos hace falta, para ir reponiendo el instrumental que ya no está en buenas condiciones o irnos renovando también.” (DIA)

La estructura administrativa es rápidamente negada al no poderse desprender de su referente familiar, el cual juega un papel central en la dinámica organizacional. Es importante notar, además, que la descripción del organigrama que dan la directora administrativa y el director general no se corresponden, dando lugar a dos versiones

distintas. La ubicación, en último lugar, del hermano mayor se debe al distanciamiento que éste ha tenido al buscar un alto nivel de autonomía, tanto laboral como familiar.

“Administrativamente yo estoy a la cabeza, pero desde el punto de vista familiar, todos somos dueños, todos somos jefes, pero desde el punto de vista organigrama, como director estoy yo, luego como segundo está mi esposa, y como tercero está HME y como cuarto está HMA.” (DIR)

Si bien el orden jerárquico está bien establecido para el director general, tanto en términos administrativos como familiares, en ausencia de éste, la directora administrativa puede asumir sus funciones.

“Yo soy directamente el jefe de las enfermeras, para ver qué falta, qué están haciendo, yo tengo influencia sobre todos. Cualquier problema vienen a mí, pero jerárquicamente mi mujer también puede en el caso de que yo no esté, darle alguna orden a HME, a HMA o a las enfermeras.” (DIR)

La incorporación de la directora administrativa se realizó por el lado comercial, actitud heredada familiarmente, como una actividad de apoyo que generaba ingresos extras al negocio.

“La señora DIA se metió directamente aquí a la clínica, desde lo que fue la construcción, realmente desde ahí tuve mayor contacto con ella. Hasta donde me acuerdo ella empezó a mezclarse con el negocio de los zapatos; cuando el doctor ordenaba unos zapatos y para que no los fueran a comprar a otro lado, aquí se les facilitaba todo” (JRA)

El ayudante (JRA) reconoce con mucha claridad tanto la autoridad del director general como sus principales funciones y no realiza cuestionamiento alguno.

“El doctor es mi jefe inmediato, primer jefe, ya de ahí podría ser su esposa. Si los hijos del doctor necesitan algo, se dirigen a mi, por obvio de que soy el único hombre empleado aquí, si es cuestión de hacer una curación y la enfermera está ocupada, yo puedo también entrar y hacerla de enfermero: pasar a un paciente, ayudar en una curación, ya con veinte años aquí ya se mover a un paciente con fractura de cadera, de pie, de brazo.” (JRA)

Dicha situación de claridad jerárquica se presenta en todos los casos; existen algunos trabajadores que presentan un cierto grado de confusión sin que ello llegue a incomodarlos.

“Para mí, los dos (DIR y DIA) son mis patrones, porque cuando no está uno el otro me paga, o sea que los dos me mandan.” (ASL)

La función administrativa recae en una sola persona, la directora administrativa y tiene asignado un conjunto de actividades que sólo a ella le corresponden.

“Mi esposa (DIA) es la que se encarga de la administración, es decir, de cobrar, solicitar los medicamentos, atender a los proveedores, vigilar los alimentos de los operados, que la dieta sea la adecuada. Ella es la administradora, funciona como subdirectora y como administradora.” (DIR)

Es ella quien se encarga de los aspectos económicos y administrativos de la clínica.

“Mi trabajo es siempre en torno al aspecto económico, porque compro o estoy facturando o estoy pagando, todo lo que yo hago está en función de lo económico. Ahora estoy aquí en la clínica, en funciones pues administrativas meramente. Me encargo de los proveedores, de contratar a las enfermeras que cubren las guardias, especialmente cada tercer noche y el domingo todo el día.” (DIA)

La diferencia señalada anteriormente entre clínica y consultorio adquiere importancia al resultar la primera el centro de atención de la directora administrativa, ya que es

donde se generan los ingresos más importantes, sin tomar en cuenta los directamente provenientes de la práctica médica.

“La señora DIA está en la administración, pero más que nada por la hospitalización.” (ENS)

No obstante lo anterior, el consultorio, en tanto práctica médica, constituyó un espacio laboral importante para la directora administrativa ya que fue en él que logró acumular cierta experiencia en el manejo administrativo. Las experiencias comerciales previas se reproducen de alguna manera al considerar como aspectos centrales de su política financiera la disposición de efectivo en caja y las ofertas especiales de los proveedores, sin tomar en cuenta otros planteamientos, más avanzados, que le permitirían un mejor manejo de sus recursos financieros. Considera, por otra parte, que el hijo menor comparte dichos planteamientos.

“La función de compras ya la tenía desde el consultorio, porque desde ahí vengo buscando los proveedores. Compró material médico en primer lugar cuando tengo dinero, y cuando llega un proveedor y me dice: tenemos a 3x2, ahora es cuando, hay que comprar y me puedo apoyar en HME, porque él también tiene de mi familia que cuida pesos y centavos; HMA tiene el temperamento, pero no en cuanto al dinero, como que es despreocupado, no toma conciencia que tienes que cuidar el dinero.” (DIA)

Lo mismo acontece con la administración de los inventarios. Este resulta de experiencias previas y no se señala algún aspecto de tipo técnico.

“El manejo de la bodega lo aprendí sobre la marcha, como siempre he andado buscando los precios dónde nos sale más barato, dónde nos conviene, de buscar los proveedores.” (DIA)

La práctica administrativa no requiere de un horario estricto; sin embargo, en el caso de las cirugías, es necesario que la directora se mantenga atenta para el pago de los honorarios a otros médicos:

“No tengo horario fijo, de ninguna manera, cuando tengo cosas que hacer, veo a qué horas me programo para hacerlas. Tengo que estar ahí en mi oficina cuando hay cirugías, estoy al pendiente de todo, de cuando baje el anesthesiólogo para ver si le pago o después, o si es de alguna compañía de seguros.” (DIA)

En cuanto a la distribución de los ingresos, éstos son repartidos diariamente, al final de la jornada entre los miembros de la familia. La directora administrativa gestiona los correspondientes a la parte administrativa, pero no son concebidos como una ganancia personal sino de la organización.

“Las consultas del día se van juntando, y al final se reparten proporcionalmente entre DIR y HME, por ejemplo 60% y 40%, una cosa así. DIR es muy partido con el dinero, no es así como muy personalizado, porque él podría tener un porcentaje más alto; todo lo de hospital es mío en administración. Si al paciente se le tomó placa de rayos X, la mitad me la dan a mí, igual con los yesos que pusieron, eso entra mío.” (DIA)

El ingreso que controla la directora administrativa tiene como objetivo fundamental continuar brindando apoyo a la actividad médica, sobre todo proveyendo del material médico necesario.

“Los ingresos diarios por consulta mía y de mi hijo HME van a una caja común, y de ahí se distribuye en tres partes, una es para administración, otra lo de mi hijo y otra lo mío. A un paciente hay que tomarle la radiografía, requiere de curación, gasas, jabón, isodine, esterilización del material, los guantes, entonces administración repone lo que se está gastando, por eso se lleva una parte; y un % que me llevo yo lógicamente y mi hijo HME se lleva menos, pero siempre gana uno.” (DIR)

La separación entre los ámbitos médico y administrativo es muy precisa. Esta se atribuye no sólo a la especialización del conocimiento sino a una cuestión de gustos y habilidades, arraigados al menos parcialmente en las trayectorias históricas individuales.

“Cuando se necesita cirugía, el paciente se interna, se encama, ahí entro yo, hablo al laboratorio para que vengan a tomar las muestras, pago los

exámenes, busco yo o HME al anesthesiólogo; a DIR todo lo que es administrativo no le gusta y además no es su fuerte.” (DIA)

Si bien la diferencia entre ambos ámbitos es reconocido en diversas ocasiones, las enfermeras juegan un papel intermedio entre la medicina y la administración al realizar tareas que apoyan ambas funciones.

“El quirófano exactamente no es mi área, ahí nunca; así como DIR nada que ver con lo administrativo, yo de quirófano absolutamente nada. La enfermera en una hoja de consumo de quirófano marca si usaron oxígeno, isodine, xilocaína, jeringas, suturas, eso me lo pasa para que yo saque mis costos.” (DIA)

El director confirma la importancia de la participación de la enfermera que ayuda en una intervención quirúrgica:

“En el caso de una cirugía hay que pagarle al anesthesiólogo, al instrumentista, al ayudante, pagar los implantes, los medicamentos. La administración le pide a la enfermera en una cirugía que anote lo que se gastó para darle a administración su parte, otra para HME y otra parte para mí.” (DIR)

Si bien la directora administrativa reconoce varios aspectos de la actividad general de la clínica que le brindan satisfacción, centra su atención en el manejo adecuado del dinero como una de sus funciones principales. Ello nos remite a la noción, muy presente en la cultura mexicana, de que la mujer es la responsable principal de administrar los ingresos de la familia como forma de expresar tanto su afectividad como el bienestar material de los miembros de la familia.

“Me gustan mucho los números, me gusta trabajar mucho en la clínica. Me gusta la atención con los pacientes y me gusta cuidar mi dinero, ver en qué lo invierto, dónde está; no me interesa tener mucho dinero, me interesa tener mucho material en la bodega.” (DIA)

La administración asume también una labor importante de protección frente a posibles contingencias de tipo legal en el ámbito médico; ello es una forma de

protección del patrimonio de la clínica, aunque es asumido también como una forma de prestación laboral. Sin embargo, esta preocupación no se extiende al terreno estrictamente personal, como por ejemplo con la adquisición de seguros para los automóviles, los cuales son de uso estrictamente personal.

“Yo, administración, le facturo un seguro de protección a DIR y a HME porque trabajan aquí, y a la hora que hubiera un problema médico legal...; le compro a cada quien su seguro y nos da mucha tranquilidad, creo que tengo la obligación laboral con ellos. Yo le pienso para pagar un seguro a mi carro, me pesa, el seguro no forma parte de mi cultura, sí la protección legal, mi seguridad.” (DIA)

Si bien, como veremos más adelante, existe un ambiente laboral bastante agradable, las exigencias laborales, provenientes de la preocupación del manejo financiero de los recursos, legitima la autoridad formal.

“Con la señora DIA, en cuanto a trato, bien; en cuanto a exigencia, pues si a veces es más, por lo mismo que ella lleva el control del dinero y todo.” (ENJ)

Con respecto a la organización médica, los hijos del director general participan en diversas actividades, pero son simultáneamente considerados, por su relación familiar, como accionistas.

“Mis hijos se encargan de ayudarme en la consulta, en las cirugías. Ellos son dueños también, no tienen ningún contrato.” (DIR)

Existe, por parte de los hijos, un alto respeto a los pacientes del director, quien en principio goza de ciertos privilegios con las personas a quienes ha atendido en el pasado. Los hijos tienen que allegarse de sus propios pacientes, para lo cual son fuertemente apoyados.

“Cuando primero llegué eran los pacientes sólo de mi papá, y hasta la fecha así lo veo, pero ahora si llega un paciente de primera vez ya lo puedo ver yo y ya se supone que es mi paciente.” (HME)

El cobro de los ingresos por las diversas labores médicas sigue procedimientos diversos y precisos en función de qué otros miembros de la familia participan en dichas actividades.

“En cuanto a la parte económica, cuando es consulta, nada más cobro y ya; cuando vengo a ayudar a una cirugía, me entiendo con mi papá nada más, porque de él es el paciente y generalmente el responsable del paciente es el que cobra y reparte al equipo; cuando es mi paciente me entiendo con mi papá y con mi mamá, porque al estar cobrando, ya le pregunté cuánto va a ser de la clínica, de la hospitalización, de los medicamentos, de todo lo que eso implica” (HMA)

Sin embargo, han surgido algunos conflictos ya que el hijo mayor, traumatólogo especialista en columna, en ocasiones no asiste a compromisos laborales programados los fines de semana, aumentando con ello la carga de trabajo del director.

“Antes había más trabajo el sábado, porque DIR citaba un buen de gente a HMA para que viera las columnas, pero cuando no viene, entonces todo el trabajo se le cargaba a DIR, porque HME trabaja de lunes a viernes.” (DIA)

## **b.2) Flexibilidad y multifuncionalidad**

La flexibilidad en las pequeñas empresas ha sido un tema generalmente mal comprendido. Se estima que su falta de estructuración es un mal funcional y que la solución es la introducción de esquemas rígidos y objetivos de funcionamiento que aseguren la toma de decisiones al margen de las consideraciones de tipo personal, tales como las afectivas. De hecho, la tesis de la Revolución de los Managers, revisada al inicio de este trabajo, intenta confirmar dicha hipótesis. Más adelante surgió la idea de que esta falta de estructuración podría resultar positiva al no

encasillar a la organización en un esquema rígido de funcionamiento, de tipo burocrático. Ambos planteamientos, pensamos, tienen algo de verdad aunque resultan muy extremos cuando son presentados como formas alternativas de aproximación analítica. Si bien es cierto que la lógica de los grupos primarios, como menciona Merton, puede trastocar el buen funcionamiento organizacional, podríamos encontrar que bajo ciertas circunstancias también lo podrían potenciar. Una de las ventajas comparativas de la pequeña empresa, con un desarrollo incipiente, es precisamente la multifuncionalidad, es decir, la posibilidad de asumir funciones diversas por los miembros de la organización. Ello implica, en ocasiones, la no desvalorización de las tareas simples, como sucede en el caso de la directora administrativa, quien asume a la vez la responsabilidad de la cocina.

“Se procura que todos tengamos funciones dobles, por ejemplo, yo soy la cocinera de aquí, entonces que todos tengamos funciones dobles, para que venga la menos gente que se pueda.” (DIA)

Por otro lado, en otras ocasiones significa la posibilidad de revalorizar al sujeto al proporcionarle la posibilidad de elevar su estatus en la organización. Tal es el caso, por ejemplo, del jardinero quien asume además las labores de ayudante médico.

“El que mas años tiene trabajando y también lo metemos a la clínica es JRA, él es nuestro mil usos, hace el jardín, nos toma las radiografías, ayuda a veces a cargar a los pacientes, en el quirófano a tomar los controles de rayos X, maneja el *Arco en C*, un equipo que tenemos para las fracturas”. (DIR)

El nivel de autoestima del jardinero se ha elevado de manera significativa al asumir dichas funciones. Para él la polivalencia ha resultado un hecho significativo, más cuando se coloca la bata azul para tomar las placas de rayos X. El rol asumido a partir de su vestuario se analizará más adelante.

“JRA es un empleado polivalente, está contratado en primer lugar para los asuntos y menesteres del jardín, y se le ha adiestrado para tomar las

radiografías y revelarlas, él saca muy buenas placas. Hay un aparato de rayos X acá abajo, y otro arriba en el quirófano, porque se toman rayos X trans-operatorios, entonces JRA se viste con ropa de quirófano y entra cuando ya termina la cirugía y toma la placa, baja inmediatamente a revelarla y ya sube para mostrarla, si ya quedó bien, suturan.” (DIA)

Las actividades del jardinero no se limitan a las labores de jardinería y de apoyo a ciertas actividades de los médicos, sino que se extiende al conjunto de necesidades tanto de la casa como de la clínica, como pueden ser algunas tareas simples de plomería y electricidad.

“Aquí soy como empleado polivalente, hago de todo, desde jardinería y empleado de la clínica, si se descompone algún lavabo, cambiar una lámpara, hacer compras, llevar los zapatos ortopédicos al taller, asear y como técnico radiólogo.” (JRA)

La adquisición de conocimiento técnico de cierto equipo especializado y la incorporación del lenguaje propio, no común al lego, le permiten tomar distancia de su pasado y de otros actores de la clínica, rebasando la simplicidad aparente de sus otras tareas.

“Desde hace doce años tomo radiografías aquí, cuando el doctor empezó con su proyecto de tomar radiografías y su aparato de rayos X, me dijo que si podía tomar las clases que me iban a venir a enseñar; tuve que aprender técnicas para tomar las radiografías de cada miembro del cuerpo, la técnica para cambiar el líquido, para cargar los chasis y tomar la placa, cuidado y manejo del aparato y hace dos años, manejo el Arco en C, es un intensificador de imágenes.” (JRA)

Algo similar ocurre con una enfermera, la cual se siente orgullosa de responsabilizarse médicamente de manera amplia ante la ausencia de los miembros de la familia, quienes, por compromisos familiares no se encuentran en la clínica.

“Cuando me quedo los sábados soy responsable de todo, de quirófano y de consultorio; cuando voy a cubrir en el día, voy nada más al consultorio, pero si es necesario tengo que subir a los cuartos a aplicar medicamento.” (ENJ)

El hecho de que el jardinero sea el único trabajador de género masculino y que no contaba previamente con conocimientos especializados, a diferencia de las enfermeras, lo colocaba en una cierta situación de incomodidad, pero al asumir ciertas tareas propias, culturalmente, de los hombres le ha permitido lograr un cierto equilibrio.

“Soy el único trabajador hombre empleado aquí en la clínica, entonces realmente todo pasa por mí, tengo las herramientas básicas aquí, desarmador, pinzas, pero ya en cuestión de otras cosas, llaman al técnico para cuestiones mas grandes; pero si descompone el esterilizador, si yo le puedo hallar, lo arreglo.” (JRA)

Dicha polivalencia, que le permite realizar una diversidad amplia de tareas relativamente simples, ha sido considerada por el jardinero como una forma de enriquecimiento laboral que le permite escapar a la monotonía de un trabajo repetitivo y al aburrimiento proveniente de la falta de acción.

“Me gusta hacer todo, creo que se conjuga, como no estoy todo el tiempo que trabajo aquí, en la clínica viendo heridos, ratos estoy en el jardín, hasta sirve de terapia y mantenerse siempre ocupado.” (JRA)

Esta polivalencia proviene, en gran medida, del reducido tamaño de la clínica, el cual se ha pretendido preservar no sólo por razones de tipo económico sino también de control y confianza.

“No tenemos gente de mantenimiento porque no tenemos mucho trabajo, cuando tengamos muchos pacientes, es decir, se crezca, entonces creo que necesitas una persona específicamente para que limpie.” (DIR)

Las enfermeras participan también de esta multifuncionalidad o polivalencia, al ser constantemente reasignadas a distintos espacios laborales. El pago que ellas reciben puede provenir a la vez también de diferentes fuentes de ingreso.

“En la mañana trabaja una enfermera que puede hacer indistintamente consultorio, hospital o quirófano, cuando hay paciente hospitalizado entro yo ahí, vamos anotando las horas extras que va obteniendo. Yo, administración, contrato a las enfermeras, les pago con dinero del hospital o de lo que me compense yo con lo que me dan todos los días de rayos X y de yesos.” (DIA)

La división física entre casa y clínica no se aplica para algunos trabajadores, como por ejemplo a la persona que se encarga del aseo, la cual puede ser asignada indistintamente a uno u otro lugar.

“La señora ASL, que es la que hace el aseo allá en la casa de mis papás, que es igual, se cuenta pues para acá.” (HME)

Siempre habrá alguien que pueda realizar una tarea sencilla, incluso una enfermera puede abocarse a tareas de limpieza.

“Las personas encargadas del aseo son indistintamente, puede ser la misma enfermera, o puede ser mi muchacha, o puede ser JRA.” (DIA)

La flexibilidad en los horarios y en los días de trabajo resulta también muy importante, más cuando se trata de una clínica cuya especialidad implica la atención de casos de emergencia.

“Con respecto a mi horario yo estoy de ocho a ocho, si me necesitan me quedo más tiempo, o si ya estoy en mi casa , me hablan, saben que estoy disponible, si hubiera alguna emergencia en la noche, me vengo, inclusive los domingos he venido a trabajar. Creo que ellos se han acoplado a mí por la disponibilidad que tengo.” (ENM)

La flexibilidad del horario presenta, en ocasiones, ciertas ventajas económicas para los trabajadores.

“Cuando ingresa un paciente el doctor DIR me dice: ¿crees que te puedas quedar en la noche y hacer la guardia?, se va a operar, es un dinerito extra.” (ENS)

En otras ocasiones, esta flexibilidad temporal implica simplemente la modificación de los horarios asignados, sin que medie necesariamente retribución económica de por medio.

“Cuando no hay pacientes hospitalizados salgo a comer y regreso; cuando hay paciente es turno corrido y comemos aquí”.(ENM)

La flexibilidad laboral no se limita a la diversidad de tareas asignadas, incluidas las de limpieza o a la posibilidad de modificar los horarios sino que también se expresa en la posibilidad de asumir funciones asignadas originalmente a otra persona que se encuentre ausente.

“Mi trabajo es asistir al doctor con los pacientes en consulta, y en una operación en caso que no esté la otra enfermera, o si en la noche se opera el paciente, entro a ayudar al quirófano. También mantener en orden y limpio el consultorio; le ayudo a ENM, si ella salió a comer y llega un paciente que se tiene que internar, yo lo subo al cuarto, incluso lo canalizo, le pongo el suero y le empiezo a pasar sus medicamentos.”  
(ENS)

Si la directora administrativa, responsable de la elaboración de la comida, en función del tipo de dieta designado, se encuentra ausente, puede delegar esta actividad a una de las enfermeras.

“A veces la señora DIA sale y cuando va a regresar tarde, entonces dice: antes de que te vayas prepárale su dieta al paciente y la preparo y se la paso.” (ENS)

Esta misma actividad recae incluso, en ocasiones, en la persona encargada del aseo.

“De vez en cuando, cuando no está la señora DIA, cocino” (ASL)

La flexibilidad laboral no implica la falta de reconocimiento de las funciones asignadas; éstas son reconocidas y aceptadas por los trabajadores, y saben además bajo qué circunstancias tienen que ejecutarlas.

“Mis funciones al llegar son abrir el consultorio y trapear; cuando hay cirugías me tienen que dar el material para esterilizarlo y revisarlo, cuando no hay pacientes, checar lo que hace falta. Cuando hay pacientes (hospitalizados) aquí arriba, los estoy checando cada quince o veinte minutos si están muy delicados, o si están solos, o cuando es una persona ya grande.” (ENM)

Es cierto que no todas las actividades asignadas, en este esquema de flexibilidad, son bien aceptadas, tal como acontece con una enfermera a la cual le disgusta la limpieza de la ropa de quirófano. En términos generales, las funciones de limpieza no son asumidas con buen agrado.

“Lo que casi no me gusta es lavar la ropa de quirófano, hay que subir y bajar a tenderla” (ENM)

Una de las bases de la multifuncionalidad, comentábamos con anterioridad, reside en consideraciones de tipo económico, asociado al pequeño tamaño de la organización. Por otro lado, es de hacer notar que uno de los argumentos utilizados para justificar que ciertas tareas asignadas no deben ser realizadas estriba precisamente en su alto nivel de disfuncionalidad, como acontece, por ejemplo, en el caso de las enfermeras.

“Lo único que no nos gusta, porque es general, es hacer la limpieza, más cuando hay muchos pacientes; algunos se ven más o menos exigentes, porque nos comentan: ¿usted va a trapear?, yo digo que es antihigiénico, porque si estamos aplicando un medicamento y luego nos ven trapeando; se lo he comentado a la señora DIA, y dice: es un cuarto, lo tienes que hacer, ni modo de pagarle extra a alguien.” (ENJ)

Incluso la señora contratada para realizar las labores de limpieza presenta cierto rechazo cuando a ésta se le asigna la misma tarea pero en lugares distintos.

“A mi nada más me toca limpiar aquí (la casa), allá (la clínica) no me toca, pero a veces DIA me ha subido (a la clínica) a limpiar. Yo recojo las charolas de los pacientes y cuando tiene ocupadas a las enfermeras, pues a mi me pone a hacer aseo allá arriba, los cuartos, y le digo, no, a mi me toca abajo, pero si no hay nadie, entonces me suben a mi.” (ASL)

Finalmente, si bien la flexibilidad puede acarrear ventajas y desventajas, también es importante señalar la dificultad, por parte de los empleados, de recibir comunicados con sentidos opuestos. Este hecho adquiere mayor dificultad por el doble discurso de los miembros de pertenecer a una misma familia y ser, simultáneamente una empresa. Los trabajadores reconocen esta dualidad –o multiplicidad- institucional y no saben qué tipo de respuesta puede resultarles más pertinente.

“El doctor nos da una orden, por ejemplo en cuanto a la consulta, yo le pregunto ¿doctor todavía va a atender consulta?, pues si, qué bueno que haya trabajo; y por detrás me están dando otra orden: ya no recibas a nadie; uno se queda: ¿qué hago?, a quién obedezco al doctor o a la casa.” (ENJ)

### **b.3) Toma de decisiones**

La toma de decisiones es considerada generalmente como un factor estratégico para el buen desempeño de la organización. Los libros de texto se refieren a ella como un proceso de tipo racional que potencia el logro de los objetivos y el bueno manejo de los recursos. Sin embargo, dicho proceso no puede ser ajeno a las vicisitudes propias de las relaciones sociales en las cuales es reconstruido constantemente el sentido de la acción. Además de las consideraciones de tipo intersubjetivo, inconsciente y contingente de toda acción social, así como de sus resortes histórico, político, cultural, económico y afectivo, es importante señalar, para el caso que nos ocupa, las referencias institucionales cruzadas que se dan en una pequeña clínica de tipo familiar. Para empezar, notemos la visibilidad de sus actores, en especial aquellos que ejercen cierto liderazgo, sin caer en la idea generalizada de la simple imposición sino como un espacio sustantivo de influencia.

“Las empresas familiares funcionan de manera diferente debido al líder; la persona que tiene mayor jerarquía es la que marca el tipo de empresa que quiere tener.” (NMA)

Si bien se tiende a pensar que el director general de cualquier organización debe desarrollar también la acción de liderazgo, es importante señalar que esta visión no es siempre compartida por la totalidad de sus miembros. El liderazgo, como forma particular de poder en una relación social, tiende a verse cuestionado frecuentemente cuando la fuente de poder es ubicada en alguno de sus otros miembros.

“La señora DIA es la patrona aquí en la casa y donde quiera” (ASL)

Una parte importante del poder en las organizaciones se concreta en la toma de decisiones. En el caso de la clínica podemos además observar cómo ésta es legitimada, buscando la obediencia a través del respeto, desde el espacio institucional de la familia.

“Las principales decisiones las tomamos mi esposa y yo. Desde que eran niños los educamos de tal manera que tengan mucho respeto, lo que los mayores digan eso tiene que ser, mientras sean hijos de familia, ellos tendrán voz, pero no voto, lo que mi mujer y yo decidamos, eso tiene que ser.” (DIR)

Esta toma de decisiones, sobre todo la de tipo estratégico, es, en principio, realizada de manera compartida.

“Cuando hay que tomar una decisión, los dos (DIR y DIA) platican mucho, ven cómo está el plan, si conviene o no conviene, o se informan para poder tomar una decisión acertada; las decisiones importantes son entre los dos, si llega a faltar uno, en ese momento se puede detener la acción y hasta que lo platican, pero si no se puede, yo creo que cualquiera de los dos toma la decisión.” (JRA)

Sin embargo, la división del trabajo –medicina/administración- juega un rol esencial en las decisiones especializadas no sólo por el conocimiento técnico específico a cada una de estos ámbitos sino por el sentido que cada actor le asigna, haciendo que por ejemplo un médico considere lo administrativo como un trámite engorroso que resulta en pérdida de tiempo.

“Las principales decisiones en cuanto a lo médico las toma DIR, en lo administrativo, yo; yo decido en dónde compro, con quién compro, cuánto le debo, cuánto le pago, cómo le hago. DIR no interviene para nada en lo administrativo, absolutamente nada, en las supervisiones de salubridad o administrativas pierde la compostura y se desespera.” (DIA)

Desde la incorporación del hijo menor en la clínica, éste, por su filiación familiar ocupa, de manera creciente, un lugar importante en la toma de decisiones, aludiendo criterios de la solidaridad y fines comunes.

“Al estar unidos, todo lo que hacemos lo platicamos siempre antes, si estamos de acuerdo los tres, sacamos una conclusión.” (DIR)

La intervención del hijo menor ha sido más amplia que la del hijo mayor en el espacio administrativo, principalmente en lo concerniente al crecimiento y la modernización de la clínica, esperando llegar a consensos sobre el desarrollo futuro del negocio, pero partiendo de la premisa de que constituyen una familia. En el ámbito administrativo, la dimensión económica, resulta ser entonces el lugar privilegiado donde las referencias institucionales de lo afectivo y de la racionalidad económica se conjugan con mayor facilidad.

“Las decisiones administrativas, las planteamos en consenso como familia, como en un concilio, nos reunimos los integrantes mi esposa, mi hijo HME y yo, nos reunimos cada año y vemos qué hicimos, lo que crecimos, muy bien; después qué nos falta, con qué contamos, cuánto dinero tenemos; en este año nos hicimos un propósito, qué aparatos podemos comprar, esas decisiones las tomamos entre tres personas.” (DIR)

La búsqueda de la unidad armónica de la familia se pone de manifiesto en la proyección de metas comunes, en la planeación de un futuro deseable común.

“Se me hace mas fácil ahora, poder sentarnos a platicar, normalmente lo hacemos mi papá, mi mamá y yo, porque somos los que estamos aquí, para proyectar las metas, qué es lo que queremos, qué es lo que vamos a hacer, cómo estamos.” (HME)

Incluso las decisiones administrativas de tipo operativo, como por ejemplo el establecimiento del horario de trabajo del hijo menor, también tienen que establecerse bajo el triple consenso de los miembros de la familia, sabiendo de antemano que las condiciones personales de cada uno de ellos serán ampliamente tomadas en cuenta.

“Las decisiones en cuanto a mi horario, de saber más o menos a qué hora trabajo, a qué hora me voy, y en cuanto a lo demás, pues ya nos sentamos y platicamos.” (HME)

No obstante este clima familiar, se reconoce también el doble papel que juega el principal responsable en tanto padre de familia y director general, asignándole finalmente la autoridad última sobre las decisiones a dicho actor.

“Para tomar una decisión directamente sobre la clínica yo puedo decir lo que pienso, sugerir algo, pero a fin de cuentas quien toma la decisión es mi papá, igual mi mamá, nos podemos sentar a platicar algo, pero el que dice se va a hacer esto o aquello es mi papá. En la parte administrativa, yo sugiero, pero que diga que va a hacerse, no, puedo sugerir y apoyar.” (HME)

Es interesante observar los esfuerzos de la familia para que su lógica afectiva no interfiera en la marcha del negocio. El grupo familiar se considera a sí mismo como una unidad de tipo empresarial y ha interiorizado recientemente la metáfora de la organización como ser vivo, enfatizando la idea de que la única forma de supervivencia es el crecimiento.

“En la toma de decisiones no influye lo afectivo, porque ahí ya no pensamos como familia, sino como empresarios; como empresarios, una empresa que no crece pues se muere, tiene que crecer para que viva”.  
(DIR)

Se enfatiza la importancia de los aspectos económicos en la toma de decisiones, los cuales, según la creencia general, son mesurables.

“Creo que más los aspectos económicos, porque realmente para las decisiones yo siento que no cuentan tanto los afectivos, más que nada los económicos para ver cómo andamos, qué tanto ha habido de gente”  
(HME)

Sin embargo, otro miembro, no nuclear, de la familia, en este caso la esposa del hijo menor, observa un tanto cuanto desde el exterior cómo lo afectivo juega un papel en la toma de decisiones ya que aunque exista una solicitud proveniente de un médico y ésta se base en argumentos de tipo estrictamente económico, la directora administrativa o el director general, por ejemplo, no pueden hacer abstracción de que se trata al mismo tiempo de una demanda proveniente de su propio hijo.

“Creo que en las decisiones influyen los dos aspectos: económicos y afectivos. Aquí la administradora es mi suegra, es una persona que siempre está abierta a decir: si se necesita se compra o si se necesita se contrata en el caso de personal; dependiendo de las sugerencias de don DIR y de HME, creo que lo hablan entre ellos tres y determinan si realmente se necesita, creo que no es una cuestión meramente afectiva, obviamente si influye el que se lo pida su hijo.” (NME)

Resulta difícil aceptar que el individuo logre desprenderse totalmente de un rol con alta carga afectiva, proveniente de la relación con sus padres, para instalarse cómodamente en una racionalidad exclusivamente económica.

“Creo que siempre HME en las decisiones que toma en relación a comprar material, a quién atiende, todo es pensando también en sus papás, en su beneficio, en lo que les puede gustar o lo que no, no nada mas se fija en él.” (NME)

Un planteamiento similar realiza la otra nuera, la esposa del hijo mayor, para quien la jerarquía de la familia nuclear se reproduce al interior de la clínica, propiciando, de manera inconsciente, decisiones económicas sesgadas por un cierto favoritismo.

“En las decisiones, creo que los dos aspectos económicos y afectivos intervienen, porque a veces que te guarden al paciente, le vas a hacer esto, para que te ganes un dinero, es ese tipo de mezclas que se hacen en las empresas familiares. Hay que entender, que hay una jerarquía en la clínica, y hay que respetarla.” (NMA)

En la empresa familiar, arguye la misma persona, es más importante incluso el peso de lo afectivo, por lo que el buen desempeño de la organización no está en negar esta doble referencia institucional sino en lograr cierta madurez emocional en las relaciones afectivas, es decir, no negar dicha dualidad sino repensar una en función de la otra. Si bien existe un fuerte énfasis en el rol jugado por el líder, entiéndase el padre de familia y director general, el cual puede llegar a ser, sin pretenderlo, impositivo, es importante pensar la familia como un proceso social dinámico compuesto por diversos actores.

“En las decisiones, creo que influye mucho lo afectivo: voy a comprar este equipo porque le va a servir a mi hijo, en ese sentido creo que en una empresa familiar pesa más lo afectivo que lo económico (...), entonces creo que la diferencia básica es la cabeza de la empresa.” (NMA)

Por otro lado, una de las enfermeras considera que la cercanía física de la casa y la clínica influye de manera determinante en ciertos procesos de la segunda. Así, por ejemplo, la cocina, territorio de la directora administrativa, en ocasiones desatiende las necesidades médicas en términos de dieta.

“Si influye en las decisiones la cercanía de la casa con la clínica, en eso de la comida, de las dietas, hay médicos que nos ponen dieta normal, o dieta baja en sal, y pues va uno a la cocina (está en la casa) y no puedes dar esa orden, nos mandan lo que ellos creen, no se apega a la dieta.” (ENJ)

#### **b.4) Ventajas y limitaciones de la empresa familiar**

De entre las principales ventajas que aluden los miembros de la organización, encontramos las económicas, un ambiente agradable de trabajo que niega la jerarquía formal al ser ésta relativamente substituida, al menos en ocasiones, por la figura, un tanto idealizada, de la familia y por la posibilidad de conjugar de manera accesible el trabajo con el afecto. De entre las limitaciones más relevantes podemos citar la enorme dificultad de separar los ámbitos laboral y familiar.

Una de las principales razones señaladas para instalar la clínica fue, sin duda, de tipo económico. Como observamos en un capítulo anterior, los pequeños establecimientos médicos de régimen familiar resultan ser una opción factible para la profesión médica dado que en un inicio se puede iniciar el negocio sin necesidad de contar con un capital financiero demasiado importante. Además del apoyo familiar, que reduce los costos de operación, la flexibilidad estructural de la organización juega también un papel central en dicho proceso.

“Cuando trabajas en una clínica privada, (otra diferente a ésta), ves lo que les das a ganar, nunca recibes nada a cambio, entonces dije: bueno, si le estoy dando a ganar a otra gente, sin que me den nada, mejor voy a poner mi sanatorio, para que todo sea ganancia, todo se quede aquí, esa fue la idea, de que el dinero no se estuviera yendo, sino que todo el dinero que entre aquí, todo el dinero se va a quedar.” (DIR)

Al conjunto de razones económicas que le dan viabilidad económica al proyecto, debemos señalar la posibilidad de la seguridad económica de los hijos en el futuro. De hecho, desde este momento se puede vislumbrar ya la idea de la sucesión; de ahí los esfuerzos del padre para encausar a los hijos para que realizaran también estudios de medicina.

“Hice el consultorio para estar cerca de la casa, uno; para no pagar renta, dos, y después dije que no era muy difícil tener una clínica y además que se llevaba con mi profesión; voy a poner una clínica para ver cómo funciona, fue como una prueba, que iba bien, gano en consultorio, gano en la clínica, gano en las cirugías, entonces pensé: voy a hacer más grande

esto porque mis hijos tienen que ser médicos, quieran o no, los voy a ir encausando para que les guste”. (DIR)

En el terreno económico, se estima que una clínica médica puede desarrollar un conjunto de sinergias mediante el prorrateo de sus costos fijos, incrementando con ello su rentabilidad; es el principio de los centros médicos multi-especialidades. Este tipo de diseño administrativo no implica la puesta en operación de un sistema jerárquico o centralizado sino que las unidades pueden gozar de una amplia autonomía de operación aunque compartan gastos comunes. El caso de la empresa familiar, por otra parte, a pesar de asumir una estructura de este tipo corre el riesgo, en mayor o menor medida, de incorporar la estructura familiar de manera implícita, reduciendo el grado de discrecionalidad de los miembros que la integran.

“Las ventajas de una empresa familiar dependen del tipo de empresa que sea, haciendo un poquito de estudio comparativo entre donde estoy entre semana y donde estoy a veces el fin de semana, depende mucho del tipo de empresa familiar, porque aquí (consultorio con su papá) tenemos los tres un consultorio, se paga una recepcionista, un teléfono, una renta, cada quien funciona de manera independiente, de manera autónoma. Pero cuando te voy a mandar un paciente y le tienes que hacer esto y esto, entonces ahí es cuando ya empiezan a haber los conflictos. Los roces dependen mucho de cómo sea la empresa y de cómo se manejen sus miembros.” (NMA)

La seguridad económica es fortalecida al disminuir la probabilidad de una pérdida total ante alguna contingencia de tipo fiscal al dividir la propiedad de la casa de la clínica.

“La casa está a nombre de mi mujer, por efectos fiscales, la clínica está a mi nombre. Son dos cosas diferentes, dos propiedades diferentes.” (DIR)

Si bien la casa está separada de la clínica por razones de tipo económico y, como lo vimos al inicio de este apartado, por razones de comportamiento esperado, se observa una conexión entre ambas para lograr un mejor desempeño de la clínica. Así, el simple hecho de contar con una extensión telefónica de la clínica en la cocina

de la casa, lugar privilegiado que podríamos considerar común a ambos espacios, permite una mejor captación de pacientes.

“En la noche la enfermera contesta el teléfono o, si no, contesto yo, porque tengo una extensión en la cocina. El teléfono del consultorio tiene extensiones, es un aparato en el consultorio, otro en la recepción y otro en la cocina, porque luego no te dabas cuenta de quién hablaba, entonces hay que estar al pendiente, para captar lo que llegue.” (DIA)

El control de las actividades, es un hecho conocido, repercute directamente en el funcionamiento cotidiano de un negocio. La cercanía de ambos espacios resulta vital para llevar a cabo dicha función.

“Las ventajas de estar cerca la casa de la clínica son en cuanto a control, controlas todo, pero sí es difícil, yo lo he aceptado y lo he podido sobrellevar, porque así nos creamos en el comercio.” (DIA)

Este control puede extenderse al conjunto de los empleados, sobre todo si en ocasiones desarrollan jornadas extensas de trabajo y su grado de polivalencia es alto.

“JRA está doce horas al día, trabaja de lunes a sábado”. (DIA)

El ambiente en la clínica, si bien no está exento de problemas, como acontece en cualquier organización, resulta agradable. La jerarquía laboral es, al menos discursivamente, negada, tratando de que la representación que se hace de una familia armónica ocupe su lugar.

“Nos llevamos todos muy bien, tratamos de que no vean en mí al jefe, sino un amigo, lo que yo sé, se los trasmito, y siempre nos llevamos bien, como si fuéramos una familia.” (DIR)

Si bien en ocasiones se enfatiza la necesidad de marcar una diferencia precisa entre la casa y la clínica, sobre todo por razones de funcionalidad operativa del negocio, en

otras se privilegia la fusión de ambas para motivar una mejor cohesión de las relaciones sociales.

“Uno de nuestros éxitos es que nos vemos igual en la casa, como en la clínica, creo yo que no hay ningún cambio.” (DIR)

El conocimiento personal se fortalece con el estrechamiento de las relaciones entre los individuos mediante reuniones de tipo informal. Ello es más fácil de lograr entre los miembros de la familia aunque trata de extenderse este planteamiento al resto de los empleados; el ideal es que todos sean una gran familia ya que la confianza, en esta visión, está directamente asociada a la seguridad económica.

“El estar juntos en el trabajo, en la casa, en fiestas, en reuniones, y todo eso hace que nos conozcamos más en todos los terrenos, y así le tienes más confianza que a una persona que no conoces; y en cambio tu familia, tienes la seguridad de que no te va a robar.” (DIR)

El médico hijo menor aprecia este ambiente de informalidad que se expresa de manera abierta en el trato amistoso de los trabajadores, quienes, al conocerlo desde niño, no reproducen la jerarquía laboral sino familiar.

“Lo que más me gusta en general es el ambiente de trabajo que reina; a los trabajadores prácticamente los conozco de siempre, la única que me dice doctor es una enfermera que llegó aquí hace cinco años, y yo ya estaba estudiando la carrera de medicina, pero todos los demás me dicen por mi nombre, ese ambiente es muy agradable.” (HME)

El alto apego a la familia puede ser considerado, como veíamos en un capítulo anterior, una característica general de la cultura mexicana, sobre todo si hacemos referencia a pequeñas ciudades del interior del país. El trabajo en la clínica, en este esquema, le permite al hijo menor una mayor convivencia con la propia familia que ha formado y estar cerca de su hija y de su esposa para resolver cualquier contingencia.

“Las ventajas de trabajar en la clínica: primero es que mi hija puede estar aquí, no la voy a tener en ningún otro lugar; segunda, si alguna cuestión se me atora, le aviso a mi papá, cuando fue el embarazo de mi esposa, fue muy difícil, yo nada más le hablaba por teléfono; realmente mi consultorio yo lo escogí, realmente no pago renta, obviamente no pago servicios, creo que en ningún otro lo voy a tener.” (HME)

La jerarquía laboral no siempre es fácil de aceptar; sin embargo, cuando está revestida simultáneamente de autoridad moral, proveniente de la figura paterna, ésta es más fácil de ser reconocida.

“Yo tenía mucho problema en otras clínicas con la jerarquía, siempre contra un jefe, siempre llegué a chocar, fueron las situaciones que tuve en México por las cuales dejé de trabajar allá, aquí no tengo eso, a fin de cuentas, de estar trabajando para alguien, estoy trabajando para mi papá, que es otro contexto totalmente diferente.” (HME)

Una de las principales limitaciones se deriva de la dificultad de separar la esfera del trabajo de la de la vida privada. Por una parte, aquello que representaba una ventaja, por ejemplo en términos de control o de atención de emergencias, dada la cercanía de la casa con la clínica, también constituye una fuente de conflicto al invadir la clínica el espacio privado y familiar. Recordemos que la clínica se diferencia de otros tipos de empresa al incluir como elemento esencial de la atención los servicios de emergencia, máxime si se trata de un establecimiento especializado en traumatología, que debe atender, entre otros, accidentes, lo cuales ocurren en cualquier momento e incluso muchos de ellos en días no laborables.

“La desventaja es que la gente sabe que vives ahí, no tienes descanso, sean días festivos, domingo, cualquier hora de la noche o de la madrugada te vienen a buscar; la ventaja que no tengo que estar saliendo para ir a mi trabajo, puedo tener más tiempo para estar con mi esposa, mis niños, mis animales, mis pájaros, mi jardín, lo disfruto mucho y eso es una ventaja.” (DIR)

La cercanía física resulta, entonces, tanto una ventaja como una limitación. Es algo deseado pero molesto.

“Es bueno que la clínica y la casa estén cerca, porque cuando hay una urgencia, pues nada más llamamos al médico; la desventaja es que a veces ellos tienen que salir o tienen un compromiso, y llega un paciente”. (ENM)

El horario de apertura ha sido motivo de desacuerdo entre padre e hijo ya que éste último desea contar con un poco más de tiempo para sus actividades personales.

“Yo nunca he estado muy de acuerdo, pero obviamente no se puede mover el horario, yo le tengo que decir a mi papá: oye vamos a abrir más tarde, pero no quiere.” (HME)

#### **b.5) Crecimiento y modernización**

Si bien el tema del crecimiento y la modernización de la clínica se tratará de manera particular en otro apartado, relacionado con el establecimiento de una alianza estratégica con una compañía aseguradora, queremos señalar en éste algunos aspectos generales que permitirán una mejor comprensión del caso.

Si bien la clínica no había realizado ni un plan de crecimiento a largo plazo ni se había realmente involucrado en la actualización y ampliación de su equipo médico, si había contemplado la posibilidad de incorporar a sus dos hijos, e incluso a sus esposas, en la práctica médica del establecimiento; ello propició un cierto crecimiento de las instalaciones físicas. Por otro lado, la clínica, y más visiblemente el único doctor que ahí laboraba –el actual director- había alcanzado ya un cierto prestigio, el cual le sirvió de base para su posterior crecimiento.

“Mucha gente acude aquí también porque ya conoce a mi papá de mucho tiempo, de manera directa o indirecta, pues ya los ha tratado, y ya lo conocen, eso es bueno.” (HMA)

El director general, de manera más humilde, se refiere al trabajo más colectivo, repartiendo los créditos de manera más abierta y considera que con el tiempo se ha logrado forjar una buena imagen de la clínica.

“Afortunadamente el tiempo que ya llevo aquí, más de veinticinco años como traumatólogo, me ha dado un prestigio, un nombre, ya no buscan al doctor DIR, sino buscan el lugar, todos saben que viniendo aquí, se les van a resolver sus problemas, y el médico que esté, está capacitado.” (DIR)

La necesidad de atraer pacientes a la clínica no representa entonces un problema, y un plan de crecimiento no es visualizado de manera problemática.

“Estando aquí, en un lugar que ya está acreditado, es una ventaja, porque aquí ya son veinte años, entonces como que la gente ya llega sola, ya con una imagen.” (HME)

Si bien los pacientes no representan en principio una limitación seria, los obstáculos al crecimiento irán apareciendo de manera gradual. Es importante señalar que en un primer momento el director general no resentía la necesidad de ampliar el horizonte de la clínica ya que la empresa familiar cumplía con su cometido original y que el número de pacientes atendidos era suficiente.

“Otros médicos no vienen aquí a traer a sus pacientes, sino los pacientes que manejamos en la clínica son pacientes que nos vienen a ver a nosotros, entonces las necesidades no son grandes, por eso no hemos crecido, pues pienso que con lo que tenemos es suficiente.” (DIR)

El padre consideraba, en cierta forma, haber concluido casi la parte del proceso que le correspondía a él; dejaba aseguradas las bases para el crecimiento, pero estimaba que ésta era ya una tarea que le tocaba, en el futuro, a sus hijos, en el momento de la sucesión. El había asumido la responsabilidad de haber fundado una empresa familiar y a los hijos la de continuar. La modernización prematura representaba un grave riesgo para la dinámica familiar, fuente de inspiración de la clínica.

“No me gustaría que vinieran otros médicos a trabajar aquí, porque como ésta es una empresa familiar, viniendo otro tipo de gente, pues ya no sería lo mismo, así estamos bien. Ni aún pensando en lo económico, porque cuando creces, creces en todo, ese es el problema, creces en trabajadores, en insumos, en equipo, ya si los hijos quieren, ellos que crezcan.” (DIR)

El director general estimaba que la única diferencia entre un hospital grande y una pequeña clínica era cuestión de tamaño, sin considerar otras diferencias significativas y visibles; pensamos que dicho planteamiento más que tratar de dar cuenta de un hecho objetivo, a todas luces refutable, intentaba más bien generar una interpretación que tratara de justificar un tamaño manejable y un ambiente familiar.

“Mi clínica es pequeña, pero es una clínica funcional; para las necesidades que yo tengo me funciona y además que puede hacer todo lo que hacen en México, nada más que allá es bien grandote, yo aquí hago lo mismo, pero en pequeño.” (DIR)

La centralidad del director general en las funciones médicas, aunado al rechazo de las actividades administrativas, jugó un papel central en el rechazo de un plan de crecimiento para la clínica, postergando dicha necesidad al momento de la sucesión.

“Si la clínica fuera mas abierta tendrían que intervenir otros médicos y haber un médico de guardia siempre, estos son los planes que a mí me gustarían, pero no corresponden a las aspiraciones de DIR, él ya está más cansado, ya empieza a cansarse, eso a él no le gustaría, porque no le gustaría lo administrativo, ver a alguna otra gente, le parece que se le va a complicar, y dice: no, así estamos bien.” (DIA)

Si bien el discurso de una familia armónica está presente en la clínica, se reconocen las dificultades en el establecimiento de un proyecto común en el que los proyectos y los tiempos de ejecución sean establecidos bajo total unanimidad.

“Actualmente, una empresa familiar es una empresa, donde varios miembros de la misma familia se dedican a la misma actividad y tratan de crecer juntos, de tener un proyecto en común, creo que es difícil si no todos tienen la misma forma de trabajo, las mismas normas de manejo, creo que es una empresa muy delicada.” (NMA)

La falta de incorporación de nuevos miembros a la clínica ha detenido el crecimiento del establecimiento. Existe una fuerte resistencia a diversificar los servicios médicos prestados.

“Yo pienso que deberían meter médicos de otras especialidades, si la tirada fuera crecer de manera económica, de crecer como clínica; pero yo pienso que no, porque piensan mantener esto como empresa familiar, netamente familiar, que no entre nadie más y por eso veo que ya llegaron a la cima, porque de aquí a que haya otro miembro familiar que pretenda entrar, pues va a pasar mucho tiempo.” (NMA)

El cansancio, producto de muchos años de arduo trabajo, se presenta en ambos directores. Si bien éste no es explícitamente reconocido de manera personal, otros miembros de la organización lo han señalado frecuentemente.

“Veo que cada vez la señora DIA está más metida en el negocio, si se cansa, pero toma unos ratos para descansar.” (ENM)

La familia es considerada por algunos actores externos como un espacio demasiado cerrado, acentuado por la alta homogeneidad de sus miembros, lo que ha constituido un serio obstáculo al cambio. La firma de un convenio con una compañía de seguros será el elemento que permitirá pensar el cambio.

“Esta es una empresa donde la familia son traumatólogos, y están casados con traumatólogas, pero era una clínica muy cerrada, era muy familiar; esta clínica estaba nada más para los pacientes de la familia, pero como todo, tuvieron la necesidad de la apertura, y ahí es donde entré yo.” (MAS)

Con el transcurso del tiempo y la firma del convenio con la aseguradora, el director cambia su visión acerca de la necesidad y las posibilidades del crecimiento; su actitud se torna positiva.

“La etapa en la que se encuentra la clínica apenas estamos naciendo, estamos empezando a prosperar, todavía no estamos ni a la mitad, ni a una tercera parte, estamos naciendo apenas.” (DIR)

Sin embargo, la directora considera que a pesar de este cambio de actitud del director, aún se requiere hacer un esfuerzo mayor, como el de incorporar médicos con otras especialidades.

“Estoy satisfecha con el desempeño de la clínica, pero yo quisiera más, quisiera trabajar más, quisiera que hubiera más movimiento. Para crecer más necesitaríamos otras especialidades, entonces ahí yo me encuentro con una barrera, porque DIR no quiere mayor complicación, porque tendríamos que hablar con mucha gente más, por ejemplo un médico de guardia.” (DIA)

La especialidad de la clínica, sobre la que se funda su prestigio es entonces insuficiente. Sin embargo, el cambio implicaría realizar gastos importantes en infraestructura ya que ésta se realizó pensando en la especialidad del director, de los hijos e incluso posteriormente de las nueras.

“A mí me gustaría que la clínica se hiciera más abierta, o sea que entraran otras especialidades, se hizo la infraestructura pensando únicamente en traumatología, quiere decir que no tenemos un área para incubadoras, una sala de expulsión, pero se pudiera abrir como para cirugía general.” (DIA)

El hijo menor tenía la perspectiva, terminando la especialidad de traumatología, de realizar una subespecialización en rodilla; sin embargo, no la realizó y se incorporó de pleno en la clínica familiar. Siente que de alguna manera tiene que compensar aquel proyecto fallido y una vía de lograrlo es a través del crecimiento de la clínica, representa, en cierto sentido, una justificación de su propia decisión.

“Ya no se pudo hacer la especialidad de rodilla, eso sería lo único que no he logrado, porque de crecer aquí, yo siento que así ha sido, de crecer tanto, como tener aquí más contacto, tener económicamente una mejor perspectiva, ir creciendo aquí, ya tengo más o menos armado esto.” (HME)

Antes de incorporarse a la clínica familiar, el hijo menor realizó una estancia laboral en otra clínica y fue ahí donde conoció al médico de la aseguradora, con quien establecería posteriormente un convenio de colaboración.

“Cuando recién llegó HME a la clínica siempre se le ha dicho que sea abierto a quien le llame, que no se cierre, no nada más aquí. El tenía interés, curiosidad, por ver cómo era en otros hospitales, entonces

empezó a trabajar en la clínica X y ahí conoció al doctor de la aseguradora, a él le gustó como trabajaba HME.” (DIA)

Siempre respetuoso de la jerarquía familiar, el hijo menor es el motor que más ha propiciado el crecimiento y la modernización de la clínica. Sus expectativas futuras resultan muy optimistas. De alguna manera, el resto de los empleados observan que el proceso de sucesión, sin haberse comentado abiertamente, ha dado ya inicio.

“Pienso seguir trabajando aquí, vamos a lo mejor a tratar de, como se vaya pudiendo, ir equipando, ir viendo cosas, haciendo sugerencias y todo, porque al fin de cuentas, mi papá y mi mamá son quienes toman las decisiones.” (HME)

En la clínica existe la política de apoyar al hijo menor para que éste no sólo obtenga mayores ingresos sino para que ocupe un lugar central en la organización y pueda también ser reconocido externamente como un actor con capacidad de negociación y decisión.

“Generalmente se le pregunta al paciente de primera vez a quién viene a ver, al papá o al hijo, o si no trae preferencia, mucha gente nueva se le procura pasar a HME, porque se trata de que él crezca, que se vaya haciendo de clientela, que se vaya haciendo de prestigio.” (DIA)

El hijo menor, en términos de apoyo a su padre, interpreta el hecho no sólo de la manera como nos hemos referido en el párrafo anterior, sino agrega además que es una manera de evitarle a su padre una carga de trabajo excesiva. Ello es observado a la vez como una forma ya evidente de empezar a tomar el relevo generacional.

“Los pacientes de primera vez normalmente los pasan conmigo, para quitarle carga a mi papá; además apenas llevo tres años aquí trabajando, entonces así es como me voy a dar a conocer, para que ya después vengan a buscarme a mí.” (HME)

Esta política de asignación de pacientes es observada por todo el personal concerniente.

“Algunos pacientes vienen directamente buscando al doctor DIR, pero si no lo mencionan y es primera vez, yo trato de pasarlos con HME.” (ENS)

Las enfermeras tratan de convencer a los pacientes acerca de la igualdad de trato y calidad del hijo menor.

“En este momento nada más está el hijo dando consulta, si quiere pasar con él, es lo mismo, lo va a atender lo mismo.” (ENJ)

Las necesidades de inversión en equipo e infraestructura son asumidas colectivamente, primero a partir de los ingresos asignados directamente a la administración y, si ello fuera insuficiente, considerando los ingresos personales de los médicos, padre e hijo. Es preciso recordar que la directora administrativa no registra ingresos personales, y que los ingresos de los médicos tienen como fin último enfrentar los gastos de sus correspondientes familias.

“Las utilidades de la clínica se van a un fondo común, precisamente para cuando requerimos un aparato nuevo, si no alcanza, entonces administración pone tanto, yo pongo tanto y HME pone tanto, porque todo es de todos, entonces este gasto no lo hace una sola persona, se hace entre tres, cuando se trata de algo grande para crecer”. (DIR)

Esta etapa de crecimiento ha implicado ya un conjunto imprevisto de gastos de inversión, tales como los correspondientes al quirófano y a los consultorios.

“La clínica está en la etapa de crecer, estamos comprando equipo para el quirófano y se hicieron mas consultorios.” (HME)

Si bien la clínica era ya observada como una empresa familiar, la incorporación del hijo menor, el conjunto de inversiones realizados recientemente y la atención a un número mayor de pacientes, provenientes en gran medida del convenio con la aseguradora, ha reforzado la idea de que se trata verdaderamente de una empresa familiar.

“Ya no nada más era don DIR y sus pacientes, sino que era HME y sus pacientes, y el quirófano que tenemos arriba y seis o siete habitaciones que tenemos que sacarles provecho, entonces él abrió su consultorio, se empezaron a abrir otros, llegó la administradora, llegó la empresa familiar como tal.” (NME)

### **b.6) Integración**

El tema de la integración en la empresa familiar resulta de especial interés ya que uno de los objetivos centrales de dicha agrupación resulta ser precisamente la lucha por preservar la unión de sus miembros.

Si bien no podríamos decir que el proceso de sucesión inicia realmente con las preocupaciones iniciales acerca del futuro laboral de los hijos, si es importante señalar que éstas alimentarán los proyectos y su orientación futura que éstos adquirirán al interior de la clínica como una vía alterna de apoyo familiar. La opción de la llamada medicina institucional es rápidamente desechada por el padre quien no conoció una experiencia económicamente positiva.

“En México cada vez es más difícil conseguir trabajo, por muy preparado que estés; bajo esas condiciones pensé, si esos tres cuartitos funcionan, mis hijos apenas están en formación, voy a seguir trabajando, para que cuando ellos salgan (de la Universidad) ya tengamos un nombre en Cuautla, y no tengan necesidad de estar batallando como yo, de andar tocando puertas en el Seguro Social, en el ISSSTE, en Salubridad, sino que ellos ya directamente vengan y trabajen conmigo.” (DIR)

Si bien existe una preocupación por la salud del paciente, la inquietud de realizar un buen trabajo incorpora la idea de realizar un buen presupuesto con el objeto de lograr un buen equilibrio entre la práctica médica y el buen desempeño económico.

“Para un paciente quirúrgico, el presupuesto siempre le pregunto a mi papá, puedo tener una idea, y le digo tengo una cirugía tal, porque hay gastos de hospital, pero siempre le pido su autorización, porque luego nos goleamos, porque a veces apenas van saliendo los gastos, entonces no es negocio.” (HME)

En un principio, cuando el hijo mayor asistía a la clínica los fines de semana se notaba un trato especial, en términos económicos, hacia él. La idea era, por una parte, brindarle un apoyo material, y, por el otro la intención de lograr una mayor incorporación de éste a la clínica.

“Cuando viene HMA el puro sábado, DIR es muy desprendido con el dinero y decide que HMA se lleve todo lo (el dinero) de consulta, mínimo que saque para las casetas y la gasolina; si pone yeso, todo es para él, los rayos X igual.” (DIA)

El dinero que ingresa a la clínica y que permanece bajo el resguardo de la administración tiene no sólo la función de reposición del inventario o de inversión en equipo e infraestructura sino sirve también de capital líquido para enfrentar diversas contingencias de tipo personal entre los miembros de la familia. El papel más racional de protección es asumido sobre un miembro femenino.

“Yo no tengo asignado salario, yo guardo, no me lo gasto todo porque en algún momento dado se puede necesitar, no yo personalmente, sino cosas en una familia, entonces ahí voy a tener que salir (enfrentar), por eso prefiero que sea algo mío nada más. Puedo tomar algo de dinero de aquí, pero así como que me vaya sobre él, no; pero al final sólo tomo un poco.” (DIA)

La esposa del hijo menor, originaria de Querétaro, acepta el traslado a la ciudad de Cuautla. Además de la reintegración de éste a su familia, ve la posibilidad de que su esposo tenga un trabajo seguro en el ámbito privado.

“Simplemente el que estemos aquí en Cuautla, es por la clínica. La ventaja de trabajar en empresa familiar es que tienes un trabajo seguro; para HME, sus expectativas siempre eran trabajar en lo privado, no en lo público. Así que aquí estaba su papá, ya con un nombre, ya bien establecido y pues iba a ser más fácil que él llegara y poco a poco pues tener su clientela, pero además ya iba a tener una clientela segura, ya era algo segurísimo al llegar.” (NME)

Agrega, por otro lado, la necesidad de contar con la madurez suficiente que permita separar el ámbito familiar del laboral ya que de no lograrlo los problemas originados

en el trabajo pueden repercutir directamente sobre el buen funcionamiento de la familia.

“Si uno no es lo suficientemente maduro y capaz de separar lo que es trabajo, puedes dañar en un momento dado la relación (familiar), porque como en todo puede haber diferencias de opinión, pero no llevarlo al plano familiar, creo que el trabajo es una cosa y la familia otra. (HME)

Uno de los requisitos para la integración en el trabajo es la capacidad de trabajo, la cual resulta más importante que los conocimientos especializados previos, tal es el caso de la directora administrativa.

“Ella (DIA) es muy trabajadora, entonces no le fue difícil integrarse, porque le gusta trabajar, no le gustaba la medicina, pero con el tiempo ya le fue gustando”. (DIR)

La referencia implícita del esquema familiar está siempre presente en la clínica y, de manera inconsciente, ejerce un efecto decidido sobre un conjunto de decisiones pensadas aparentemente desde el espacio estrictamente racional y funcional.

“Creo que en una empresa familiar es como en una familia, cuando el niño quiere una computadora, sí la necesita, no te voy a comprar la más nueva porque no alcanza, pero si te voy a comprar tu computadora, hijo. Entonces creo que ahí si se ve que es muy familiar el asunto, porque si depende tanto lo afectivo como las necesidades, las dos cosas influyen.” (NME)

La expectativa de crecimiento a partir de la incorporación de nuevos miembros de la familia parecía ser alcanzada cuando en un inicio las esposas de los dos hijos realizaron algunas intervenciones puntuales en la clínica. El ideal de integrar en un mismo espacio laboral/familiar a las esposas de los hijos resultó más una ilusión pasajera que una realidad estable. Ambas esposas, con el tiempo, se orientaron más a buscar una mayor autonomía, tanto laboral como familiar.

“NMA si ha trabajado aquí con nosotros cuando hay pacientes de la especialidad de ella, que es maxilofacial y mi otra nuera, NME, también ha

venido en varias ocasiones, cuando hay algunas cirugías, entonces ya se hizo la clínica de pura familia.” (DIR)

El apoyo mutuo entre colegas se ve reforzado por la relación familiar, tal como acontece con el hijo mayor y su suegro.

“Mi suegro me apoya también en lo profesional, cuando alguno de sus pacientes han tenido algún problema que se ha caído, golpeado o algún problema en rodilla, o algo que él considera que lo puedo tratar, me lo manda, me lo recomienda; ha habido algunos pacientes, los menos, que yo los mando con él, ahí nos apoyamos.” (HMA)

La integración se fue realizando de manera gradual, desde que los hijos eran pequeños, aunque se comenzó a reforzar en el momento en que realizaban sus especialidades.

“Durante la especialidad trabajaba lo poco que venía acá con mi papá los fines de semana.” (HME)

La incorporación del hijo menor a la clínica se presentó como el resultado lógico de un plan establecido con muchos años de antelación.

“La situación con mi papá era de venir aquí a trabajar, como que siempre estuvo abierto aquí, siempre había esta posibilidad, platicué con mis papás y me dijeron que si podía venir a trabajar aquí, el año 2001 todos los fines me la pasé viajando, venía a trabajar lunes, miércoles y viernes y tenía que estar aquí todo el día, era cuando mi esposa todavía no terminaba su especialidad, ya que la terminó, nos venimos a vivir aquí.” (HME)

La integración al trabajo no sólo fue gradual sino que se realizó en un tono totalmente informal, facilitado obviamente por la confianza de pertenecer a la misma familia.

“Ya trabajaba aquí con mi papá, sin haber firmado ningún contrato, sin haber leído el reglamento, estas son las cláusulas, creo que fue un contrato sobreentendido, y eso creo que fue desde antes, desde parte de la carrera, no era que estuviéramos formando parte como tal, como está

en el pizarrón (en la entrada de la clínica está un pizarrón con sus nombres), pero cuando mi papá tenía una cirugía, mi hermano HME o yo, o los dos, ayudábamos en la cirugía y el aliciente pues nos daba una ayudantía (honorarios), entonces uno ya en la carrera y teniendo un dinerito extra como que no venía nada mal, obviamente sin recibo de por medio o sin obligaciones más estrictas.” (HMA)

La gradualidad de la integración hizo ver a ésta como un proceso natural y accesible; lo que empezó por asistencias puntuales al director general, repentinamente se convirtió en la aceptación de una responsabilidad plena frente a los pacientes.

“Me ayudas a la curación, a la consulta, me ayudas y vemos al paciente, como que fue dándose esto de manera progresiva, de manera tal que cuando uno se acuerda, yo me hago cargo por completo, ya no es el estar dependiendo, se fue dando de manera progresiva sin tanto formulismo.” (HMA)

Un motivo de alegría para el hijo menor es sentirse más integrado a su familia, aunque el hijo mayor, recordemos, realiza cada vez más su vida personal y profesional en la Ciudad de México, con la ayuda de la familia de su esposa.

“A mi papá y a mi mamá los veo todo el día, de hecho ahora convivo mucho más de lo que no conviví en diez años anteriores.” (HME)

El hijo mayor, comentaba cuando se encontraba en proceso de integración a la clínica que el ambiente le resultaba muy agradable y que eso le permitía realizar su trabajo de manera adecuada.

“Me gusta el ambiente de la clínica, es muy tranquilo, sin atosigar, muy relajado, muy agradable, sin estrés, sin presiones, creo que eso es algo muy bueno; se puede trabajar a gusto, se tienen los recursos para trabajar, y puedes contar con personal.” (HMA)

El involucramiento y la lealtad, reflejados en la expresión “ponerse la camiseta”, pueden caracterizar a la empresa familiar; sin embargo, como ya lo hemos observado, ésta no está exenta de conflictos y desacuerdos.

“Una ventaja de una empresa familiar podría ser, que los miembros que estamos trabajando ya todos tendríamos impresa la camiseta, como la piel, como tatuaje y que todos trabajaríamos con mayor interés porque es nuestro. La desventaja sería que no todos tenemos el mismo compromiso, una ventaja es que todos tuviéramos el mismo compromiso.” (DIA)

La solidaridad familiar reduce significativamente la orientación egoísta, propia de un negocio que busca la utilidad económica y genera un clima de alta confianza.

“La ventaja de una empresa familiar es que nunca nos vamos a jugar chueco, yo nunca les voy a hacer una cuestión mala a mis papás; los conflictos que se puedan suscitar se resuelven entre nosotros, aparte que nos conocemos la manera de trabajar y los caracteres.”(HME)

La clínica, idealmente, logra sintetizar los distintos espacios institucionales y constituye un espacio privilegiado donde se puede ejercer la profesión médica, vivir armónicamente en familia y lograr buenos ingresos económicos. Esta visión romántica es expresada en diversas ocasiones.

“Algo que se me hace padrísimo es la convivencia con su familia, estar con sus papás y trabajar con ellos, se me hace lo idóneo, qué bonito que estés trabajando en lo que a ti te gusta y que puedas ahí hacer tu vida, aunque estés casado, tienes tu esposa, tus hijos pero también a tus papás y tu trabajo, él está muy contento.” (NME)

El hijo mayor albergaba, en un inicio, dichas esperanzas. Los códigos sociales de la familia, interiorizados por los hijos, se habían extendido hacia la clínica, por eso no era necesario establecer reglamentos ni políticas generales ya que cada quien sabía cual era su doble rol –profesional y familiar- y conocían las expectativas que se tenían de su comportamiento.

“Creo que gran parte de la clínica es por la confianza que se tiene como familia y a la vez hay obligaciones, se ha creado un código no escrito, no hablado, sino sobreentendido de qué se debe hacer y cómo se debe comportar dentro de la misma educación, es algo que sin que se haya

firmado contrato, ni que haya derechos ni obligaciones estrictos, ya todo esto está sobreentendido de que vamos a trabajar en armonía, tanto ellos como papás allá, como jefes aquí, sin que se pierda ni se abuse de eso.” (HMA)

La responsabilidad, más allá de los horarios, los días fijos de trabajo, las funciones asignadas y el lugar físico, producto del compromiso con la clínica-familia, ha jugado un papel central en el buen desarrollo en el trabajo; la separación entre ambos espacios es más bien simbólica.

“Sí influye definitivamente que la familia y la clínica estén juntas, porque además de que somos pocos integrantes, no somos de las personas que dejamos el trabajo y salimos y ya, sino que muchas veces lo que no está bien lo seguimos comentando, sigue siendo tema en la casa.” (DIA)

El desarrollo personal y profesional, la seguridad económica y el ocupar un sitio en la sociedad son considerados posibles resultados de una empresa familiar, donde la confianza representa la posibilidad de unir esfuerzos para el bienestar de todos.

“Los elementos que se requieren para que formes una empresa familiar: es que tú le tengas la confianza a todos los integrantes de la familia, que seamos como uno sólo, que trabajemos para un mismo fin, que es el progresar, el ser alguien en la vida, y desde luego, ganar dinero para que tú puedas vivir.” (DIR)

Si bien por una parte se pretende separar los aspectos familiares del negocio, cuando el enfoque se realiza principalmente en el ámbito familiar, éste tiende a prevalecer, resultando ser más difícil de negación. Así, si bien el hijo menor observa los dos roles en el director, como jefe y como padre, éste último siempre prevalecerá.

“Pienso que la relación en la casa y en la clínica ha sido la misma, inclusive todo el tiempo me presenta como su hijo, y yo siempre le he dicho papá; los roles siguen siendo los mismos, porque aquí es mi papá, y al fin de cuentas pues es el jefe, la misma visión de respeto que tengo de él como padre, la tengo aquí (en la clínica) como jefe.” (HME)

Una ventaja más proviene del resultado del crecimiento de la familia misma, ésta se hace cargo de los nuevos miembros. Así, los abuelos asumen nuevas responsabilidades, sobre todo de tipo afectivo. La familia no se fragmenta sino simplemente aumenta en tamaño. El hijo menor encuentra una ventaja en poder ubicar en este nuevo ámbito su propio trabajo.

“Una ventaja que no voy a tener en ningún otro lugar, que aquí tengo el trabajo y aquí estoy cuidando a mi hija.” (HME)

El tono amable de la relación familiar se extiende a un trato amable e integrador con el resto del personal, el cual es invitado a participar en diversas reuniones de tipo informal.

“Es un trato cordial, siempre en el día de su cumpleaños regalarles (a todo el personal) un pastel, reunirnos todos en la palapa y cantarles las mañanitas, donde yo estaba trabajando así se hacía, me gustó y acá lo hemos hecho igual.” (HME)

La jerarquía familiar es a veces reconocida de manera explícita en el ámbito laboral y en ocasiones pueden surgir desacuerdos en el trabajo que son resueltos tomando como referencia el esquema familiar.

“La relación va a seguir siendo la misma, porque en la casa es papá-hijo, y aquí en la clínica se sigue respetando la jerarquía, y si él en algún momento dice que hace una cosa, pues se hace, aunque a veces no nos parezca, pero se hace, yo creo que se sigue manteniendo.” (HMA)

El carácter protector de la familia surge en momentos de necesidad, como cuando iba a nacer el segundo nieto.

“Pienso ayudarle a HME con una cierta cantidad, un 40% que yo diera de los gastos del embarazo, de la cesárea de NME.” (DIA)

La doble jerarquía, familiar y laboral, se expresa en múltiples ocasiones. Así, por ejemplo, el jardinero-radiólogo se comunica con ellos, de acuerdo con la ocasión, de manera formal o informal.

“A los hijos del doctor los conozco desde que eran chiquitos, cuando yo estaba trabajando aquí, jugábamos fútbol en el jardín. No les hablo de usted, les hablo por su nombre, claro cuando le hablo a un paciente, ya dirigiéndome al paciente, ya es doctor HME, pero si estamos de frente no acomodo a decirle doctor, por lo amistad que ya llevamos de años, a ninguno de los dos hijos.” (JRA)

Observado desde el exterior de la familia, ésta da la impresión de resultar muy armónica, sin conflictos o desacuerdos, cuidadosa de la jerarquía formal, lo cual repercute, argumentan los empleados, en un mejor funcionamiento de la clínica.

“Que bueno que sólo es familia, porque hay mucho respeto y mucha armonía y trabajan yo creo mejor, si hay comodidad en todo y se llevan muy bien.” (JRA)

El acceso de los hijos a la profesión médica les otorgó de manera automática un lugar central en la clínica, ganándose el respeto de los empleados. A decir de algunos empleados, la armonía reina en las relaciones familiares.

“Ahora que sus hijos ya son doctores, los toman en cuenta, les platican todo lo que van a hacer, tienen mucha comunicación, eso es lo que he visto en todos estos años que tengo con ellos.” (JRA)

Las enfermeras acogieron también de manera muy positiva el ingreso de los hijos. Extendieron la buena relación con el director hacia los hijos de manera espontánea. Observan, por otro lado, las relaciones de apoyo entre los miembros de la familia.

“Con el doctor DIR como ya han sido más años, pues se acopla uno, pero ya con HME y con HMA también, son muy buenas personas, respetuosas, a veces HMA cuando veo ya le está poniendo la venda al paciente y ni siquiera me llama, ellos mismos se asisten.” (ENS)

La buena comunicación representa un aspecto importante que convierte el ambiente en agradable y propicio para el trabajo.

“Me gusta de la clínica que hay buena comunicación, y eso hace, yo siento, que se trabaje bien.” (ENJ)

Incluso en el trato jerárquico, propio de toda organización, los empleados resienten que éste se realiza en mejores términos cuando se trata de una empresa familiar debido al ambiente de mayor respeto y ayuda mutua que prevalece en ella.

“Cuando no es una familia, la persona que te va a ordenar, a veces se pasa de lista, si hay diferencia en todo.”(ENJ)

#### **b.7) Autonomía**

Si bien es cierto que la integración laboral en un ambiente familiar acarrea beneficios importantes, aunque también serias limitaciones, es importante señalar, por otro lado, la necesidad de autonomía que algunos miembros de la familia han expresado en diversos momentos. Este punto resulta delicado ya que si ésta no es reconocida, acordada y respetada pueden surgir diversos conflictos que tensarán la relación familiar y podrían llevar hasta la fragmentación.

La necesidad de contar con un espacio propio es reconocida. La territorialidad es esencial para ejercer visiones particulares y tomar decisiones propias que fortalezcan el sentido individual de los actores. El esquema familiar en el que reposa parte importante del funcionamiento social de la clínica y la flexibilidad estructural de la que se deriva la polivalencia no favorecen, desde nuestro punto de vista, un ambiente propicio para el reconocimiento de la autonomía. El tamaño no representa, para nosotros, una variable significativa.

“Somos tan poquitos, es la ventaja, no hay mayor conflicto, cada quien tiene su área, aunque como que somos medio territorialones, cada quien queremos mandar en su puesto.” (DIA)

La fuerte orientación hacia la integración, basada en una imagen idealizada de la familia, ha propiciado en ocasiones una falta de reconocimiento de este espacio vital, sobre todo en el caso del hijo mayor, justificando la ausencia como una necesidad de formación profesional o simplemente de gusto por vivir en la Ciudad de México. Es importante hacer notar que estas ausencias se han incrementado con el tiempo. A esta ausencia los directores se refieren como integración parcial.

“Mi hijo HME tiene ahorita conmigo ya tres años trabajando, y a mi hijo HMA le gustó quedarse en México, porque él hizo una especialidad de cirugía de la columna y además que le gusta México; él no viene como HME que está conmigo todo el tiempo, pero viene los sábados, y le tenemos todas las columnas, los casos mas difíciles él los ve, así que de cierta forma él también está integrado, aunque no diariamente como HME, pero sí está con nosotros.” (DIR)

La creciente ausencia del hijo mayor obedece, en gran parte, a la necesidad que él resiente de dedicarle, siguiendo las enseñanzas adquiridas, mayor tiempo a su propia familia.

“Antes era venir los sábados a la consulta y si había alguna cirugía entre semana y podía, venía y la hacía. A la fecha, sólo los sábados; entre semana ya no puedo, vengo los sábados cada quince días, porque nos dedicamos a hacer más cosas de mi familia.” (HMA)

El hijo menor resiente este alejamiento de su hermano mayor y lo interpreta a veces como falta de compromiso, a veces como desapego y en otras ocasiones como búsqueda de desarrollo profesional.

“Es importante el compromiso (hacia la clínica), es algo que yo siempre he sentido, una diferencia con HMA, cuando quería hacer su especialidad, decía que se quería ir a Guadalajara, después a México, después cuando recién terminó lo que fue la sub-especialidad, él hablaba de irse a Cuernavaca. Para mí es algo así como que verla (la clínica) crecer, como que se va uno encariñando del negocio, entonces sientes compromiso de estar aquí, verlo crecer, mucho he platicado con mi papá que a él le gustaría, él no va a ser eterno, que mejor que fuera alguien de nosotros. Realmente como HMA tiene la perspectiva de no regresar, lo que quiere es operar columna, estar viviendo en una ciudad grande, aquí nunca va a

crecer tanto para llenar sus perspectivas, pero uno ve unas cosas por otras, yo no vivo en una gran ciudad, pero tengo la convivencia con mi hija, tengo tranquilidad.” (HME)

El hijo mayor se ha ido alejando de la clínica porque considera que debe tener más control sobre su propia vida y dedicarse más a su familia. De hecho, en la Ciudad de México trabaja en un gran hospital público, donde se desempeña como responsable de una sección, además de hacerlo también en un consultorio familiar, propiedad de su suegro, en el cual considera gozar de cierta autonomía.

“En México tenemos un consultorio, digamos que lo tiene mi suegro, ahí nos hizo un espacio y él tiene su espacio físico, su consultorio, su sala de exploración; NMA también tiene su espacio físico donde tiene sus cosas, su unidad, su papelería, su recetario; y yo tengo el mío también aparte, cada uno es independiente, es más cómodo para trabajar.” (HMA)

Al igual que aconteció con la clínica de Cuautla, el consultorio de la Ciudad de México se asoció, una vez cumplidos los requisitos, con una aseguradora. El hijo mayor participa con algunos de los gastos del consultorio y se siente con mayor libertad que en Cuautla.

“La gran ventaja que tenemos ahorita es que mi suegro nos está echando la mano, él paga la renta del consultorio de los dos (el de NMA y el mío), nosotros nos encargamos de pagar el teléfono, y la limpieza de ahí. Nos afiliamos a una aseguradora, antes no podía hacerlo porque pedían ciertos requisitos, ahora ya metí mis papeles.” (HMA)

El hijo menor, conciente de las exigencias de tiempo de la profesión médica, y en especial de la traumatología, acepta relativamente dichas limitaciones; sin embargo, para resguardar el equilibrio familiar, considera que es importante que su esposa no colabore en la clínica para que disponga de tiempo para atender los asuntos familiares.

“No creo que sea lo más conveniente que mi esposa trabaje aquí, porque esto exige tiempo, y lo que yo quiero, es que ella no tenga todo el tiempo aquí, tal vez también ella lo vea así, porque allá (en el Seguro Social) tiene sus horas muy limitadas, el resto es para atender a su casa, a su hija y a

su esposo, si estuviera aquí pues descuidaría mucho la casa, aquí en la noche de repente hay que atender un paciente, o a la hora que uno está comiendo, si se requiere también hay que venir.” (HME)

Esta situación es confirmada por la esposa del hijo menor quien finalmente toma la decisión de emplearse en un establecimiento médico público.

“Cuando llegué aquí a Cuautla me puse a trabajar en el Seguro Social, y en un inicio empecé con mis suegros también, la idea era inicialmente ayudarles en la consulta, pero realmente no podía responsabilizarme en dos lugares y decidí dedicarme a la institución pública.” (NME)

Sin embargo, debido a las urgencias que se presentan en la clínica, ella participa de manera muy esporádica, apoyando a su esposo.

“NME participa muy poco, porque su prioridad es el Seguro Social, está trabajando tiempo completo; claro está, cuando no estamos nosotros y hay una urgencia, pues ella entra ahí, a apoyar a HME.” (DIA)

La esposa del hijo menor, además de las consideraciones de tiempo requeridas para atender a su propia familia, reconoce su lugar en la familia de su esposo y toma distancia de esa dinámica familiar insertada en la clínica.

“Para HME no hay desventaja de trabajar en una empresa familiar, para mí sí, porque cómo le vamos a decir a tus papás que no, cuando tienes que operar, pues sí, ni modo, si fuera otro tu jefe le dices no, le invento cualquier pretexto, pero es tu papá, pues cómo le vas a decir que no.” (NME)

A lo anterior, ahora por razones de tipo económico, la directora administrativa expresa que, dado el tamaño de la clínica, no se requieren por el momento los servicios profesionales, a tiempo completo, de la esposa del hijo menor.

“Si NME se incorporara de tiempo completo a la clínica, no habría pacientes para todos, yo pienso que así como estamos, estamos bien, porque ella es una persona muy energética, entonces no sé cómo lo canalizaría aquí, no sé cómo lo analizaría yo aquí, no creo que hubiera tanta *cabidad* para todos.” (DIA)

Este mismo planteamiento es retomado por la esposa del hijo menor.

“Trabajar tiempo completo en la clínica, creo que no funcionaría para nosotros, porque seríamos tres traumas (traumatólogos), tres en lo mismo, los tres operando; así yo tengo un trabajo seguro.” (NME)

La esposa del hijo menor señala, por otra parte, la necesidad de contar con un tiempo propio para la familia ya que la cercanía de la clínica, aunado a su especialidad y al crecimiento que ésta ha tenido recientemente, se ha vuelto más exigente en términos de atención a los pacientes. Reconoce las particularidades de una clínica médica como negocio y recalca la dificultad que tiene un médico de negarse a recibir a un paciente que requiere una atención especializada de manera urgente.

“El que la casa y la clínica están juntas es muy esclavizante. No sé si a don DIR siempre le haya gustado eso. Puede surgir la posibilidad de que nos cambiáramos más cerca de la casa de sus papás, pero a HME no le gustaría; no le gustaría terminar como su papá que hasta los domingos prefieren salir, en vez de quedarse ahí en su casa porque dicen: va a llegar gente, y como médico cómo le voy a decir que no al paciente, si viene fracturado y yo estoy aquí descansando, o en cualquier momento si te toca abrir la puerta y está el paciente pues no te puedes negar, yo creo que ésta es la mayor desventaja.” (NME)

La necesidad de separar el espacio familiar y el laboral es más conciente en el caso de las nueras que en el de los hijos. Ellas logran observar la importancia de lo afectivo en la cotidianidad laboral y prefieren no involucrarse demasiado en aras de conservar la armonía.

“En un inicio pensábamos que yo podía participar dando consultas, ayudándolos en quirófano, pero mi mayor prioridad era trabajar en un lugar público; y aparte yo soy de las gentes que me gusta mucho todo con mucho respeto, yo quiero mucho a mis suegros, son unas personas muy lindas con nosotros, pero yo creo que mezclar el trabajo, yo como nuera, con el afecto, puedes tener alguna fricción; como que no me latía llegar a trabajar en un núcleo que no es lo que yo quiero y para qué me voy a buscar problemas. En alguna decisión que yo tomara, no es lo mismo que

HME que es su hijo; cuando ellos necesitan mi ayuda para una cirugía grande, para apoyarlos con los instrumentos, entonces voy.” (NME)

La esposa del hijo mayor, por su parte, conciente de la distribución del tiempo, opta por dedicarle mayor tiempo al proyecto que viene construyendo con su marido, restándole poco para seguir asistiendo a la clínica.

“Antes íbamos cada semana a Cuautla, hasta por dos días, actualmente conforme la demanda de trabajo se ha venido aumentando aquí en México, nos es más difícil asistir allá de manera periódica, ahorita tenemos el trato, vamos cuando hay pacientes.” (NMA)

La participación de la esposa del hijo mayor resultó mucho más activa en un principio, incluso antes de casarse, y continuó un breve tiempo al terminar la especialidad. En la actualidad ésta es muy esporádica.

“Estoy trabajando en la clínica desde que HMA y yo empezamos a ser novios, íbamos hubo un periodo que era mucho más activa mi participación ahí, porque mas seguido, actualmente captan a los pacientes de mi especialidad y me los refieren.” (NMA)

Las dificultades inherentes a una empresa familiar se hacen en ocasiones totalmente explícitas y los integrantes familiares más alejados comienzan a tomar conciencia de este hecho. Uno de los riesgos más importantes proviene del hecho de considerar los aspectos afectivos en la toma de decisiones sesgando el funcionamiento del establecimiento sin que los autores más cercanos tengan la posibilidad de darse cuenta de ello.

“Yo no tenía idea lo que era una empresa familiar hasta que empecé a tener contacto con la clínica; no te puedo decir que me encanta la idea de una empresa familiar porque se mezclan muchas cosas, se mezcla tu posición en la familia cuando afecta la posición del negocio, se mezcla tu jerarquía de familia con el lugar que ocupes en la empresa. Creo que es muy difícil manejar una empresa familiar y al mismo tiempo, no tener conflicto con la familia.” (NMA)

A pesar de lo anterior, se reconoce que la empresa familiar puede adquirir un mayor nivel de autonomía, permitiendo un mayor juego a las decisiones de tipo profesional.

“Aquí (consultorio en México) también somos una empresa familiar, totalmente distinto (a Cuautla), cada uno de nosotros es independiente y autónomo, yo no me meto con los pacientes de HMA y él no se mete con los míos; es muy agradable porque tú sabes lo que haces y lo que no. Creo que es muy sana la relación de trabajo.” (NMA)

Un mayor nivel de autonomía no niega la jerarquía existente, la cual se reconoce tanto en el plano afectivo como económico.

“En este consultorio (en México) la jerarquía la tiene mi papá, porque es él quien paga la renta, nosotros todavía no somos totalmente solventes como para pagarla, pero nunca nos ha hecho sentir que estamos aquí de agregados. Sí hay jerarquía porque lo sabemos HMA y yo, pero no es algo que te impongan, no te están checando si llegaste o no, si hiciste o no hiciste, cada quien es muy independiente.” (NMA)

### **c) Trayectoria de la clínica**

En este apartado se analizará la clínica; retomando su origen con el objetivo de enfatizar las razones médicas que tuvo la familia para crearla, para lo cual nos resulta necesario abordar algunas características de la medicina pública y la privada.

#### **c.1) Nacimiento de la clínica**

Las razones que tuvo el director para fundar la clínica, como se ha tratado anteriormente, fueron diversas; desde el espacio institucional familiar, básicamente se buscaba asegurar el empleo de sus hijos al término de sus estudios médicos; a partir de la racionalidad económica de la empresa, mencionada en este trabajo como negocio, el objetivo era invertir en la clínica para obtener ciertos beneficios, que con el transcurso del tiempo les permitiera mantenerse, aún cuando ya no estuvieran en posibilidades de trabajar; otro objetivo era poder ejercer la medicina en un lugar de su propiedad, lo que implica analizar el paso de la medicina pública a la privada, resaltando algunas de sus ventajas y limitaciones desde la propia perspectiva de los actores.

El director de la clínica inició ejerciendo la profesión médica en el sector público, en hospitales del Seguro Social durante varios años; posteriormente, decidió trabajar en la medicina privada; empezó rentando un consultorio y después estableció uno propio.

“Empecé a trabajar de manera independiente en 1969, aquí, en Cuautla; rentaba, y ahí duré dos años y medio, después aquí en la casa hice el consultorio, lo empecé cuando ya tenía de trabajar en el Seguro como unos diez años. Entonces, primero fue el consultorio, después hicimos tres cuartos y el quirófano. El día que terminamos la clínica, me dio muchísimo gusto, después de tantos años de tanto sacrificio, al fin mi esposa y yo logramos lo que queríamos.” (DIR)

El origen de la clínica es compartido por la directora, cuando su esposo decide establecer el consultorio en el mismo terreno de la casa.

“Cuando llegamos aquí a Cuautla, él (DIR) alquiló un consultorio en la zona de hospitales, después como la casa tenía una buena cantidad de terreno, para ya no pagar renta, decidimos, decidió que ya era tiempo de tener su consultorio propio y lo hicimos en una esquina de la casa, para que no quedara pegado a la casa, pero no estaba lo que era el quirófano. Era una sala de espera, con su baño, un espacio para auscultar y poner yeso y luego lo que es propiamente el consultorio, también con su baño.”(DIA)

Continuando por la misma línea de motivos, el hijo mayor expone los suyos, explicando las razones médicas que tuvo su papá para pasar de un consultorio a una clínica.

“Los objetivos principales para que mi papá fundara esta clínica creo que número uno, tener un lugar propio, sin tener que depender de renta, hizo primero el consultorio; después dadas las necesidades y la proyección, un cuarto para los rayos X, un lugar para poner yesos y hacer curaciones, otro para hospitalizar a los pacientes y así poderlos operar; esto fue creciendo, y tener un lugar también donde nosotros pudiéramos trabajar; cuando ustedes salgan de la Universidad, aquí pueden empezar, eso también fue parte de los objetivos.” (HMA)

En esta misma perspectiva se presentan los comentarios hechos por un empleado, cuando menciona que era necesario contar con un área de rayos X, para poder ofrecer un servicio completo a los pacientes. Se puede observar como el crecimiento tuvo una razón médica.

“Antes, cuando el doctor no tenía rayos X, llegaba un paciente y no le daba la consulta completa porque necesitaba la radiografía, entonces los mandaba a otro lado a hacerla, eso fue la necesidad de poner un estudio de rayos X, para que el paciente ya no se moviera, porque a veces venían con fractura, después fue mas cómodo para ellos. Ahora se les da la consulta completa, aquí entran mal y salen bien.” (JRA)

Una de las nueras considera que la clínica creció en el aspecto médico, debido a que su esposo introdujo nuevas ideas.

“Cuando conocí a HME hace como siete años, no existía lo que es ahora la clínica, existía un consultorio y un quirófano pequeño con tres cuartitos;

cuando nos casamos, empezó el crecimiento, era cuando abrieron quirófano arriba y clínica, siguieron creciendo en relación a que HME trajo ideas nuevas, traía conceptos nuevos.” (NME)

Los empleados también comentan el crecimiento de la clínica.

“Tengo trabajando en esta clínica veinte años, desde que se inició, cuando llegué, entré como jardinero y nada más estaba el puro consultorio, he ido viendo como ha progresado el doctor (DIR), primero lo de abajo, había tres cuartos, que ahora dos son consultorios y la oficina y el quirófano, y después fue poco a poco aquí arriba.” (JRA)

Una enfermera señala que se ha incrementado notablemente el número de pacientes, lo cual ha ocasionado que se cambie la entrada a la clínica y la sala de espera.

“Lo que ahora es la oficina de administración antes era un cuarto, aquí (una sala de terapia) antes era el quirófano; antes la entrada no era por aquí, era por la otra salita, tendrá mas de un año que decidieron que la entrada fuera por aquí, porque luego tienen muchos pacientes, y allá la sala es más pequeña, se encierra mucho el calor, y aquí está más fresco, se les hace menos larga la espera a los pacientes, y allá no teníamos televisor, más que las revistas.” (ENS)

Cuando el director dejó de trabajar en la medicina pública se dedicó de tiempo completo a la privada.

“Antes la consulta nada más era en la tarde. Cuando el doctor DIR se salió del Seguro Social empezó a trabajar todo el día aquí, empezaron a crecer, fue un proceso largo y unido siempre, los dos (DIR y DIA) trabajaron duro, esto no se hizo de la noche a la mañana, fue de años y de estar ahorrando y estar trabajando hasta muy noche.” (JRA)

### **c.2) Medicina pública, institucional o burocrática. Principales limitaciones**

Esta medicina es la que se ejerce en hospitales y consultorios del sector público y es llamada frecuentemente por los entrevistados medicina institucional. De acuerdo con sus opiniones, la medicina pública presenta una serie de limitaciones que provoca que se alejen de dicha práctica médica; sin embargo, otros de ellos encuentran

ciertas ventajas que contribuyen a su inclinación por dicha práctica médica. Cabe mencionar que todos los miembros de la familia han tenido alguna experiencia en la medicina pública y, de acuerdo a sus experiencias y expectativas, vierten sus opiniones.

Las principales limitaciones mencionadas por los actores, se encuentran notablemente relacionadas con un alto grado de burocratización en los procesos y en las actividades que se desempeñan en la medicina pública. La falta de medicinas, el incesante papeleo, la gran cantidad de pacientes a atender, los abusos del poder, los bajos salarios y la falta de entusiasmo en el trabajo son algunas de las limitaciones más resentidas de los médicos frente al aparato burocrático. Antes de crear su propia clínica, la experiencia que tuvo el director en el sector público fue bastante negativa, resaltando la pesada carga cotidiana de trabajo y la monotonía proveniente de la rutina.

“La medicina privada es diferente de la medicina institucional, en primer lugar porque en la institucional trabajas demasiado, tienes que pasar visita a tus pacientes, descubriendo heridas, pasando en máquina, dando incapacidad, haciendo curaciones, después si te toca consulta externa, te esperan treinta pacientes, entonces sales con la cabeza llena de problemas; otro día te toca cirugía, te ponen cuatro cirugías, entras a las 8 de la mañana y a las 2 de la tarde tienes que haber terminado la visita y la cirugía. Ese ritmo llevarlo durante treinta años, cómo vas a salir, porque es mucho trabajo, mucho estrés.” (DIR)

En la medicina pública es indispensable seguir un conjunto de normas, que en la mayoría de los casos puede ir en detrimento de la calidad de la atención que se le brinda al paciente, es decir, los medios asumen un papel más importante que los propios fines.

“La misma institución (hospital público) te hace normarte a una forma de organización que dices tengo que ver a tantos pacientes, por mucho que quiera ser uno buen médico, tienes que normarte a ver a tus pacientes de consulta, a operar, a ver a los de urgencias, a todo.” (NME)

La existencia de un jefe pretende garantizar el cumplimiento de dichas normas, mediante una estricta vigilancia y control sobre sus subordinados; esto, aunado a la enorme responsabilidad del cuidado de los pacientes, trae como consecuencia que los médicos resientan un constante estrés.

“La medicina pública es mucho estrés, estás sometido al jefe; el paciente te necesita, empieza a echar pus roja, tiene fiebre o está vomitando, o tiene problemas del corazón, te angustias, es tu responsabilidad.” (DIR)

El hecho de tener a un jefe que está continuamente ordenando, aunado a un conjunto de reglas que tienden al control, resulta incómodo.

“A mi esposo no le gusta la empresa pública, no le gusta que le digan: tienes que hacer esto o aquello, no le gusta checar, esa burocracia que todo mundo menciona es la que a mucha gente no le gusta. (NME)

Además de los inconvenientes mencionados, la medicina pública presenta bajas remuneraciones económicas, lo que la hace menos atractiva.

“Tienes presiones administrativas, presiones económicas, y presiones de los familiares de los pacientes, toda eso al cabo de varios años te va fijando tu vida, te va acabando tu cuerpo, en la cosa económica están muy mal pagados, todo esto es la medicina institucional.” (DIR)

La estructura jerárquica en los hospitales públicos no permite progresar fácilmente; el director trata de explicarle a uno de sus hijos:

“Yo le dije a mi hijo HMA, escoge entre la medicina privada y la institucional, pero yo ya estuve en institución y me salí precisamente porque yo no veía que eso avanzara, si yo no me hubiera salido de la institución, no tuviera lo que tenemos ahora, eso es algo que mi hijo no ve, él está convencido que es por ahí, entonces adelante.” (DIR)

La escasez de recursos para trabajar dificulta el desempeño de las funciones en los hospitales públicos, así como la lentitud en la toma de decisiones comenta uno de los actores:

“En la medicina institucional tienes menos recursos, tienes que pelearte por trabajar, ir a rogar que te dejen meter a un paciente, a conseguir el material, a hacerle buena cara a la señoritas.” (NMA)

### **c.3) Ventajas de la medicina institucional**

A pesar de lo anteriormente expuesto, los mismos actores reconocen ciertos aspectos positivos en la medicina pública, principalmente los relacionados con las prestaciones que se otorgan, como es el caso de la jubilación.

“Cuando me iba a retirar del Seguro Social vi que la medicina privada era mejor que la institucional, entonces una contadora de ahí me dijo: usted va a renunciar, no tire sus diecinueve años a la basura, siga pagando sus cuotas, entonces me di de baja en el Seguro Social y me di de alta en el consultorio. Mi hijo HME es mi patrón y ya seguí cotizando y me acabo de jubilar, ya estoy en la tercera edad.” (DIR)

Otra de las prestaciones apreciadas corresponde al periodo vacacional y al goce de sueldo. En el caso de las mujeres, comenta una de ellas, el horario es un aspecto muy importante, ello se explica fácilmente por el rol social que ellas han asumido en la familia, para lo cual requieren de tiempo para cumplirlo:

“Los pro de ejercer la medicina en una institución pública son que tienes vacaciones y te van a seguir pagando. Además en la institución pública puedes ir adquiriendo antigüedad y jubilarte o pensionarte, y para mí, como mujer, lo mas importante es que tienes un horario establecido, a mí si me cubre mis expectativas.” (NME)

La medicina pública presenta amplias ventajas en el terreno médico, ya que permite tratar a pacientes con un alto grado de complejidad, lo que proporciona una gran satisfacción.

“La medicina institucional ha sido el motor de mi desarrollo, si yo pudiera estar en una institución, lo estaría, fui a trabajar al hospital Magdalena de las Salinas por año y medio, gratis, porque a mí me satisface mucho la relación institucional; la satisfacción de manejar a pacientes muchísimo más complicados que los de la medicina privada no tiene precio.” (NMA)

Los casos complejos representan un desafío para los médicos ya que requieren de mucha habilidad para resolverlos.

“Los pacientes con alto grado de complejidad son un reto para ti, son pacientes que demandan mucho de ti, de tu capacidad, de tu conocimiento, de tu habilidad quirúrgica, y son gentes que difícilmente vas a encontrar en una institución privada.” (NMA)

Otra ventaja importante que podemos destacar en el desempeño de la medicina en hospitales públicos, como lo hace notar uno de los entrevistados, es la actividad de enseñar. Como se mencionó en capítulos anteriores, entre las principales funciones que se desarrollan en los hospitales encontramos la de curar a los pacientes, la de transmitir conocimientos a los futuros médicos y la de realizar investigación. Esta actividad de formación de profesionistas es característica de los hospitales públicos y difícilmente se encuentra en los privados.

“Además en la medicina institucional puedes generar mucha actividad académica, porque tienes contacto con residentes, es el motor que te empuja a seguir buscando publicar artículos, hacer trabajos y llevarlos a congresos, para mi la medicina institucional es altamente satisfactoria.” (NMA)

El hijo mayor, que vive en la Ciudad de México, se siente muy afortunado de colaborar en un hospital público, ya que se encuentra realizando tareas que le proporcionan una alta satisfacción. Actualmente ocupa un puesto directivo importante y además tiene la oportunidad de actualizarse de manera continua. En un principio no le resultó fácil incorporarse al sector público, debido al alto grado de burocratización que prevalece en esos lugares.

“He tenido suerte de estar en el Seguro Social, porque me han tratado bien, no me han negreado, obviamente el primer año estuve trabajando sin vacaciones, en lo que me las ganaba, porque estaba yo de nuevo ingreso.” (HMA)

#### **c.4) Medicina privada. Principales ventajas**

Esta práctica es la que realizan los médicos de manera independiente en consultorios y hospitales. Los entrevistados frecuentemente efectúan comparaciones entre la medicina privada y pública para expresar sus ideas. Se encontraron ventajas de diferente índole, como familiares, médicas y económicas. Así, durante el tiempo que el director trabajó en la medicina pública, explica él, pudo darse cuenta que dedicaba poco tiempo a su familia, esto fue una de las razones que lo motivaron a fundar un consultorio y dedicarse a la medicina privada.

“Comencé a ver que la medicina privada era mejor que la institucional y además estabas más tiempo con tu familia, porque cuando estás en la medicina institucional, pues estás casi todo el tiempo fuera, no haces pie de casa, eso me hizo que renunciara al Seguro Social, para hacer más vida familiar”. (DIR)

Entre las ventajas médicas, el paciente puede gozar de una mejor atención, dado que en la medicina privada se dispone de mayor tiempo que en la pública.

“A fin de cuentas aquí lo que quiere el paciente es la atención, no es una institución en la que tenga que atender a veinte pacientes, aquí tengo un paciente y si él quiere una hora, yo se la tengo que dar, trato que la relación sea muy buena.” (HME)

En ese mismo sentido, se expresa una de las nuevas, no sólo las prácticas médicas son mejores, sino también los medicamentos y los materiales utilizados.

“A nivel privado lo que es diferente son los medicamentos o las prácticas médicas, a nivel privado son un poquito mejor que a nivel público, estoy muy restringida en muchas cuestiones de material, cirugía, endoscopia, eso no lo tenemos, y él si lo puede hacer ahí en el privado.” (NME)

Además en la medicina privada se goza de relativa libertad para organizar el trabajo, para programar consultas y cirugías, siempre y cuando éstas puedan esperar, porque en muchos casos como se analizará más adelante, se requerirá actuar de inmediato. En la medicina privada se puede disponer de lo necesario para la atención del paciente.

“La medicina privada tiene también muchas satisfacciones porque evidentemente es un ambiente más controlado que el institucional, el tipo de pacientes es diferente, tiene mucho más recursos, te paga más; si operas en estos hospitales dispones de todo lo que necesitas.” (NMA)

En cuanto al aspecto económico, resulta bien conocido que la medicina privada es bastante mejor remunerada que la pública.

“Un hombre obviamente gana muchísimo más en la medicina privada, porque realmente su trabajo se valora más; yo veo veinticinco pacientes en ocho o seis horas, mi esposo ve a cinco o seis pacientes todo el día y gana el triple o el cuádruple que yo y normalmente los atiende de una manera diferente.” (NME)

Sin embargo, aún cuando la medicina privada presenta enormes ventajas económicas, depende de las necesidades sociales o familiares que cada actor tiene, en el caso de esta entrevistada, lo analizamos anteriormente, el horario resultaba más importante dado su rol de madre.

“Depende más que nada de las expectativas que tiene uno en su profesión para ver hacia dónde te diriges, hacia lo público o hacia lo privado, pero yo siento que si es más rentable lo privado, definitivamente, pero dedicándote al 100%.” (NME)

### **c.5) Limitaciones de la medicina privada**

Al analizar el discurso de los entrevistados encontramos que, así como se manifiestan en favor de un tipo de medicina, enseguida le encuentran algunos inconvenientes. Una de las principales limitaciones en la que coinciden la mayoría de los entrevistados es en el horario de trabajo; en general, el servicio de los médicos puede ser requerido en cualquier momento. Además, en particular, la especialidad de traumatología atiende pacientes que necesitan atención urgente.

“En la medicina privada no hay horario, por lo menos en nuestra especialidad; como son urgencias médicas, puede ser en la madrugada, sábado, domingo, a la hora que sea tienes que estar en el consultorio.” (NME)

Para el director de la clínica, después de muchos años de trabajo, resulta muy pesado atender las urgencias, principalmente las de la noche.

“A veces llega alguna urgencia, una fractura expuesta, un hombro luxado, un niño que se cayó, requiere de cirugía, ya nos rompe el horario; tenemos que hospitalizarlo, prepararlo y hacerle la cirugía, en ese caso el horario ya no existe, puede ser en la mañana, tarde o noche, porque en la noche también llegan urgencias, en ese momento levántate, quítale horas y descanso a tu cuerpo, aquí nosotros trabajamos día y noche, realmente no tenemos un horario.” (DIR)

No sólo resulta afectado el médico que atiende la urgencia, sino en general toda la familia ya que rompe con los compromisos sociales adquiridos con anterioridad por los miembros, trastocando ampliamente la dinámica familiar.

“No es posible que te estén llamando a media noche; es muy común que tenemos una cena o una reunión y lástima que no vamos a ir porque tengo algo, a pesar de que yo tengo la misma profesión, yo casi no trabajo horas extras, él si, porque en el privado le llegan urgencias en un momento.” (NME)

En cuestiones de género, el horario resulta una limitación mucho mayor para la mujer, dado que afecta de manera importante las relaciones familiares.

“Yo realmente quería estudiar medicina, pero por cuestión de inducción familiar, mi hermana ya estudiaba odontología, y me decían mis papás que era mucho más cómodo para una mujer estudiar odontología, porque tenías mayor flexibilidad de horario, iba a ser menos complicado, ya asociando a una vida familiar; pero realmente con la especialidad vino a ser lo mismo, que si hubiera estudiado medicina, necesito vida hospitalaria y en un consultorio.” (NMA)

Como es bien conocido, en el país existe un grave problema de desempleo; y por otro lado, según datos de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, publicados en 2004, la carrera de medicina ocupó el quinto lugar en el año de 2003. Estos dos hechos provocan una alta oferta de médicos, principalmente en la ciudad de México.

“En México hay mucha competencia en la medicina privada y muchos compromisos con otras personas; para que tú pongas tu consultorio y tengas pacientes se tiene que morir el maestro del maestro, del ayudante del ayudante para que tú puedas conseguir algo, entonces es muy difícil la medicina privada en México, por eso los grandes maestros son los únicos que tienen gente, y sus ayudantes siempre van a ser sus ayudantes, nunca van a progresar, económicamente no van a hacer nada, por eso los médicos trabajan en el Seguro Social, en el ISSSTE, en PEMEX, porque si trabajan en uno sólo no les alcanza.” (DIR)

Otro aspecto relevante en la medicina privada corresponde al prestigio profesional del que gozan los médicos. Este aspecto se puede volver una limitante, mientras estos últimos adquieren experiencia y reconocimiento. En la Ciudad de México, explica el director, a propósito a su hijo mayor, la situación es más difícil.

“Hay mucha competencia y aunque seas muy bueno, mientras la gente no te conozca, no va a poner su vida en tus manos, no a cualquiera le dices ahí está mi hijo para que me lo opere, pasan muchos años para que una persona destaque, y en México es muy difícil.” (DIR)

En el caso de la clínica en estudio, el prestigio médico corresponde a una ventaja, ya que el director se ha ganado la confianza de algunos pacientes, través de muchos años.

“A algunos pacientes los traía el papá, ahora ellos traen a sus hijos.” (JRA)

El director reconoce haber ganado un cierto prestigio entre sus pacientes, y siente un gran compromiso hacia ellos; por lo tanto, le resulta difícil retirarse de su trabajo.

“Uno piensa que entre más viejo estés ya te vas a poder retirar, pero es mentira porque entre más pasan los años te vas haciendo de más clientela y la gente quiere que los sigas viendo, entonces te debes a ellos.” (DIR)

En lo concerniente a lo económico, las prestaciones que aparecen como ventajas en la medicina pública, ahora se convierten en limitaciones.

“En lo privado, las vacaciones no las puedes programar, porque si este mes no nos fue bien económicamente, no me puedo ir de vacaciones al otro mes; además, si tienes vacaciones no cobras, porque mientras no trabajas, no te pagan” (NME)

#### **d) La práctica médica**

La práctica médica no puede ser bien entendida si se reduce a la mera aplicación de conocimientos especializados o a la posibilidad que ésta brinda de obtener un ingreso económico. Como toda práctica laboral que implica estudios profesionales está cargada de simbolismo y valores, los cuales se sintetizan en una ética profesional, una visión del mundo social y la interiorización de roles que moldean particularidades específicas de inserción social. En el caso que nos ocupa, que resulta seguramente demostrativo de una amplia variedad de casos, debemos incluir la influencia de los padres en tanto elemento orientador en la elección de la carrera universitaria de los hijos.

##### **d.1) Un proyecto parental**

Desde que los hijos eran adolescentes los padres empezaron a esbozar un proyecto que permitiera, en su parte más visible, asegurar el futuro laboral de los hijos a la vez que lograr un status social mediante el ejercicio de una práctica profesional, retadora, al servicio de los demás.

“Mis hijos veían que algunos tíos tenían dificultad para conseguir trabajo, yo les decía: aunque ustedes no quieran, tienen que ser médicos, quiero que vivan bien, que sean personas respetables, que ayuden a la gente, creo que la única forma de ayudarla y además de que ganes, es siendo médico, es una carrera de las más nobles y de las más bonitas, los fui llevando, esto que estoy empezando va a ser para ustedes, ellos fueron viendo cómo fuimos mi esposa y yo creciendo.” (DIR)

Toda familia posee, consciente o inconscientemente, un proyecto, el cual es elaborado por los padres, los cuales son, en mayor o menor medida, sin que ello devenga en un determinismo, resultado a su vez del proyecto de sus padres, el cual incluye un código ético que debe, en principio, permear su comportamiento. La práctica profesional futura de los hijos debe incorporar por lo tanto aspectos de respeto a los otros y no referirse exclusivamente al mero ámbito económico del ingreso personal.

“Les inculco a mis hijos porque así me inculcaron a mí, que todo lo que hagas en la vida, con esfuerzo, con trabajo; no hay que ser como otros compañeros que el problema de los pacientes se puede resolver sin cirugía y los operan nada más por ganarse el dinero; acá con mis hijos, conmigo mismo, me enseñaron que hay que ser recto, ético, y eso mismo se lo enseñó a mis hijos.” (DIR)

El proyecto parental no implica, empero, la repetición precisa de la vida de los padres sino que incorpora la posibilidad de lograr mejores niveles de desempeño en diversos ámbitos, incluido, claro está, el profesional.

“Los hijos ya tienen conocimientos más frescos, las ideas son ya mejores, ellos ya ven los aparatos que cuando yo estuve en la residencia pues no se usaban, las cirugías microscópicas que no se usaban.” (DIR)

Diversos factores concurren para matizar dicho proyecto. Uno de ellos, aún muy importante en nuestra cultura a pesar de cambios significativos en los últimos años, es precisamente el de género. A las mujeres, debido, entre otros asuntos, el de la maternidad y el cuidado de la familia, se espera que no se incorporen a profesiones que demanden demasiado tiempo y que éste sea lo suficientemente previsible para que pueda ser incorporado a un esquema estable.

“A NMA le hubiera gustado estudiar medicina, pero en su casa le dijeron que era una carrera muy pesada y que como mujer, entonces mejor se quedó a estudiar odontología y después hizo la especialidad en cirugía máxilo facial, que es una especialidad hospitalaria.” (HMA)

#### **d.2) La ética médica**

Si bien los aspectos éticos forman generalmente parte del proyecto parental, es preciso recordar que la medicina es una de las profesiones que más acentúan la importancia de la ética laboral, dado que tienen en sus manos las posibilidades de sanar la enfermedad, aliviar el dolor y preservar la vida; todo lo cual implica un alto nivel de responsabilidad y una alta carga emocional.

“No porque sea médico, pero creo que escogí una de las profesiones más difíciles, porque si se muere un paciente, imagínate sus familiares, en

nuestra profesión si te equivocas, ya no hay solución, además es una profesión muy sacrificada y muy estresada.” (DIR)

Si bien este alto sentido ético del médico implica una alta satisfacción y proporciona un sentido claro a la práctica, es importante señalar también que, por otro lado, dicha profesión en particular requiere de ciertos sacrificios de tipo familiar y personal, e incluso también de orden económico, porque de acuerdo al código ético primero está el paciente que la remuneración.

“Las ventajas que tiene ser médico son que eres más humano, hay pacientes que no tienen para pagarte y los curas. Las desventajas son que no eres libre de tu tiempo, estás en el juramento que hiciste: vas a estar al servicio de la gente que te necesite a cualquier hora, en cualquier momento; vas a dejar familia, vas a dejar todo por ir a atender al paciente. No tienes una vida propia, no tienes, como otras profesiones, un horario, no te angustias, puedes organizar tu vida, los médicos no podemos organizar nuestra vida porque no sabes en qué momento te va a requerir un paciente grave.” (DIR)

La materia de trabajo de la profesión es lo más valioso que puede tener un ser humano: la vida, y una característica que la diferencia de otras profesiones es que ella está presente de manera muy frecuente, tal como lo menciona la esposa del hijo mayor:

“En mi profesión trabajas con vidas, de ti depende que alguien viva en un determinado momento o no, de tus conocimientos para poder ayudarlo, porque puedes dañarlo, si no actúas debidamente o con los conocimientos adecuados, lo más importante es la responsabilidad con la vida de los pacientes; en cambio, un ingeniero si no construyó bien determinada cosa, pues se va a caer y mata a quinientas mil gentes, pero las probabilidades son menos, en cambio yo, día a día con pacientes diferentes, con más vidas en tus manos.” (NME)

Esta responsabilidad ha sido una constante en el tiempo; la confianza y el reconocimiento que se depositan en aquella persona que puede aliviar el dolor es alta, sea éste un brujo, un sacerdote o un médico, lo cual sirve de aliciente para incrementar la responsabilidad que permita conservar dicha confianza y dicho reconocimiento.

“Desde la antigüedad, a los chamanes, al curandero o al sacerdote, la gente te ve y te da entrada cuando le dices que te dedicas a un área médica, ni siquiera te conoce, eso me gusta; trato de corresponder a esa imagen, trato de ser ética y ser una persona profesional, si se pueden hacer las cosas se hacen, si no se pueden tampoco los engaño, eso me permite dormir tranquila todas las noches.” (NMA) p. médica

El contacto directo con la gente, con su enfermedad, su dolor y su angustia, despiertan un alto grado de simpatía con el otro, que puede ser totalmente desconocido, sin mediar relación afectiva alguna y, sin embargo, el médico alcanza a reconocerse en él y disfrutar al mismo tiempo cuando el tratamiento ha tenido éxito.

“Estoy haciendo cosas que me gustan hacer, me gusta el contacto con la gente, es agradable ver cómo la gente sale bien y es algo que me gusta; a lo mejor hay gente que no le gusta ver sangre, y eso sería una desventaja, yo creo que eso va conforme lo que a uno le gusta hacer, porque normalmente de eso uno va a vivir.” (HME)

Sin embargo, es preciso mencionar que esta ética médica no está siempre presente. Ello acontece principalmente cuando la modernidad irrumpe de manera abrupta con su lógica económica, desvinculándose de la visión humanista de la medicina, cuando la clínica es pensada exclusivamente como negocio, es decir, como forma privilegiada de obtención de ganancia, cuando se asume el discurso administrativo abstracto de la rentabilidad y se convierte al paciente en cliente, tal como lo deja entrever la visión del médico que servirá de mediador entre la clínica y la compañía de seguros.

“Cuando no te pagan, uno como médico, tratar a un paciente no pierdes mucho, únicamente el recibo de honorarios y se acabó el asunto; pero la clínica pierde material, tiene una nómina que pagar, cuenta todo” (MAS)

### **d.3) Ser médico y traumatólogo**

La profesión médica se encuentra, por un lado, a decir de los entrevistados, en franca desventaja con respecto a otras profesiones:

“Hay muchísimas desventajas de ser médico, la prioridad de DIR es el trabajo, si él fuera un ingeniero, o cualquier otra profesión, él tendría un negocio propio, si quisiera ser independiente, pero sujeto a un horario; y aquí no tenemos horario, si queremos descansar, tenemos que salir corriendo los domingos porque no falta de que llegue o caiga algo.” (DIA)

Por otro lado, encuentran razones satisfactorias en el ejercicio de su profesión, como en el nivel de simpatía que surge, de acuerdo con Smith (2004), con nuestra identificación con los otros. Así, en situaciones de desgracia y felicidad tendemos a compadecernos o a alegrarnos, según sea el caso, por la suerte de los demás, es decir, a ponernos en el lugar del otro. Esta posibilidad de imaginarnos como si fuéramos esa otra persona juega un papel importante en la práctica médica y en su código de ética.

“El enfermo es como si fuera tu familiar, o como si tu fueras al que estuvieran operando, así quisiera que me trataran, esa es mi política.” (DIR)

Pero, por otro lado, la burocracia, que pretende imponer, entre otros, un orden de tipo impersonal a través de la regla generalizada, intentando limitar el intercambio afectivo por su carácter disfuncional, proporciona un ambiente poco propicio a la atención psicológica del paciente.

“En los hospitales tradicionales hay ciertas normas y reglas para visita; el paciente está sólo hasta el fondo, además de que está enfermo se siente más enfermo. Al paciente no nada más lo vas a curar de la enfermedad, sino sentimentalmente, emocionalmente, lo vas a ayudar; en cambio, aquí no hay restricción de horarios, los familiares pueden entrar a visitar a su enfermo a la hora que quieran, necesita cariño y afecto de ellos, he visto que eso le ayuda a recuperarse más rápidamente.” (DIR)

La ética médica procura evitar la discriminación de la atención por razones de tipo económico.

“Hay pacientes que vienen muy mal, mi política es darles igual atención a los que tienen dinero y a los que no tienen, la cosa es resolverles sus

problemas. El paciente viene solicitando aquí un servicio, él quiere que se le atienda.” (DIR)

Aunque existen algunos intentos por diferenciar el tiempo de la práctica médica del de la familia, existiendo pequeñas divergencias entre ambos, a final de cuentas, cuando se presenta un caso de urgencia el espíritu médico siempre se impondrá.

“El quiere atender a todos los pacientes que llegan, pero no es posible; si DIR contesta a la hora de la comida, por el interfón, viene y da la consulta, así esté sirviendo la comida, para él, primero es su trabajo; si contestamos quien sea: los doctores salieron a comer. Pero si es urgencia, ya rápido, pásalo, cuando sea y como sea esa, no tiene ni horario, ni nada.” (DIA)

La práctica de la medicina, a pesar de la responsabilidad social que implica, conoce sus límites. Uno de ellos es precisamente el familiar. Ello es más evidente en el caso de las familias más recientes y modernas, en las que el papel del padre se ha transformado, haciéndole intervenir más en los asuntos domésticos y dándole mayor capacidad de expresión afectiva, sobre todo con el nacimiento de los hijos, momento en que comienza a esbozarse un nuevo proyecto parental.

“En otra clínica cubría a un médico, ahí si estaba corriendo de un lado a otro, un ratito aquí, luego iba allá, y así me iba y urgencias que llegaban en las noches o fines de semana, así estuve más o menos en un año, al año siguiente no lo pude hacer, porque coincidió con que iba a nacer mi hija, entonces ya no pude cubrirlo.” (HME)

La especialidad médica no resulta una extensión automática de la medicina general; aquella presenta un conjunto de particularidades que la diferencia claramente de la segunda y que atraen la atención del especialista.

“Me gustó mucho la ortopedia, sobre todo lo que implica fuerza, conocimiento, cuestiones mecánicas y físicas, ahí encontré una parte que no sea totalmente medicina general como tal, eso si me gustó.”(HME)

La realización de una especialidad en el terreno médico requiere de talento, esfuerzo y dedicación, dando como resultado una neta diferenciación de estatus social.

“Yo veía la necesidad de ser algo más en la vida y sobre todo le tenía yo mucha admiración a los especialistas, porque hacían grandes cosas, el médico general pues ve las diarreas, las incapacidades, ¿verdad? O sea, no resuelves muchos problemas; en cambio, a los especialistas los veían ahí muy grandes, entonces yo los admiraba: yo tengo que ser especialista, pero para eso tienes que hacer un examen para poder entrar a la especialidad.” (DIR)

Este estatus social del especialista se observa, por ejemplo, en la necesidad de tener que esperar el arribo del médico para poder atender al paciente. Nadie más puede realizar una tarea especializada.

“Me llamaba mucho la atención que cuando estaba yo en urgencias, allá en la especialidad en Magdalena, los pacientes que llegaban con fractura de columna los guardaban, y esperaban a que llegaran los médicos específicos de columna, y ellos los operaban, por eso estudié columna.” (HMA)

La especialidad médica, además, incrementa las posibilidades de obtener una mejor situación económica. Sin embargo, en la actualidad, empieza a ser necesario realizar una sub-especialidad; es el caso del hijo mayor, que después haber concluido la especialidad de traumatología realizó lo sub-especialidad en columna.

“Antes, el hacer medicina te garantizaba cierta tranquilidad en el trabajo; después había que hacer la especialidad, pero ahora ya no es suficiente, porque sales con la especialidad y ya no tienes trabajo.” (HMA)

#### **d.4) Dinámica de trabajo**

No existe una sola forma de trabajo. Las modalidades específicas de la colaboración, basadas en la división del trabajo, pueden conocer una gran amplitud. Diversos aspectos intervienen en la conformación de la dinámica de trabajo. Una de ellas tiene que ver con las trayectorias escolar y laboral previas.

“Sí hay diferentes formas de trabajar y también diferentes formas de resolver ciertos problemas, hay formas que son ideales, hay otras que no

tanto, depende dónde (escuela u hospital) se hayan formado, son diferentes formas que pueden ser válidas.” (HMA)

La tasa de cambio del conocimiento especializado es muy alta en nuestra época, haciendo rápidamente obsolescente una parte importante del conocimiento adquirido previamente, lo que propicia diferencias de fondo al momento de ponerlo en práctica cuando se trata de generaciones distintas.

“El modo de trabajo del doctor DIR y de sus hijos puede ser diferente, tal vez porque traen nuevas cosas” (JRA)

Si bien en ciertos casos esta diferencia no es observada en sus aspectos esenciales, lo es de manera indirecta, como en el caso de las enfermeras, quienes en ocasiones no alcanzan a diferenciar entre una práctica y otra, pero le asignan una mayor actualización al conocimiento de los jóvenes, calificando de más modernas ciertas prácticas operativas menores.

“El doctor DIR trabaja, como dice HME, a la antigua, nos pide su instrumental y le preparamos los medicamentos o soluciones cómo él dice; y trabajar con HMA y HME ya están mas modernizados, nos piden las cosas de diferente manera.” (ENJ)

Si bien en un principio existieron algunas diferencias en los modos concretos de practicar la medicina entre el padre y los hermanos, la aceptación de la jerarquía familiar jugó un papel importante en la decisión acerca de la opción elegida. No obstante, con el tiempo, se fue imponiendo poco a poco la cuestión profesional.

“Al principio no coincidíamos en la manera de trabajar, porque la escuela de mi papá es diferente; la de mi hermano y la mía son prácticamente la misma, pero para algunas cuestiones a la hora de estar operando, mi papá quiere hacer el mismo procedimiento de una forma, y mi hermano y yo preferimos hacerlo de otra. Antes nos supeditábamos más a él; ya conforme fuimos aprendiendo el procedimiento, ahora que ya tenemos más experiencia, que ya sabemos más, entonces muchas veces ya no lo dejamos hacer lo que él quiere, sino lo que nosotros queremos, porque así es como aprendimos y así es como estamos seguros que va a funcionar.” (HMA)

Así, los argumentos del conocimiento médico se han ido imponiendo poco a poco sobre aquellos basados en la relación familiar y en la experiencia. Ello ha permitido también una reconfiguración del esquema familiar, otorgando más autonomía, en este caso profesional, a los hijos.

“Durante una cirugía, cuando mi hermano o yo tomamos una decisión, a veces sí está de acuerdo, a veces no, pero igual y cede, le explicamos que es otra forma de hacer y se logran los mismos buenos resultados. Mira aquí está, le hicimos así, no es la necedad, sino porque yo aprendí así y te lo estoy demostrando.” (HMA)

La función principal del hijo menor, en el momento de su incorporación a la clínica, fue en el ámbito médico, primero en la consulta y posteriormente en la intervención quirúrgica.

“Mi principal actividad es dar consulta, generalmente cuando llega un paciente, vemos qué es, hacemos un abordaje preliminar, sabemos al paciente.” (HME)

Sin embargo, de inmediato comenzó a realizar algunas tareas administrativas simples, directamente relacionadas con la práctica médica, en las cuales surgieron también diferencias en cuanto a la forma de operación.

“Con los expedientes de los pacientes se puede ver el tratamiento que se les ha dado para que tenga continuidad, porque en algunas cosas diferimos (con mi papá) en criterio.” (HME)

Las propuestas de cambio en el ámbito administrativo-operativo no se hicieron esperar, aunque éstas se hicieron buscando el consentimiento paterno.

“Cuando recién llegué aquí algunas cosas que ya traía empecé a cambiarlas, por ejemplo, mi papá no manejaba expedientes, algunas otras cosas adecuarlas, pero siempre con su consentimiento” (HME)

En ocasiones, y de manera puntual, cuando la intervención quirúrgica lo amerita, se acude a otros médicos, lo que le proporciona flexibilidad de operación a la clínica.

“De vez en cuando viene otro doctor a ayudarnos a cirugías cuando son muy grandes, se necesitan más manos, ahí se necesita material más sofisticado, que hay que irlo juntando con él, entonces ya trae él el suyo.” (HME)

Las preferencias de colaboración externa están en función obviamente de las necesidades particulares de la intervención; sin embargo, bajo condiciones de mayor libertad en la elección, algunos miembros se inclinan por la participación de algún especialista de género masculino, debido a la disponibilidad de horario, pero también al tipo de relación personal que se establece.

“Cuando son cirugías ordinarias, a mí me gusta más un doctor, un anesthesiólogo hombre porque tiene más disponibilidad, y hay otra doctora que también viene; ahí va mucho el criterio de HME y mío, como que nos gusta más el anesthesiólogo (hombre) porque ya ves esas químicas.” (DIA)

La colaboración en la intervención quirúrgica requiere del establecimiento y aceptación previos de un conjunto de reglas que garanticen una coordinación adecuada. La toma de decisiones, por otro lado, debe respetar una jerarquía en el momento de la acción; ésta deviene de la asignación del paciente a determinado médico, que es el que asume la responsabilidad principal.

“No se tiene la misma jerarquía en una cirugía, salvo que el paciente sea mío, siempre el paciente es de mi papá, en algunos procedimientos (médicos) tenemos otras ideas, y él trae otra, siempre hay un cirujano y un ayudante, porque si los dos queremos hacer, ya nos empezamos a hacer bolas, tenemos reglas bien establecidas.” (HME)

En el caso de esta clínica, el criterio de la asignación del paciente no es una cuestión de especialidad o de experiencia; se trata simplemente de un criterio de captación. Dado que el padre es más reconocido que los hijos en la región, éste atrae más

pacientes, afirmando con ello su jerarquía. Sin embargo, como se verá más adelante, existe actualmente una política de asignar a los nuevos pacientes al hijo menor.

“En una cirugía el principal es el médico tratante, que es el médico que recibió, que captó al paciente, que lo atiende cuando llega. El de la responsabilidad, en la mayoría de los casos, es mi papá, o en alguno que otro puede ser mi hermano o yo, según haya sido la suerte, de captar al paciente.” (HMA)

En los orígenes de la clínica, la directora administrativa asumió ciertas funciones propias de las enfermeras, como la de brindar cierto consuelo frente al dolor.

“Antes sí tenía que ver con los pacientes, cuando estaban abajo, recién empezamos, yo era como trabajadora social, llegaba a su cuarto y les decía: señor ¿cómo está?, pero a mí me angustiaba mucho, como a mí no me gusta la medicina, no me gusta porque me angustia el dolor de la gente, y me angustia como parte del servicio que estoy dando.” (DIA)

Un estudio realizado por Menzies (1970) en un hospital-escuela en Londres, a finales de la década de los cincuenta, ilustra de manera clara la manera cómo las enfermeras se defienden, inconscientemente, frente a la cotidianeidad de la angustia de los pacientes debido al dolor y la presencia de la muerte, y cómo ello repercute, organizacionalmente en sus estructuras y procesos. En el caso que nos ocupa, podemos señalar, basados en este esquema teórico, que la división tajante entre práctica médica y administración, que se justifica funcionalmente y en términos de respeto a las funciones de los médicos obedece, inconscientemente y en gran medida, a esta necesidad de defensa frente a la angustia.

“Le duele mucho, pero ¿cuánto? En una escala del 1 al 10, el 1 es como cuando no se ha hecho nada, como yo, estoy en cero o en 1, y el 10 es que casi me vuelvo loca del dolor, casi quiero gritar, usted, ¿en qué va? no, pues en el 8, entonces si no había quién o estuviera en el quirófano, le doy algo para el dolor. Ahora, como ya está arriba la clínica, vas retomando más tu papel, vas respetando lo que es de otra gente, eso es lo importante.” (DIA)

Sin embargo, a pesar de esta intención de evitar la cercanía del dolor de los demás, expresado funcionalmente en la división del trabajo, la directora administrativa no puede abstraerse totalmente de ello y expresa su simpatía y solidaridad, ahora indirectamente, con los parientes de los pacientes.

“Mi mamá a veces está ahí, con los familiares del paciente, preguntándoles: cómo les pasó, es como la parte conciliadora, como el comité de recepción” (HMA)

La colaboración entre la práctica de la medicina y la administración, por otro lado, guarda una relación particular ya que el sentido de urgencia de la primera no se presenta en la segunda. La posibilidad de generar inventarios de material médico, por ejemplo, relaja ampliamente la función administrativa, pudiendo postergar algunas acciones sin afectar negativamente el trabajo médico.

“Tengo algunos proveedores que andan visitando todas las casas, pero si procuro decirles que hay un horario, porque si llegan a deshoras con la pena del mundo, no, yo no porque lo mío (administración) sí aguanta, no es como lo médico.” (DIA)

Por otro lado, la colaboración de los empleados ha resultado muy positiva. En el caso del jardinero, que ha sido capacitado para realizar actividades de técnico en el ámbito médico, podemos observar que ha desarrollado un lenguaje de especialista que denota un gran orgullo por las actividades que realiza.

“El Arco en C es un aparato parecido al de los rayos X, que le permite al doctor ver exactamente cómo entra un clavo, un tornillo o cuando hace una reducción; la reducción es acomodar el hueso, manipularlo, cuando el hueso tiene una fractura y está desplazado, que está chueco, hace la reducción, acomoda el hueso, entonces con ese aparato, yo le estoy dando fluoroscopia. En ese momento, él está viendo mediante una pantalla cómo está quedando el hueso, él está viendo cómo está entrando un tornillo.” (JRA)

El técnico médico estima realizar una buena contribución al apoyar directamente al doctor principal.

“Yo le ayudo al doctor; en el quirófano está el Arco en C y otro aparato de rayos X , el doctor entra con su paciente mal, le pone una placa con tornillos, o un clavo, o le hace una manipulación, o nada más la reducción. Al terminar la cirugía entro yo, al último, cuando el doctor ya terminó, anteriormente cuando no estaba el Arco en C, tomaba la radiografía, la revelaba y ya el doctor veía si quedó bien ; cuando ya trajeron el intensificador de imágenes, el Arco en C, ya nada más durante la cirugía le doy fluoroscopia para que el doctor vaya viendo cómo va quedando , después ya el doctor procede a suturar, se toma la radiografía y se la muestra a los familiares, el antes y el después, cuando el hueso está roto y ya arreglado.” (JRA)

Además, es una actividad que sólo el técnico médico puede realizar, lo que contribuye a darle un mayor estatus a su participación. Se siente útil y necesario.

“El aparato en C sólo yo lo manejo, porque el doctor no puede tocar nada que no esté estéril, el doctor cuando procede a hacer su cirugía, debe tener todo estéril, su bata, guantes, se forma un área de la que ni él debe de salir, ni yo debo de entrar, entonces por eso no puede tocar nada.” (JRA)

Por su parte, las enfermeras colaboran también abiertamente y enfatizan también la necesidad de un conocimiento adquirido en la práctica.

“En el quirófano entro como enfermera asistente, como circulante, tengo que dar todo a los médicos, lo que necesitan, lo que piden. A las enfermeras se les va adiestrando para que entren al quirófano, se les va enseñando lo que necesitan, ahí mismo en la clínica.” (ENS)

Es probablemente en la intervención quirúrgica, como práctica específica de la medicina especializada en traumatología, que la colaboración entre los médicos logra desentenderse más de los otros ámbitos institucionales, negocio y familia, asumiéndose plenamente una responsabilidad social en la que la ética profesional priva sobre otras consideraciones económicas y afectivas.

“Si estoy en una cirugía con HME o HMA, en ese momento estás concentrado y no piensas que es tu hijo, piensas que somos dos o tres

médicos que estamos luchando porque ese paciente salga adelante.”  
(DIR)

### **e) Los preparativos de la sucesión**

A la familia se le asocia de manera frecuente con el afecto, la confianza y la seguridad; no olvidemos que también lleva implícito el sentido de continuidad, es decir, se busca que la familia se mantenga y perdure a través del tiempo. Las nuevas generaciones arriban y relevan a las anteriores; resulta satisfactorio para el individuo, dejar huella de su existencia, una forma es mediante la perpetuidad de la familia, porque sabemos que los descendientes van a mantener y a transmitir, aunque también los modifican sustantivamente, las costumbres y los valores que las generaciones previas les inculcan durante la convivencia familiar.

Entonces, el concepto de transmisión resulta fácilmente comprensible, cuando nos referimos a un medio familiar. Así como heredamos de nuestros padres todo un bagaje moral, es probable que también heredemos bienes materiales, por escasos que éstos sean, los cuales tienen a la vez un valor funcional y otro simbólico. Durante la vida, la persona sabe que el patrimonio que va formando a lo largo de sus años de trabajo será transmitido a sus seres más cercanos.

Cuando nos referimos a la sucesión, no podemos hacerlo como si se tratara de un hecho que se sucediera en una fecha determinada y desde una perspectiva exclusivamente de racionalidad económica; más bien, es resultado de un largo y cuidadoso proceso, donde lo afectivo juega un papel central, con el fin que todos los miembros tomen el tiempo necesario para irlo asimilando.

#### **e.1) Inicio temprano de la sucesión**

Recordemos que uno de los objetivos que impulsó al director a fundar la clínica fue primeramente, a decir de éste, proporcionar empleo a sus hijos y, posteriormente, pensando a futuro, tener una empresa que les proporcionara los suficientes recursos para su vejez, la directora lo explica así:

“DIR siempre quiso complementar el consultorio, por eso construyó la clínica, él siempre piensa en sus hijos, dice: qué van a hacer, que sí el día

de mañana o pasado, que había que trabajar nosotros para supuestamente pensar de qué vamos a vivir”. (DIA)

La idea que la clínica fue concebida para que trabajaran los hijos es retomada por las nueras, y agregan que él ya tenía, desde entonces, el propósito de heredarla a sus hijos.

“Para HME creo que lo mejor es trabajar aquí, porque es algo que nació, que siempre don DIR lo hizo pensando en sus hijos, quiero que mis hijos sean médicos y que algún día estén aquí. No creo que alguien empiece algo diciendo esto es mío y a ver a quien se lo dejo o a ver quién lo trabaja. Creo que, pensándolo como empresa familiar, no creo que haya ninguna desventaja, creo que para él (HME) es lo mejor.” (NME)

Remontándose tiempo más atrás, el proceso de sucesión pudo haberse iniciado desde el momento en que los hijos empezaron a estudiar medicina:

“Creo que este proceso de sucesión se inició desde que HMA y HME estudiaban la carrera de medicina, y después traumatología y ortopedia, creo que todo se iba generando para que HMA y HME de manera equitativa, fueran los dos quienes sucedieran en la clínica.” (NMA)

Entre las principales razones que propician la sucesión en una empresa familiar, podemos encontrar precisamente la que se presenta en caso de enfermedad o cansancio del fundador; en el primero, si la enfermedad es repentina, la sucesión se lleva a cabo de manera rápida y en ocasiones poco pensada; si, en cambio, la enfermedad se presenta poco a poco, o surge el agotamiento físico, el proceso de sucesión se puede ir desarrollando paulatinamente, dando lugar a que los integrantes de la empresa lo vayan planeando y aceptando.

En el transcurso de la investigación pudimos detectar tres tipos de sucesión en la clínica, y que bien pueden corresponder a los tres espacios institucionales encontrados y que podemos observar en el esquema interpretativo. El primer tipo de sucesión que apareció de manera evidente fue la médica, dado que corresponde a la actividad sustantiva de la clínica. Esta función fue desempeñada durante muchos

años únicamente por el director; después a medida que sus hijos fueron terminando sus estudios universitarios, se fueron incorporando de manera más formal en la clínica, aligerando la carga laboral del padre. La lógica que mueve a este espacio son los conocimientos médicos teóricos y prácticos.

## **e.2) Sucesión médica**

El director empieza a delegar una parte de sus funciones a sus hijos porque ellos han terminado su preparación profesional, y además porque empieza a dar muestras de cansancio.

“Con ayuda de mi hijo HME ya no trabajo tanto, en las noches él viene y da las consultas, ya no me levanto, salvo que sea una cosa que requiera de cirugía o de una cosa más complicada.” (DIR)

El inicio del proceso de sucesión lo podemos detectar también por los comentarios hechos por una enfermera:

“Cuando llega un paciente nuevo lo mandamos con HME, porque el doctor DIR ya casi no quiere atender pacientes, como está de lunes a sábado y atiende muchos pacientes ya se llega a cansar.” (ENM)

La empresa familiar es considerada como la intersección de dos dimensiones, la empresarial y la familiar; por otro lado, la confianza resultó ser una característica esencial de la familia, entonces este concepto va a transitar a la empresa familiar, casi de manera natural, como se encuentra a continuación:

“Ya me canso más, ya tengo más años, pero ahora tengo la ventaja que ya tengo aquí a HME y me ayuda muchísimo. Ya trabajo un poquito menos porque ya tenemos en quien delegar, nos vamos con la confianza que HME se queda a cuidar el consultorio.” (DIR)

Existe una cierta reciprocidad entre la confianza que el padre deposita en los hijos, pero también existe una aceptación de responsabilidad por parte de estos últimos, una de las nueras piensa, atinadamente, que es parte del proceso de sucesión:

“Su papá poco a poco les tiene más confianza, don DIR ya puede decir, me voy una semana de congreso y le encargo todo a HME y obviamente va adquiriendo mayor responsabilidad en la clínica, pero no creo que la sucesión se esté dando, o a lo mejor, es parte del proceso. El hecho que adquiera mas responsabilidades y mas confianza de parte de sus papás, pueda ser que sea parte de este proceso.” (NME)

El hijo menor está conciente que él está tomando la batuta de la clínica y acepta la responsabilidad.

“El día que mis papás ya no puedan trabajar, se espera que siga trabajando yo, esa es la idea, de hecho se piensa que mi papá deje de dar un poco de consulta.” (HME)

Por un lado resulta claro que el director quiera delegar parte de sus funciones debido a su alto agotamiento físico, pero por otro lado, lo que busca también es que sus hijos vayan adquiriendo prestigio y obtengan más recursos económicos, en este tipo de decisiones podemos apreciar el aspecto afectivo de la relación.

“A veces, cuando estoy yo, si llega una persona a consulta y lo busca a él (DIR), dice: no, tú, es lo mismo, que lo atienda él; pero todavía lo veo con ánimos, con ganas de seguir, con capacidad para poder estar todavía en quirófano y operar.” (HMA)

Por el tipo de trabajo que desempeñan los médicos, como ya se analizó, en ocasiones pueden correr ciertos riesgos, principalmente durante una intervención quirúrgica, dado que trabajan con vidas humanas, por lo tanto no se aceptan los errores. El aspecto médico también está presente en la sucesión, y principalmente la ética médica, pues el director dejaría de operar el día que sus facultades ya no se lo permitan hacerlo debidamente.

“Dejaría de trabajar el día que ya no pueda hacer nada, ya que esté muy tembloroso para operar, que mis ideas ya no las pueda coordinar.” (DIR)

De acuerdo con varias opiniones, tanto de familiares como de otros empleados de la clínica, el próximo sucesor podría ser el hijo menor, el director resalta sus virtudes:

“HME puede hacerse cargo de la clínica, es un muchacho muy profesionalista, muy inteligente, muy trabajador, muy entrón, a la hora que se le habla viene, además está joven, conoce el medio, le gusta Cuautla, y la medicina que se hace aquí es buena, porque le reditúa para todas sus necesidades, entonces creo yo que con el tiempo, él va tener a lo mejor más nombre que yo.” (DIR)

La esposa del hijo menor confirma la inminente sucesión médica; inclusive si fuera necesario, se integraría a la clínica. En su discurso, efectúa una clara separación entre las actividades médicas y las administrativas, desconoce que va a suceder con estas últimas:

“Cuando mis suegros ya no puedan trabajar, HME se va a hacer cargo de toda la consulta y cirugía, él poco a poco piensa absorber todo, si necesitara ayuda, yo lo haría; creo que HME va a absorber todo respecto a lo médico, no sé la administración.” (NME)

A los empleados les proporciona seguridad el hecho de que el próximo director sea una persona ya conocida en la clínica, con la que ya están acostumbrados a trabajar, estiman que HME seguiría una trayectoria parecida a la de su papá:

“Si el doctor DIR se retira, yo estoy también próximo a retirarme, creo que no me desagradaría en ese caso, como HME su hijo está más tiempo aquí, ya nos estamos adentrando, entonces cuando el doctor diga hasta aquí, pues yo con HME ya voy a estar encarrerado y tal vez no vayamos a notar que no es lo mismo, a que de repente: pues ahora va a ser tu jefe éste, yo me voy, porque empezar el proceso de conocerse, en cambio con HME ya nos conocemos, no va a haber mucho cambio.” (JRA)

Las enfermeras opinan al respecto de manera similar.

“Cuando DIR y DIA ya no puedan trabajar, pues va a estar el doctor HME trabajando.” (ENM)

Retomando características de la empresa familiar, donde en ocasiones las funciones se traslapan, o los integrantes pueden realizar varias funciones a la vez, una de las

enfermeras comenta que el hijo menor podría hacerse cargo de la clínica, en términos administrativos, puesto que en términos médicos ya estaría sobreentendido.

“El día que DIR y DIA ya no puedan trabajar, siento que queda al frente HME, con el carácter de la señora DIA y como es el que está mas cerca de ella, podría seguir manejando la clínica, y HMA igual venir.” (ENJ)

Por los anteriores testimonios, podemos pensar que el proceso de sucesión médica ya se ha iniciado; el director ha delegado una parte importante de sus funciones a sus hijos, principalmente al menor; a medida que transcurre el tiempo se observa una mayor claridad.

“Espero que realmente en el futuro, alguno de nuestros hijos decida estudiar medicina, pues que padre tener ya un camino más o menos andado, porque la verdad si es más fácil, yo lo veo con HME, y sobre todo estar cobijado por tu papá.” (NME)

### **e.3) Sucesión administrativa**

La administración de la clínica es una función que ha sido desempeñada tradicionalmente por la esposa del director; recordemos que sus estudios y la experiencia adquirida en el negocio de su padre le permitieron incorporarse a la empresa familiar, casi de manera natural. A diferencia del director, ella no ha pensado todavía en retirarse de sus funciones:

“Mi mamá a veces se toma vacaciones más largas, pero nunca ha dejado de trabajar, me da la impresión que quiere seguir trabajando.” (HME)

No sólo quiere seguir trabajando, sino que quisiera ampliar las actividades de la clínica incorporando incluso más especialidades médicas, pero el director no coincide con estos planes, porque piensa que la administración se haría mucho más complicada.

“Si la clínica fuera más abierta tendrían que intervenir otros médicos y haber un médico de guardia siempre, estos son los planes que a mí me gustaría, pero no corresponden a las aspiraciones de DIR, él ya está más

cansado, ya empieza a cansarse, eso a él no le gustaría, porque no le gustaría lo administrativo, ver a alguna otra gente, le parece que se le va a complicar, y dice: no, así estamos bien.” (DIA)

La clínica, llamada en ocasiones "negocio" por los fundadores, fue creada con diferentes objetivos, siendo uno de ellos, el empresarial; al momento de su constitución la clínica representaba una inversión que iba a reeditar beneficios primero a corto plazo, y posteriormente les iba a permitir en un futuro obtener recursos para vivir cuando ya no pudieran trabajar ninguno de los dos.

“Mi esposa y yo siempre hemos dicho que si Dios nos deja llegar a viejos, tener este negocito para que nos deje para vivir; se haría un convenio con los hijos para que nos estuvieran dando cierta cantidad de dinero” (DIR)

La sucesión médica y la administrativa presentan características diferentes; en la primera lo que se puede transmitir son los pacientes, el prestigio y la experiencia; en la segunda, implica básicamente la sucesión de un conjunto de bienes materiales, aunados a un cierto prestigio; el negocio es la infraestructura, como los consultorios, las oficinas, los cuartos, el quirófano, los aparatos, los instrumentos de trabajo, en general todo el equipo y el almacén de materiales. La clínica es, retomando palabras del director, como la mina que está esperando a que la vengán a explotar.

Los directores de la clínica ya empiezan a pensar en su hijo menor como el próximo sucesor, él tendría que retribuirles económicamente una determinada cantidad; el acuerdo se haría únicamente de manera verbal, basado en la confianza, como se hace frecuentemente en la empresa familiar.

“Cuando mi esposa y yo ya no podamos trabajar más, se ha pensado que HME y NME se van a quedar con la clínica y ellos nos van a tener que pasar una renta mensual. Uno no va a poder trabajar toda la vida, entonces que esto sirva para cuando llegue a viejo, que de ahí vivas. Todo esto está hablado, porque nosotros confiamos más en la palabra que en los papeles, porque somos una familia muy unida, y lo que se platica haz de cuenta como si te lo escribiera.” (DIR)

La directora coincide que el hijo menor podrá asumir la administración de la clínica, dado que él siempre ha presentado cierta inclinación hacia ese tipo de actividades.

“Yo pienso que HME va a ser el que..., a él se le da mucho la administración, siempre ha sido un hombre muy organizado; como que somos de mucho contacto y mucha comunicación por el trabajo; DIR maneja las cosas de una forma totalmente diferente a como las manejamos HME y yo, entonces nos deja el agua muy revuelta con la gente.” (DIA)

Sin embargo, la esposa del hijo menor considera que nadie de la familia estaría capacitado para retomar la administración, entonces la clínica podría dejar de ser empresa familiar, o, la otra posibilidad sería esperar a que crezca algunos de sus niños, con lo cual se estaría pensando ya en una tercera generación.

“No creo que ninguno de nosotros estemos capacitados para realmente administrar una clínica. Mi suegra tuvo estudios de administración; a lo mejor deja de ser meramente familiar, esperando a que los hijitos crezcan.” (NME)

Ella misma insiste en que lo mejor sería que fuera alguna persona de la familia, principalmente por la confianza que existe.

“Obviamente me gustaría que alguien de la misma familia viniera a la administración, pensando en A (sobrina) que estudia administración; tienes más confianza que a alguien de fuera. La clínica para mi es muy importante porque pues ahí trabaja mi esposo, en relación a la administración debe de ser mucho relajado, entonces si es alguien de la familia, mucho mejor.” (NME)

Una de las enfermeras también se inclina por el hijo menor:

“HME es como más administrativo, todo lleva muy en orden; más que nada los dos (HME y HMA) tienen carácter, son responsables.” (ENJ)

#### **e.4) Negación de la sucesión**

Resulta difícil para cualquier persona renunciar a una actividad que ha desarrollado durante mucho tiempo, máxime cuando ha ejercido una determinada autoridad; para que la transferencia de liderazgo obtenga buenos resultados se requiere que las personas estén concientes de los sucesos.

Este mismo acontecimiento se complica todavía más cuando se trata de una empresa familiar, ya que no es cualquier empresa, sino una que en muchos casos ha requerido de un gran esfuerzo para lograrlo o simplemente porque siente un fuerte vínculo emocional con ella.

Lo dicho anteriormente se puede observar en palabras del director y, tratando de convencerse así mismo, agrega que la clínica apenas empieza:

“La sucesión todavía no la hemos pensado, estamos viendo que apenas esto está empezando, esto comenzó como juego, y ahora ya lo hemos hecho realidad.” (DIR)

La directora considera que su esposo tendría que dejar de trabajar ciertos días, porque se cansa, pero él no lo considera así.

“Va a llegar un momento que lo que empezamos a hacer ahorita, de dar consulta el sábado en la mañana y en la tarde, DIR ya no va a poder, aunque él dice que va a ser igual, pero no es posible. A él le vamos a bajar el ritmo.” (DIA)

Y además argumenta que el trabajo proporciona salud y entretenimiento, que se trata de una actividad que trasciende el mero aspecto económico.

“Voy a seguir trabajando hasta que Dios me deje, es bueno que te mantengas activo, en buenas condiciones, una vida tranquila, salud perdurable; si no trabajas te vienen los achaques, empiezan los problemas, el trabajo lo veo como una distracción.” (DIR)

Por su parte, la directora considera que siempre va a trabajar en la clínica, no desea una separación total, en todo caso delegaría parte de sus funciones.

“Yo creo que siempre voy a trabajar aquí, no tengo otro proyecto, como que no me visualizo, ni tengo interés como para poner otro negocio, como que no; mas bien, cuando ya no pudiera trabajar, buscaría a alguien que me hiciera algunas cosas, como los depósitos, como que hiciera lo de la calle, pero yo igual estar aquí.” (DIA)

Una de las nueras analiza que no es fácil para sus suegros renunciar a los derechos del negocio, pero que son acontecimientos inminentes.

“Creo que falta mucho tiempo para que DIR y DIA dejen de trabajar, porque mi suegro todavía tiene pila para mucho, y mi suegra igual, pero si lo decidieran, ¡qué padre!, porque ya necesitan un descanso, porque si es desgastante, y más viviendo como ellos ahí, junto a la clínica, todo mundo siempre recurrimos a ellos, la familia y todo mundo.” (NME)

Lo mismo opina el hijo menor:

“Yo lo veo por parte de ellos, como que el tener que entregar ya, como que eso no les gusta la idea, pero, ¿qué va a pasar?, pues yo creo que para mí me queda claro eso.” (HME)

### **e.5) Rompimiento del proyecto parental y reformulación de la sucesión**

La naturaleza protectora de los padres origina que éstos, desde su propia perspectiva, elaboren planes para asegurar el porvenir de sus hijos. Sin embargo, resulta difícil predecir hasta qué grado se van a cumplir esos planes, dado que no siempre convergen los objetivos personales, los de la familia y los de la empresa. En la clínica, las aspiraciones del hijo mayor no han coincidido plenamente con los planes elaborados por los padres.

“Es una buena organización, don DIR y la señora DIA son unas personas concientes, supongo que lo ideal sería que estuviera aquí también su hijo HMA, siento que siempre es su sueño que estén aquí los dos hijos y que puedan trabajar juntos; no se ha dado, pero yo creo que ellos han

respetado las decisiones de todos, han dado las posibilidades de escoger siempre.” (NME)

El hijo mayor ha elegido vivir en la Ciudad de México porque piensa que es ahí dónde va a lograr sus objetivos, y de manera espaciada asiste a Cuautla para apoyar en las cirugías. Esta elección ha propiciado que los padres reflexionen nuevamente acerca de la transmisión de la clínica, pues consideran que tiene más derecho aquel que más se ha preocupado por trabajarla.

“Mi hijo HMA ya decidió quedarse en México, esta clínica la puse para los dos, él viene todos los sábados y lo que gana es para él, no deja ganancia para la clínica. Yo le dije: aquí está una mina, aquí tienes tu pico y tu pala para que si quieres vengas a sacar diamantes a Cuautla; si esa mina no la trabajas, no va a ser tuya, va a ser de quien la trabaje.” (DIR)

Esta misma reflexión es compartida por la esposa del director.

“HMA está muy al margen de la clínica, forma parte del equipo de trabajo, pero su tiempo no está totalmente establecido para estar aquí, sino que su prioridad es el Seguro Social, después viene su trabajo particular en México, su familia y ya después acá, entonces nosotros tenemos que hacer un estudio de cómo vamos a dejar esto, porque no sería partes iguales, no podría ser, pudiera ser pero no creo que estuviera bien.” (DIA)

La decisión del hijo mayor de no participar plenamente en la empresa familiar, ocasionó el rompimiento del proyecto parental y propició el deterioro de las relaciones familiares y la reformulación de la sucesión.

“Cuando HMA dijo: me voy a México, se rompió parte del plan, esas fueron de las cosas que empezaron a generar conflicto y tensión: pero ¿cómo?, si esto lo hemos construido para ustedes. Y ahí fue cuando la balanza se inclinó hacia HME, él ha retomado la batuta de la clínica.” (NMA)

#### **e.6) Preparando la sucesión**

La directora retoma su papel de empresaria y, basándose en una racionalidad económica, y tratando de dejar de lado el carácter familiar de la empresa, opina:

“Que la clínica quede en la familia, a mí personalmente, no es mi meta, esa es la de DIR, eso es muy importante para él, para mí no es una cosa que yo diga sí, a mí personalmente no. Ahí vienen las idiosincrasias, DIR es extremadamente conservador, pienso yo, y entonces no es mi prioridad, sí sería la de él.” (DIA)

Pensando la clínica como negocio, lo importante es que crezca, aunque no se mantenga completamente familiar:

“No sería una prioridad que fueran de la familia los futuros directores o médicos de la clínica, eso no me importaría.” (DIA)

Debido a que el compromiso laboral y moral asumido por los hijos ha resultado desigual, los padres han decidido efectuar una clara separación patrimonial entre la clínica y sus demás propiedades.

“Tú (HMA) vas a tener una participación en cuanto a la casa, será mitad tuya y mitad de HME , pero la clínica es de quien la trabaja, tú quieres estar en México, estás contento, perfecto, yo te estoy dando igual, estoy poniendo una balanza, 50% a ti, 50% a HME, tú decides, es tu vida; él va a estar mejor que tú, porque no es igual la medicina privada a la medicina institucional.” (DIR)

La directora coincide totalmente con su esposo, opina que no sería justo repartir todo el patrimonio por partes iguales.

“A la hora de una herencia, no puedes decir, como una familia normal, convencional, lo que tengo es para mis hijos, o una parte proporcional, aquí no, porque yo diría, mi casa y el terreno y mis propiedades que yo pueda tener van a ser por mitad, pero el negocio no, porque el negocio no se trabajó igual, eso sería a considerar, sería necesario un estudio para tratar de dar una solución única.” (DIA)

La esposa del hijo mayor, coincide en que al hermano menor le corresponde hacerse cargo de la clínica, cree que es lo más justo, dado que le ha dedicado todo su tiempo.

“Creo que HME se va a quedar a cargo de la empresa, y su esposa; pienso que es lo más lógico, porque son los que están allá, porque sobre todo él trabaja toda la semana, todo el día ahí, yo creo que hasta por justicia divina, pues le corresponde.” (NMA)

Se estima que el proceso de sucesión continúe sin problemas, dado que los miembros de la familia ya han manifestado sus aspiraciones.

“No creo que hubiera problema al momento de la sucesión, porque cada quien ha establecido desde ahorita su prioridad, o sea, cada quien ha demostrado sus prioridades. Si a HMA le interesara mucho esto, estuviera más aquí, pero no, él su vida, a él le interesa mucho la vida hospitalaria, a él le interesa mucho su hospital (Seguro Social), ha tomado cursos de administración en el mismo hospital, y él está realizado donde está.” (DIA)

Otros miembros de la familia desean también que la sucesión se efectúe de manera tranquila y se expresan por respetar la decisión de los padres.

“Con respecto a la sucesión, me gustaría que la decisión que tomaran sus papás, por mi parte y por HME, la respetáramos, sea cual fuere, eso es una decisión de sus papás con sus hijos, pero ellos (el otro hermano y su esposa) no se cómo puedan reaccionar, espero que respetaran la decisión y así quedáramos todos tranquilos.” (NME)

Una de las enfermeras, que los conoce desde hace muchos años, estima que los hijos no muestran un interés especial por la herencia, por lo tanto no se espera alguna dificultad.

“Creo que no habría problema al momento de heredar, yo los veo muy centrados, no se les ve las garras para estar esperando.” (ENJ)

La esposa del hijo mayor prefiere que su familia se desarrolle de manera independiente y se inclina por formar su propio patrimonio, y no esperar una herencia.

“Yo no quiero que el patrimonio de mis hijos se vea amenazado en veinticinco años que hayamos estado trabajando en la clínica, y de repente tus (de su esposo) papás no estén, y todo lo que hayamos

trabajado, se divida a la mitad, entre tu hermano y nosotros; pienso que mejor deberíamos generar lo propio y no empezar nuestra vida basado en una herencia que quién sabe cuándo llegue, nuestro proyecto de vida está aquí (en México) y es crecer nosotros de manera independiente.” (NMA)

El proceso de sucesión continúa llevándose a cabo, los miembros de la familia han manifestado sus objetivos, los padres ya empiezan a compartir parcialmente sus funciones con los futuros sucesores, y en algunos casos a delegarlas. Cuando se han llegado a presentar conflictos, éstos han provenido principalmente por la búsqueda de autonomía de algunos de los miembros de la familia.

Los fundadores están concientes que la sucesión es un proceso que debe ocurrir, que ellos mismos lo empezaron desde el momento en que propiciaron el involucramiento de sus hijos en la clínica; pero al mismo tiempo no desean abandonar la empresa familiar.

## **f) La alianza estratégica con la compañía aseguradora**

En este apartado analizaremos un proceso central en la orientación y desarrollo futuros de la clínica, su alianza con una compañía aseguradora. Desde un punto de vista convencional, podría esperarse sea una destrucción de todo elemento de tipo familiar en búsqueda de una racionalidad estrictamente económica, sea el reforzamiento de la lógica familiar como elemento sólido de resistencia ante dicha racionalidad. El análisis demuestra que si bien estas dos posibilidades se encuentran presentes, la realidad es que en algunos casos la misma naturaleza social de la familia ha propiciado una más suave y decidida incorporación a la modernidad.

### **f.1) Los beneficios económicos y la dinámica familiar**

La medicina parece reforzar su estatus de actividad laboral especializada si ésta logra ser retribuida económicamente de manera adecuada. Así, la elección de una compañía de seguros que permitiera incrementar los ingresos de la clínica reforzaría el sentido de estar otorgando un buen servicio médico, tal como lo expone HME:

“Dentro de lo complementario, conocí a un doctor que es el coordinador de los seguros Q, es el seguro más fuerte; ese tiene la ventaja, a diferencia de los demás, que tiene tabulador muy alto, realmente todos los seguros tienen un tabulador muy bajo, entonces no es que uno se sienta mucho, pero tampoco menospreciar su trabajo, es como uno vulgarmente dice: es prostituir la medicina, o sea, uno va, uno sabe el valor que tiene el trabajo, si se lo quieren pagar, bien, y si no pues que busquen a otro. Entonces empezamos a trabajar con ese seguro, ellos traen a los pacientes directamente acá, a veces los he ido a ver a otra clínica, pero generalmente es aquí.”

Los resultados de corto plazo son evaluados, en términos generales, si no excelentes al menos positivos:

“Creo que la aseguradora ha aportado más trabajo, qué bueno que se dio cuando HME llegó, pienso que era una clínica que tenía una capacidad suficiente.” (NMA)

Como lo menciona una enfermera, el trabajo médico se ha concentrado principalmente en HME:

“Con la aseguradora, yo creo que hay mas trabajo; el que más participa es HME, y el doctor DIR muy poquito” (ENM)

Inclusive, aunque los ingresos provenientes de la aseguradora no sean evaluados como muy importantes en cuanto a su monto, se estima que esta relación permitirá una mejor situación económica en el futuro al dar a conocer a la clínica:

“Los beneficios económicos que ha aportado la aseguradora a la clínica no son muy buenos, porque pagan muy mal, pero nosotros lo vimos desde el punto de vista de difusión, que la gente nos conozca más a través de los médicos que componen esta aseguradora.” (DIR)

La directora administrativa enfatiza también los beneficios económicos de largo plazo al atraer más pacientes a través de un servicio de calidad tanto en lo concerniente a la calidad del servicio administrativo como médico:

“La aseguradora nos proporciona una buena cantidad de trabajo y te das a conocer más, además aunque la gente (el paciente asegurado) no elige, pero a futuro, trabajamos a futuro, esa persona sabe que se le atendió bien y en cuanto al aspecto médico y al hospital, ya sabe lo que ofrecemos.”

Estos beneficios económicos se extienden también a la esposa del hijo mayor:

“Con la aseguradora se benefician en cuestión económica; también la doctora NMA sale beneficiada, ha habido muchos problemas de accidente que ella los trata.”(ENJ)

“Se ha beneficiado a NMA porque aunque ella no tenga contrato, lo que haya de maxilo (maxilo-facial, su especialidad) se le guarda para cuando ella viene; no HMA, porque antes que él, son dos traumatólogos aquí, entonces él no se ha visto beneficiado.” (DIA)

Sin embargo, el sistema de seguros, en general, no posee una buena imagen en la sociedad y el asegurado mantiene frecuentemente una posición defensiva de exigencia, la cual se acentúa ya que éste, por otro lado, ha pagado por anticipado –

aunque sea de manera parcial- el uso del servicio, haciéndose una distinción entre los pacientes asegurados y los que no lo son ya que para los primeros media una relación económica previa:

“El paciente del seguro viene en otro plan, como el seguro paga todo, se siente ya agredido de por sí, entonces quiere que le resuelvan cosas que a veces uno no se las puede resolver, como el accidente, por ejemplo, entonces ahí es cuando entra uno en conflicto, los pacientes que no son de seguro, es más tranquila la relación.” (HME)

El director de la clínica no parecía en un principio animado en el establecimiento de la alianza con la aseguradora. No obstante, con el paso del tiempo la fue aceptando y encontrando que ésta podría ser benéfica para HME. El interés económico de la clínica o la ampliación del trabajo personal no fueron los elementos que el director considerara para aceptar la relación sino la posibilidad de desarrollo de su hijo menor, considerado en el contexto de la sucesión:

“Mi hijo HME aparece como responsable ante la aseguradora, yo no quise; le dije: yo ya tengo un nombre aquí, quiero que a ti te conozcan. Cuando los pacientes asegurados vienen, él los ve, yo no veo ninguno; yo ya trabajé bastante y a veces son pacientes que llegan en la noche, generalmente, que los atropellan, entonces, yo ya no me voy a levantar. - Le vamos a entrar, pero bajo una condición, que tú los atiendas a todos, salvo que tú estés ocupado o fuera de la ciudad, algún problema que no puedas venir, entonces yo entraré al quite.”

Un razonamiento similar expresa DIA:

“Lo de la aseguradora se lo deja DIR a HME porque es de él, porque él lo buscó, estamos procurando que él crezca. Cuando hay una cirugía y DIR participa, entonces si mete su recibo y ya le llega lo que le corresponde.”

Es en la estructura general de la clínica que reposa el desarrollo de esta nueva actividad estratégica. Si bien HME es el responsable formal del proyecto, le corresponde a DIA todo el manejo de la función administrativa. De hecho, son estos dos actores quienes promovieron en realidad la alianza con la aseguradora:

“Mi esposa participa en la aseguradora desde el punto de vista administrativo, ella es la que hace las cuentas de lo que se gastó en el hospital, de los medicamentos, de cuánto se le va a pagar al anesthesiólogo, de radiografías, todo esto tiene que pasar con ella para liquidar.” (DIR)

La distinción entre el ámbito administrativo y el médico se refleja también en el establecimiento de dos convenios distintos:

“El convenio únicamente es entre la compañía de seguros y el hospital, y otro convenio es el de la compañía de seguros con el médico profesionalista. La señora DIA aparece como la representante legal del hospital, y en la parte médica aparece HME.” (MAS)

Si bien el médico que ha jugado el papel de intermediario entre la clínica y la aseguradora ha sido aceptado como parte fundamental del negocio, éste no ha sido realmente incorporado en la dinámica familiar y lo ha sido sólo parcialmente en el aspecto laboral, tal como lo recuerda la DIA:

“El médico de la aseguradora no forma parte de nuestro equipo de trabajo.” (DIA)

El mismo médico de la aseguradora acepta que su papel está circunscrito al ámbito del negocio ya que incluso en el terreno médico sólo participa de manera muy marginal:

“Mi trabajo básicamente es administrativo; aunque ayudo en las cirugías y veo a los pacientes que para HME significan pérdida de tiempo, como una torcedura de tobillito, un raspón o cosas así. Básicamente soy mediador entre los proveedores médicos, que son clínicas, especialistas y la compañía de seguros.” (MAS)

Si bien existe un convenio formal entre la aseguradora y la clínica, no hay una relación laboral entre la clínica y el médico intermediario. La clínica le proporciona a éste un pequeño consultorio y algunos pacientes:

“La relación de la aseguradora con la clínica es un convenio tácito, porque no tenemos nada escrito, a valores entendidos, yo le proporciono al médico de la aseguradora un espacio en donde tiene su oficina, porque realmente es una oficina, a cambio de que nos de cierta protección en cuanto a trabajo; o sea, yo no le alquilo, se lo doy, se lo proporciono con luz, con todo.” (DIA)

Las expectativas de crecimiento, propios de la visión empresarial, resultan muy importantes tanto para DIA como para HME. El vínculo con la aseguradora ha resultado el medio adecuado para lograrlo, mientras que la capacidad hospitalaria instalada y el número de personal constituyen los parámetros de referencia del crecimiento:

“Estamos en la subida, en crecimiento, no creo que estemos en el punto máximo, porque para eso tendría yo que tener ya mucho tiempo con el hospital lleno, y no es así, estamos en algún punto de crecimiento, pero realmente se puede decir que hemos avanzado, con personal y con todo, cuando empezamos ya con la aseguradora, porque de otra manera el dinero era así, como que justo para pagar todo, no podía haber un ahorro, no podía haber una cuenta de cheques con movimiento.” (DIA)

Este objetivo de crecimiento no se realiza a cualquier precio. HME ha tenido mucho cuidado en respetar la visión particular de su padre y en no proporcionarle una carga de trabajo demasiado demandante:

“La meta es crecer, ahorita, con estos seguros fue algo muy importante para la clínica, no se trata de cargarle el trabajo a mi papá, antes él hacía todo.” (HME)

Este respeto a DIR se combina perfectamente con la perspectiva económica tanto de DIA como de HME, promotores del convenio:

“Los resultados con la aseguradora han sido muy buenos para mi, lo que pasa que el convenio lo hice yo, no lo firma mi papá, la mayoría me la llevo yo; la clínica gana en hospitalización, en cuanto a servicios que presta, lo que pasa es que las facturas salen a nombre de la clínica, y está a nombre de mi mamá.” (HME)

La esposa del hijo menor considera que se trata de un acuerdo justo, el cual es resultado de considerar tanto los aspectos económicos como afectivos:

“Creo que en las decisiones que toma HME siempre están presentes sus papás, él dice: voy a trabajar ahora con seguros, no va a ser beneficio nada más mío, va a ser también beneficio para la clínica, porque los que yo opere por los seguros, el dinero que se reciba no es nada más como médico, los pacientes van a entrar a la clínica y van a dejar dinero a la clínica.” (NME)

La esposa del hijo mayor posee un razonamiento similar, estimando que en este tipo de convenios todos los actores logran obtener una ganancia:

“Trabajar con la aseguradora, no creo que sea malo, es una manera de captar pacientes, y es negocio redondo, porque gana la clínica, el médico, la aseguradora y el paciente recibe una atención de calidad; yo también estoy dentro del plan de aseguradora, ahora mis conceptos son muy esporádicos”

## **f.2) El proceso de modernización**

Las diferencias entre el médico intermediario y la clínica comienzan a aparecer, entre otros, en el momento del arribo de pacientes de urgencia. Dado que se trata de una clínica especializada en traumatología, los servicios de urgencia resultan altamente frecuentes:

“Básicamente los pacientes en un accidente, en un atropello, son de traumatología, el especialista que más se usa para las aseguradoras de carros, es el traumatólogo.” (MAS)

Si bien la clínica había sido fundada desde sus orígenes con una visión de negocio, en el sentido de proporcionar los ingresos económicos suficientes para la familia, ésta había logrado imponer algunos elementos de su propia dinámica, logrando una combinación considerada como adecuada. Así, por ejemplo, el establecimiento de días y horarios de trabajo pudo ser mantenido durante muchos años; sin embargo, la incorporación de la aseguradora comienza a cuestionar dicha lógica:

“Ha habido problemas con la aseguradora pues quieren atención luego; para los accidentes no hay horario ni día, y aquí nada más de lunes a viernes, y los accidentes luego son fines de semana.” (ENJ)

El hecho de dedicar los domingos a actividades familiares, tanto por parte de DIR y DIA como de HME con su propia familia, aunado al establecimiento de horarios que les permitieran contar con tiempo propio para actividades domésticas se pudo conjugar relativamente bien con la especialidad de traumatología de la clínica al adecuar ésta a la dinámica familiar. Sin embargo, el convenio con la aseguradora les recordó rápidamente la contradicción entre la naturaleza de los servicios de dicha especialidad médica y la orientación de la empresa familiar:

“Esta clínica no trabaja los domingos, una clínica tiene que estar abierta las 24 horas del día, los 365 días del año, si no, no nos sirve, pero es una empresa familiar, están acostumbrados a eso por años, entonces no puedes cambiarlo. Las empresas familiares están cerradas como ésta, ellos todavía no han tenido la necesidad de abrirse.” (MAS)

No obstante lo anterior, el médico de la aseguradora observa también que la empresa familiar posee algunos aspectos positivos, tales como el del trato directo, derivado de una relación de confianza:

“La confianza es muy importante en una empresa familiar, yo puedo traer acá un paciente, venir en la noche, venir en domingo, si está el doctor DIR ya sabe quién soy, me conoce, me abre, igual la señora DIA, estos son aspectos familiares. Otro hospital que no es familiar, ahí, al administrador no lo conozco, no se cómo va a reaccionar; yo hago guardia en ese hospital, pero soy como un trabajador, no soy como un invitado.” (MAS)

Por otro lado, los requerimientos mínimos de la aseguradora obligaron a realizar modificaciones sustantivas en la clínica para adecuarse a las normas de atención a los pacientes. Del hecho de que la aseguradora trabaja principalmente con casos de urgencia y, en contraparte, que la especialidad de la clínica es la traumatología, podría desprenderse a priori que ambas organizaciones debieran combinarse en principio de manera muy adecuada; sin embargo, dada la dinámica familiar, y su consecuente distribución temporal de trabajo, habían propiciado que en la clínica se

trataran en realidad pocos casos de urgencia. Por otro lado, el énfasis de la administración recaía más bien en la programación de las actividades médicas:

“HME quería que le ofreciera el paquete de la aseguradora, pero no era suficiente lo que la clínica tenía en ese momento, no tenía sala de urgencias, el quirófano no estaba equipado para pacientes clínicos, solamente para pacientes tranquilos, programados.” (MAS)

La clínica ha sufrido, desde su incorporación con la aseguradora, un proceso de modernización importante, consistente principalmente en la adquisición de cierto equipo especializado, la adquisición de internet, la creación de una sala de urgencias, con lo cual han podido incrementar de manera sustantiva el número de pacientes atendidos, introduciéndose en un esquema de competencia con otras clínicas de la ciudad:

“Entonces el arreglo fue mejorar las condiciones de la clínica, porque deben tener una calificación para poder ser parte de la red de aseguradoras; esta clínica no representaba competencia para las otras clínicas, porque son clínicas grandes, con red, empiezan a tener terapia internet y todo ese tipo de cosas; entonces hicimos que resultara peligro, y hoy por hoy es la clínica que más pacientes tiene.” (MAS)

La modernización de la clínica se ha realizado en gran medida mediante la adquisición de equipo médico. La tecnología ha jugado un papel central en esta lógica de modernización. Llama la atención la importancia asignada a la suscripción de un sistema de comunicación electrónica ya que éste, si bien es de gran utilidad, resulta muy económica su adquisición. Es decir, la preocupación no estriba en el costo sino en la percepción de su funcionalidad. Esta actualización tecnológica repercute, de acuerdo con el médico de la aseguradora, en la posibilidad de crecimiento económico del establecimiento:

“Acaba de hacer una compra fuerte para el quirófano, para poder atender pacientes que requieran de anestesia general; antes todo lo hacían con anestesia local, y el anestesiólogo estaba prácticamente con los puros datos clínicos; ahora tiene un aparato que da toques cuando hay un paro cardíaco, tiene un aparatito que checa el corazón, otro que va

administrando oxígeno. También abrieron esa mini sala de urgencias que era muy requerida y próximamente, creo, vamos a tener internet, y la clínica sigue creciendo para donde se pueda.” (MAS)

El acceso a Internet resulta una de demanda importante del médico de la aseguradora; su falta de decisión es interpretada como un obstáculo al cambio, como una falta de visión de las bondades que ésta traería y no como un costo económico relevante:

“Han estado un poco renuentes al facturaje por internet, a aprovechar esa tecnología, no lo quieren. Si yo quiero mandar un archivo por internet, tengo que salir a un café internet, porque no tengo línea telefónica; los estoy convenciendo de contratar *Infinitem*, y vayamos a mitades en cuanto al costo; HME y yo tenemos necesidad del *Infinitem*, yo tengo que manejar todo por internet, y no puedo hacerlo con las cuentas de ellos” (MAS)

Sin embargo, existe la necesidad, de acuerdo con el médico de la aseguradora, de seguir modernizándose con el objeto de poder atender otro tipo de casos médicos:

“Hay pacientes que aquí no pueden manejar, porque requieren operaciones muy grandes o largas en cosa hospitalaria, aquí no pueden mantenerlos porque la estructura de la clínica no es para eso, no puedo tener un paciente que esté en peligro de muerte aquí, no hay el equipo para tratarlo.” (MAS)

El médico de la aseguradora considera positivo todo este proceso, principalmente desde el punto de vista económico. La mejora reciente de la clínica permite, según él, proporcionar un mejor servicio a los pacientes, inscribiéndose de esta manera en el discurso administrativo actual de la calidad como forma de competencia y ampliación de mercado. Este médico tiene interiorizado el esquema de teoría de juegos de suma positiva, es decir, donde todos ganan, incluso DIR que de hecho se encuentra relativamente marginado del proceso al considerar que la clínica gana a través de la actividad hospitalaria realizada por DIA. Seguramente la relación conyugal no le permite realizar, en términos de percepción, la misma diferencia que se realiza al interior de la familia:

“El trato es: la clínica ofrece servicios de rayos x, de medicamentos, hospitalización, de quirófano, y el doctor HME como médico tratante y yo como coordinador; entonces gana la clínica, gana el doctor HME, gana el doctor DIR y gano yo; es una relación simbiótica, es bilateral. El compromiso con ellos es que les paguen las compañías de seguros, y el compromiso que ellos tienen conmigo es seguir dando servicio de calidad a mis pacientes, y prestarme esta oficina” (MAS)

La llegada de hospitales de cierta envergadura en la Ciudad de Cuautla trajo como consecuencia la atracción de pacientes que requerían un trato especializado; se pensó que esto podría traer consecuencias negativas sobre las pequeñas clínicas, aún las especializadas; sin embargo, este hecho tuvo indirectamente para algunas de ellas un efecto positivo al instalarse también las aseguradoras que acostumbran trabajar con los hospitales; la búsqueda de precios comparativos más bajos brindados por los pequeños establecimientos implicaba, no obstante, un esfuerzo de éstos por modernizarse con objeto de cumplir los requisitos mínimos de las compañías de seguros. Hasta el momento, este esfuerzo de modernización no ha implicado una contradicción fundamental con la dinámica de la empresa familiar:

“Obviamente el doctor DIR y la señora DIA han estado un poco renuentes al cambio, pero ahora es una necesidad de ellos, antes aquí, en Cuautla, no estaba ninguno de los hospitales grandes que están ahora, entonces ellos prácticamente tenían mucha chamba, es una empresa familiar que si funciona. Los cambios que se han dado en esta clínica, yo pienso que han sido en base a la aparición de las compañías de seguros, (éstas) tienen requerimientos mínimos, es una necesidad si quieren trabajar con compañía de seguros.” (MAS)

Una de las ventajas comparativas principales reside, entonces, en los menores costos en los que incurre la clínica debido a su conformación familiar, con lo cual puede ofrecer precios más económicos que los hospitales, de mayor tamaño:

“La compañía de seguros está a gusto porque esta empresa a pesar de no competir en tamaño y en infraestructura con otras clínicas (más grandes). La señora DIA fue inteligente en ese aspecto, ella maneja precios que las otras clínicas simple y sencillamente no pueden darme, entonces la compañía de seguros está a gusto con estos precios, porque le sale 30% más barato la atención de un paciente aquí.” (MAS)

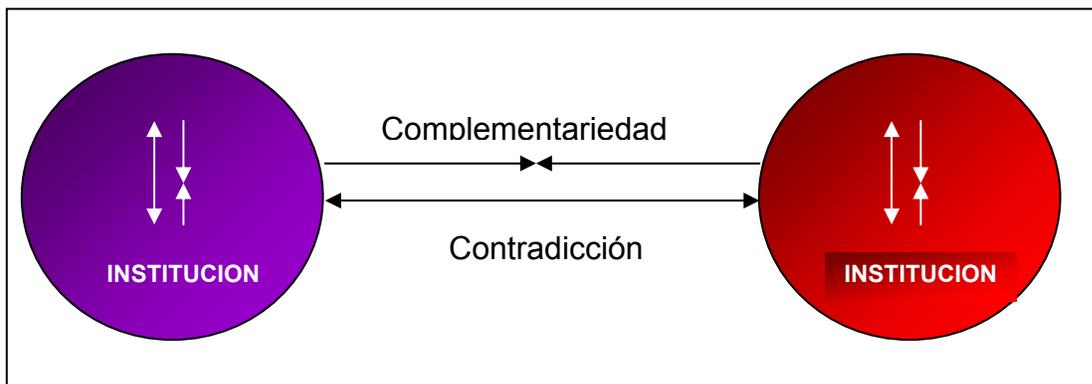
Finalmente, las expectativas son alentadoras en el terreno económico –ingresos, crecimiento, modernización-, pero implica de alguna manera reconocer más la naturaleza propia de la especialidad médica de la traumatología, sobre todo en el aspecto de las urgencias, ampliar la gama de servicios médicos ofrecidos y adoptar una mayor racionalidad económica, en detrimento de la lógica familiar que ha servido en gran medida como sustento del actual proceso de cambio:

“Esta familia tiene mucha oportunidad de crecer, si es que la apertura es en su momento y es buena; si ellos se ‘aperturan’ más, a que veamos no solamente pacientes de compañía aseguradora, sino que se atiendan partos, cesáreas, pero para eso se tendría que ocupar otro equipo.” (MAS)

### 3. La organización como sistema de tensiones

La asociación de una organización a un solo referente institucional ha sido una constante en los Estudios Organizacionales. Ello ha propiciado que el análisis se realice bajo una óptica relativamente simple, dando la impresión de un sistema social acotado unidimensionalmente. Contrariamente a esta corriente de pensamiento, hemos encontrado que una misma organización puede recibir fuertes influencias provenientes de diversos ámbitos institucionales de manera simultánea. Dadas las particularidades de cada uno de estos ámbitos, se espera que el nivel de complejidad existente en este tipo de organizaciones se pueda incrementar de manera significativa al establecerse diversos tipos de relación, principalmente de contradicción y de complementariedad, que ejercen una influencia relevante en el comportamiento de los actores. Pero el nivel de complejidad se incrementa también si consideramos, adicionalmente, que la presión ejercida por cada uno de los ámbitos institucionales posee además, al interior de sí mismo, una serie de contradicciones y complementariedades. (Esquema 5)

Esquema 5. Contradicciones y complementariedades institucionales



Las contradicciones son propias del sistema y resultan difícilmente detectables por las personas, quienes frecuentemente sólo observan una parte del discurso y, sin embargo, resienten sus consecuencias, dando lugar a estados de confusión que pueden ser disminuidos temporalmente a través de las complementariedades. Las contradicciones son permanentes, es decir, son intrínsecas al sistema y no pueden ser resueltas, aunque en ocasiones da la impresión de serlo por el efecto de la

complementariedad. Las contradicciones tensan estructuralmente al sistema mientras que las complementariedades alivian dicha tensión, al mediar entre las contradicciones, pero sólo lo hacen de manera momentánea.

En el caso que nos ocupa, la clínica de tipo familiar, hemos podido observar la influencia de tres ámbitos institucionales: la familia, la empresa y el hospital, y hemos abordado tres procesos sustantivos en la organización: la práctica médica, el desarrollo de un proceso de sucesión y la alianza estratégica con una compañía de seguros. A priori, pareciera que cada uno de estos procesos puede ser estudiado bajo la exclusividad de uno de los tres ámbitos institucionales, lo que llevaría a pensar que la práctica médica debería ser entendida a la luz del hospital, la sucesión desde el punto de vista de la familia y la alianza desde la perspectiva del negocio. Ello facilitaría, sin duda, el análisis, pero a costa de reducir de manera significativa la realidad al no considerar la estrecha relación existente entre ellos y su respectivo conjunto de mediaciones.

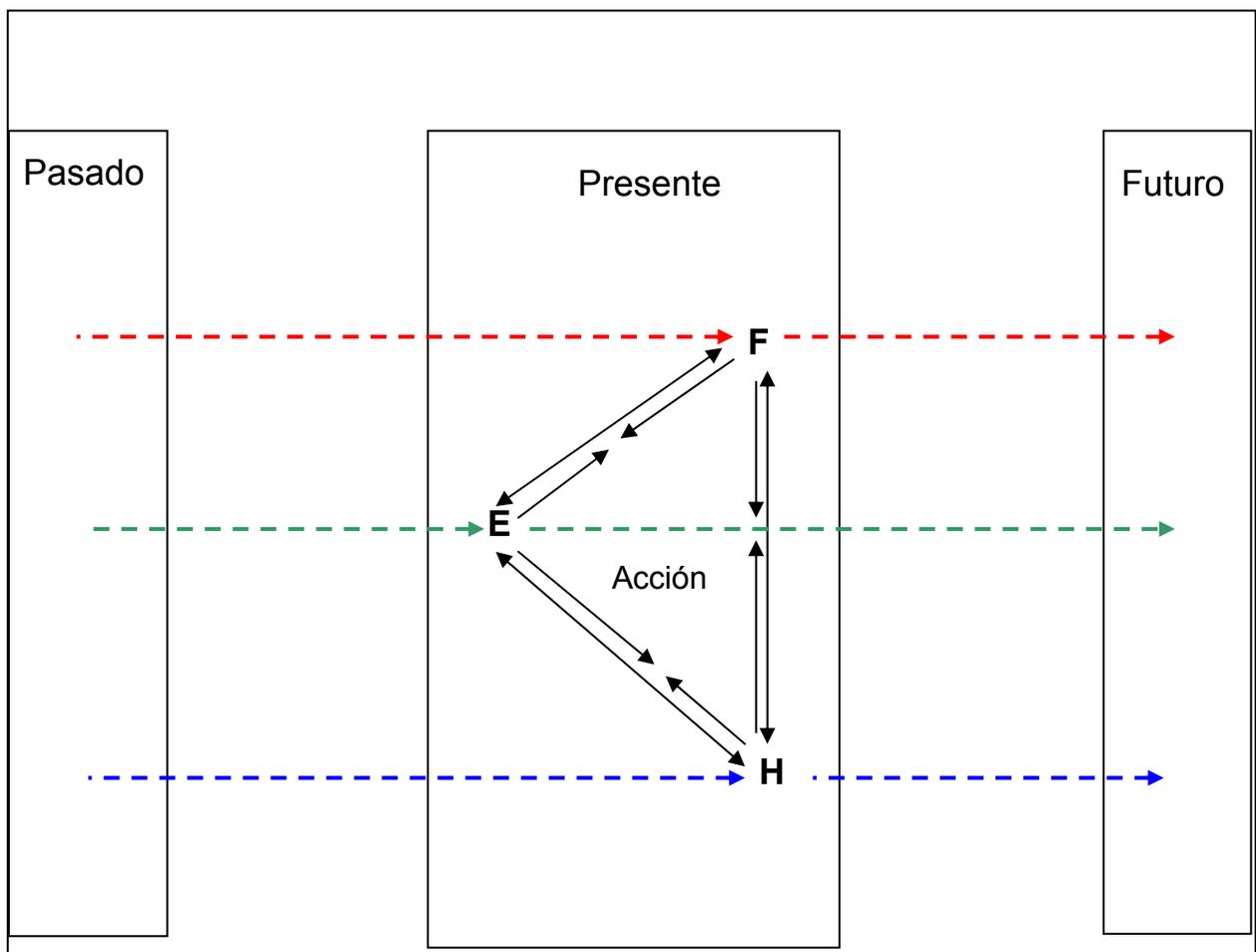
La propuesta de Pagès *et al* (1979) de que la organización es un sistema de mediación de contradicciones resulta útil para el análisis interpretativo de las entrevistas. La idea central de dicha propuesta es que la organización se vale de ciertos dispositivos para evitar que la contradicción se viva plenamente y de manera cotidiana por los miembros de la organización a través de una serie de recompensas de distinta índole –económica, social, política y psicológica- y de un conjunto de restricciones impuestas.

Partiendo de la idea general de mediación de contradicciones, aunque desde una perspectiva teórica distinta, propongo que la clínica pudiera ser entendida como un conjunto de relaciones dinámicas que al mismo tiempo que reconocen los contrarios, es decir, se alejan, aceptan la contradicción y tensan la relación, éstas mismas, en ocasiones, se acercan y propician la complementariedad, relajando dicha tensión. Ello es válido al interior de cada uno de los ámbitos institucionales, pero, por otra parte, es importante señalar la existencia de mecanismos que permiten realizar

compensaciones y reforzamientos entre distintos ámbitos institucionales. Estas relaciones corresponden grosso modo a los principales temas aludidos por los entrevistados y se presentan, para su comprensión, bajo la forma de opuestos/complementarios.

Por otro lado, hemos realizado un esquema interpretativo (Esquema 6) en el que ubicamos la importancia de la historia personal y las expectativas futuras de los miembros de la familia y su incidencia en la dinámica organizacional, considerando la triple referencia institucional ya aludida. En él se puede observar que la acción de los integrantes de la clínica se realiza en dicho marco.

Esquema 6. Referencias institucionales e historia



Fuente: Elaboración propia

Partimos de la idea que la empresa familiar constituye una expresión del proyecto que los padres tienen para la familia nuclear, la cual abarca tanto las expectativas hacia ellos como hacia los hijos. Dichas expectativas se construyen tomando como referencia un futuro deseado y probable, pero dicho esquema se construye siempre tomando en consideración las experiencias pasadas. El presente, en este sentido, se constituye como un mecanismo intermedio en el que se condensan, de manera cotidiana, tanto el pasado como el futuro.

### **a) Contradicciones y complementariedades al interior de cada institución**

#### **Familia**

Los ámbitos institucionales, considerados individualmente, no se encuentran exentos de contradicciones. Así, Gaulejac (2005) nos recuerda que “la familia es el lugar privilegiado del trabajo de incorporación de la historia y de la fabricación de los ‘herederos’” (91). El proyecto parental, es decir, la representación idealizada del futuro de los hijos, implica, de acuerdo con este autor, el doble deseo y ansiedad de la reproducción/diferenciación. En otras palabras, los padres se encuentran atrapados entre el deseo y el miedo, simultáneos, de que los hijos sean como ellos, pero también de que sean autónomos, es decir, ellos mismos, diferentes. Este es un primer nivel de contradicción. Por otro lado, en un segundo nivel, nos advierte el autor, el proyecto parental no es unívoco; las visiones del padre y de la madre pueden divergir de manera significativa, reproduciendo además en cierta forma el proyecto parental que se tenía para cada uno de ellos. Finalmente, es necesario considerar las circunstancias especiales, adversas o positivas, en las que el proyecto se realiza ya que puede existir una tercer contradicción si el proyecto elaborado para los hijos resulta demasiado ambicioso y/o no se proporcionan los recursos, de todo tipo, para lograrlo, existiendo de esta manera una amplia brecha entre la expectativa parental y el logro de los hijos. El resultado, en cualquiera de los tres casos, es una especie de *doble vínculo* (Bateson: 1977). El doble vínculo puede entenderse como un doble mensaje, simultáneo y contradictorio, que emana de la misma fuente y crea, por lo tanto confusión y desorienta acerca del comportamiento esperado.

## **La empresa**

Esta posee también una serie de contradicciones. La búsqueda de la utilidad económica a corto o largo plazo, es decir, entre la decisión de gozar el beneficio económico de manera casi inmediata o invertirlo para incrementar las probabilidades de una mayor ganancia en algunos años constituye un ejemplo muy ilustrativo. Otro ejemplo lo constituye la asociación entre la eficacia y la eficiencia, es decir, entre el logro de los objetivos y la productividad, relación que generalmente resulta desequilibrada al privilegiarse uno de estos aspectos en detrimento del otro. La relación existente entre los objetivos generales de la empresa y los particulares de los distintos departamentos funcionales que la componen –mercadotecnia, producción, finanzas, recursos humanos- deriva también en un estado de tensión que impide la optimización global.

## **El hospital**

Por su parte, el hospital tiene que lidiar también con objetivos múltiples y opuestos: entre la atención a las urgencias y las actividades encaminadas a la prevención de las enfermedades; entre la atención personalizada y la masiva; entre la planeación administrativa y la contingencia médica; entre los recursos médicos y las necesidades de salud.

Las distintas instancias institucionales se relacionan constantemente entre sí al interior de la organización, surgiendo diversas contradicciones. Aunado a ello, surgen también relaciones de complementariedad, las cuales fortalecen el sistema de representaciones múltiples, jugando además un rol de mediación que reduce algunas de las contradicciones observadas.

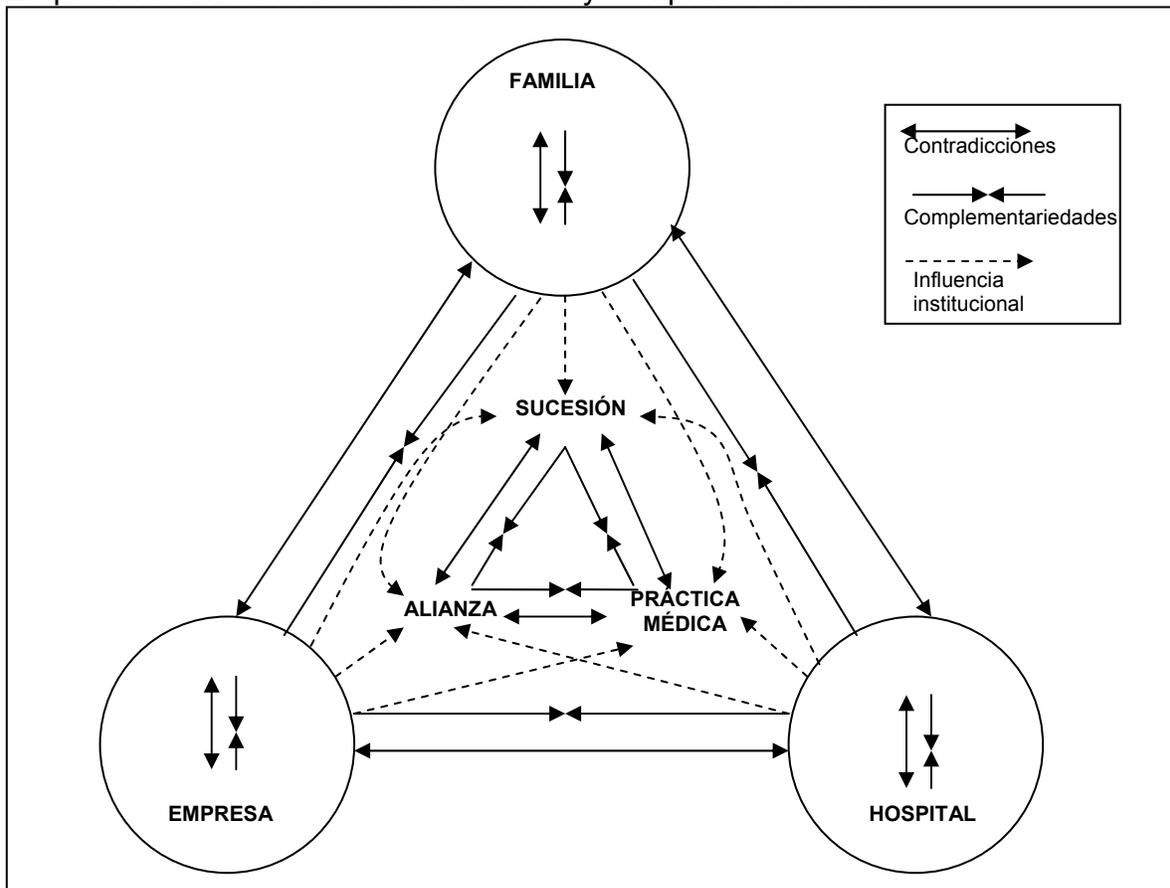
Las relaciones de complementariedad son más fácilmente observables al interior de cada ámbito institucional. En la familia se puede destacar, por ejemplo, al interior del proyecto parental el apoyo otorgado por los padres a la preparación profesional de los hijos. En el caso de la empresa se puede mencionar los recursos asignados a

determinado plan de inversión, mientras que en el hospital se podría señalar la aplicación adecuada de un medicamento.

**b) Análisis entre ámbitos institucionales**

A continuación abordaremos algunas de estas relaciones institucionales –familia, empresa, hospital- e incluiremos en ellas los tres procesos analizados –la sucesión, la alianza estratégica y la práctica médica-. Tal como se puede observar en el Esquema 7, en cada ámbito institucional se localizan relaciones de complementariedad y de contradicción; lo mismo acontece tanto entre ámbitos e incluso entre los procesos analizados. Por otro lado, también se expresa en dicha lámina la influencia de cada ámbito institucional en los tres procesos que han sido estudiados.

Esquema 7. Sistema de contradicciones y complementariedades



Así, en la relación correspondiente a la de la familia con la empresa se puede observar, por ejemplo, que ésta comporta aspectos tanto funcionales como disfuncionales. Por una parte, se logran economías de escala al asumir los familiares muchas de las tareas del negocio, logrando además una alta flexibilidad operativa – complementariedad- y, por la otra, se reduce –contradicción- la rentabilidad al tomarse decisiones desde la óptica afectiva en lugar de la económica.

Lo mismo sucede con la relación de la familia con el hospital al considerarse que, por una parte, se cuenta con más tiempo personal para dedicarlo a la familia – complementariedad- dada cierta flexibilidad del horario de trabajo, aunque, por otro lado, los pacientes requieren frecuentemente de atención urgente lo que trastoca fuertemente –contradicción- la dinámica familiar al perturbar tanto la dinámica cotidiana como compromisos adquiridos con antelación.

La relación entre la empresa y el hospital se inscribe en el mismo orden de ideas. De hecho, el hospital privado es una empresa que persigue fines económicos, mientras que el hospital debe proporcionar atención médica. Si la atención médica permite obtener beneficios económicos estaremos frente a una complementariedad; sin embargo, en ocasiones, el paciente no posee los recursos necesarios para su atención, generándose una contradicción entre la ética médica y el espíritu capitalista. En algunas ocasiones, durante las entrevistas se detectaron situaciones en las que dicha oposición resultaba evidente y alejaba a los ámbitos institucionales, provocando dilemas y desacuerdos, mientras que en otros casos, la oposición se reducía significativamente, dando lugar a apoyos mutuos, desvaneciéndose, u ocultándose, temporalmente, dicha contradicción.

### **Análisis entre instituciones y procesos**

Los tres procesos estudiados guardan también entre ellos una dinámica similar, es decir, de contradicción y complementariedad, al estar todos ellos influidos por los tres ámbitos institucionales. La toma de decisiones y las acciones concretas que comportan estos procesos están completamente inmersas en esta triple influencia

institucional, pero incluso de las maneras particulares de resolución de algunas de las contradicciones internas a ellos. Así, el proceso de sucesión no se limita al mero ámbito familiar o empresarial, sino que incorpora en su desarrollo el tema del hospital, al constituirse éste en un elemento fundamental del proyecto parental. La contradicción, expresada bajo la modalidad de doble vínculo, entre retomar al pie de la letra el proyecto paterno, representada en la figura del hermano menor, y la búsqueda de una cierta autonomía acotada, en el caso del hermano mayor, ha moldeado la forma particular del proceso a favor del primero. En el caso del segundo, podemos señalar que la autonomía es acotada dada la expectativa de reproducir en su propia familia –esposa e hijas- los valores, principios y significados adquiridos desde su propia niñez.

En el caso del hijo menor, encontramos también la necesidad de ejercer de alguna manera su necesidad de auto-expresión en la aplicación de sus conocimientos médicos actualizados y en la orientación empresarial propia de la madre, a la cual se le había inculcado desde pequeña, y que lleva al hijo menor a liderar el proyecto de la alianza con la compañía aseguradora. Podemos entonces señalar que las contradicciones no son totalmente resueltas y que los ámbitos institucionales funcionan entonces, en ocasiones, como mecanismos de mediación para encontrar soluciones parciales y temporales a las contradicciones tanto internas como de relación, observadas a lo largo de este estudio.

## Conclusiones

Si bien los Estudios Organizacionales constituyen un proyecto en el que diversas disciplinas sociales se entrecruzan para lograr una mejor comprensión de la dinámica organizacional, aún existe un tema que ha sido abordado desde diversas ópticas disciplinarias y que ha quedado al margen de dicho esfuerzo: la familia. En efecto, ésta no ha sido incorporada al análisis por no constituir una organización formal y por no considerarse como una organización moderna.

El concepto de organización formal y moderna tiene una doble inscripción, realizada a partir de la concepción weberiana en la que la formalidad y la impersonalidad juegan un papel central. Aunado a ello, el tamaño de la organización ha jugado también un papel muy relevante en el concepto de organización moderna al considerarse que ésta no ha logrado desarrollar estructuras y procesos que fundamenten la toma de decisiones racional, al estar asentada excesivamente en una lógica afectiva que distorsiona su proceso de desarrollo. Sin embargo, como hemos visto a lo largo de este estudio, no podemos seguir marginando a la familia ni al reducido tamaño si queremos lograr una mejor comprensión de la dinámica que afecta a la mayor parte de las organizaciones en nuestro país.

Actualmente, una de las corrientes más socorridas para el estudio de las organizaciones es el Nuevo Institucionalismo, en sus vertientes económica y sociológica. Si bien reconocemos los avances realizados por esta corriente, es preciso notar la superioridad de la segunda sobre la primera. El individualismo acrecentado, fundamentado en una supuesta racionalidad calculadora, del Nuevo Institucionalismo Económico no permite explicar comportamientos de tipo cultural, mientras que el Nuevo Institucionalismo Sociológico, de manufactura más maleable, considera aspectos de tipo social e intersubjetivo que permiten avanzar en una mejor comprensión de la organización.

No obstante ello, esta vertiente asume que las organizaciones modernas se rigen en la actualidad por reglas, rutinas y hábitos que abstraen el sentido de la acción de los

principios y valores que habían sido constatados por el Viejo Institucionalismo Sociológico. Ello nos plantea dos opciones de tipo teórico-metodológico: primero, el Viejo Institucionalismo Sociológico resulta más pertinente para estudiar organizaciones en países con un menor grado de desarrollo, o bien, los principios y valores se encuentran ocultos tras la regla y la rutina en las organizaciones, independientemente del grado de desarrollo social.

Consideramos que la respuesta correcta es ésta última. Para ello nos basamos en el análisis institucional, de ascendencia francesa e inspiración psicoanalítica, la cual relativiza aún más el peso de la racionalidad al considerar que ésta no es sino una de los resortes superficiales del comportamiento y que su verdadera esencia se encuentra en la profundidad de los deseos y las angustias inconscientes del individuo y que la vida afectiva, por lo tanto, a pesar de los embates de la burocracia por imponer un dispositivo disciplinario basado en la regla impersonal, sigue jugando un papel central en la dinámica organizacional.

Lo anterior resulta incluso más relevante en el caso de los hospitales, en los que se asume que las estructuras y los procesos funcionales, u orientados a incrementar la legitimidad social, se asientan en diseños que pretenden incrementar sus niveles de eficacia y eficiencia, al margen de las consideraciones de tipo afectivo. Como lo ha demostrado el trabajo de Menzies (1974), los hospitales se organizan alrededor de temas centrales como el de la angustia, los cuales orientan, inconscientemente, sus estructuras y procesos. Los hospitales, en este mismo sentido, se debaten en la actualidad entre dos tipos de orientación, aquella asentada en la práctica médica, en sus principios y valores, y aquella, de orden más reciente, que busca la legitimidad y la eficiencia de la acción. Esta segunda posición acrecienta aún más el peso de la regla impersonal.

En efecto, sabemos que la tendencia actual se inclina hacia el lado administrativo, el del control burocrático, basado en la regla impersonal, y que proviene principalmente de la transferencia que se ha realizado del modelo de empresa privada al resto de

las demás formas institucionales, exceptuando a la familia. Este discurso orientado hacia el isomorfismo se expresa en diversas técnicas, modelos y acciones tales como la acreditación de la calidad, la reingeniería de procesos, la planeación estratégica y otros muchos más, sin realizar mediaciones que consideren la naturaleza social de la institución ni las características particulares de la organización.

El establecimiento de un pequeño hospital ha resultado, por otro lado, una oportunidad para que los médicos puedan independizarse económicamente y gozar de una vida material más holgada o para complementar sus ingresos y diversificar sus actividades. La mayor parte de los establecimientos privados de salud en México está constituida por pequeños consultorios de tipo familiar, los cuales, en un inicio no requieren de grandes inversiones económicas y pueden apoyarse laboralmente, de manera flexible, en diversos miembros de la familia; con el tiempo, éstos pueden ampliarse gradualmente e ir incorporando poco a poco funciones propias del hospital. Por otro lado, las dificultades para brindar una atención médica por parte del Estado, aunado a las facilidades para instalar un pequeño consultorio, han propiciado un crecimiento acelerado de establecimientos de salud con régimen de propiedad familiar.

La cultura organizacional de las pequeñas empresas está fuertemente asociada a la dinámica familiar. En el caso mexicano, hemos podido observar que la familia resulta un espacio social de referencia básico para el individuo y que ésta es, en términos generales, una de las más tradicionales en el continente americano, buscando preservar sus principios y valores a través de proyectos parentales que resguarden la tradición. Así, las relaciones económicas al interior de la pequeña empresa familiar contendrán siempre un alto valor afectivo, buscando preservar un sentido de unión, fundamental para el futuro esperado del proyecto empresarial-familiar. La familia, en tanto espacio social, también conoce una dinámica de cambio, la cual se expresa principalmente por la incorporación de la mujer a las tareas laborales y por el incremento de la educación formal de los hijos, lo que conlleva a la búsqueda de un

mayor nivel de autonomía por parte de los integrantes de la familia, tema que aparece con frecuencia en la interacción entre ellos, provocando grandes desacuerdos.

Uno de los temas centrales de la empresa familiar es el de la sucesión, el cual implica, en la mayoría de los casos, un proceso largo que avanza de manera gradual. En el caso de estudio que abordamos, detectamos tres momentos del proceso de sucesión, el médico, el administrativo y el patrimonial. El médico es el primero en aparecer y empezó a gestarse desde la incorporación temprana de los hijos en ciertas actividades de apoyo, como asistencia en curaciones simples y continuó posteriormente con la orientación a los estudios de medicina y de la especialidad en traumatología hasta llegar a su incorporación laboral en la clínica; la segunda, la administrativa se ha comenzado a dar a partir de la incorporación de tiempo completo del hijo menor en la clínica y su participación creciente en el establecimiento de la alianza estratégica con la compañía aseguradora. Finalmente, la sucesión patrimonial apenas empieza a vislumbrarse y los criterios para realizarla se están discutiendo, aunque algunas de las premisas básicas de la decisión han sido ya establecidas a partir del avance en la sucesión administrativa.

La clínica es, en nuestro estudio, la representación más visible del proyecto familiar, incluido el parental, y el proceso de sucesión constituye, en ciertos momentos de su evolución, un punto crucial de dicho proyecto ya que cuando éste se finalice se habrá cerrado un ciclo. Aunque dicho ciclo es fácilmente identificable, es importante señalar que el proyecto concretado en la clínica ha recibido algunas influencias importantes provenientes de las propias historias familiares de ambos padres, de los proyectos parentales que se crearon para ellos y de los niveles de autonomía que éstos ejercieron. El proyecto actual, cuyo ciclo comienza a cerrarse, muy probablemente marcará también los proyectos parentales, incipientes, que se encuentran en construcción por parte de ambos hijos.

Una parte importante del sentido profundo de los sucesos que han marcado el origen y la evolución de la clínica escapan a la esfera de conciencia de los miembros de la familia. Las contradicciones y complementariedades que componen este sistema con triple referencia institucional no son fácilmente percibidas ni ubicadas en un esquema global, lo que genera en algunos casos conflictos y tensiones de tipo personal. Las actividades y consecuencias de los procesos analizados son frecuentemente racionalizadas y ubicadas en espacios de acción aislados: la práctica médica en la clínica, la alianza en el terreno de los negocios y la sucesión como problema principalmente que atañe al ámbito familiar.

Si bien las contradicciones no son nunca totalmente resueltas, las complementariedades juegan un papel central al funcionar como elementos de mediación, siempre parcial y temporal. Primero, las complementariedades existentes al interior de un mismo ámbito institucional; éstas operan en apoyo de alguno de los elementos de la contradicción, logrando que el actor tenga la sensación de escapar momentáneamente a ella, aunque se corre el riesgo también de ahondar más en dicha contradicción si las complementariedades refuerzan de manera importante a todos sus elementos. Segundo, las complementariedades que relacionan los ámbitos institucionales. En esta relación, aquellos aspectos considerados como negativos en un ámbito institucional pueden ser relativamente compensados con los positivos de algún otro ámbito. Tercero, las complementariedades que vinculan procesos centrales del accionar de la organización. En este caso, además de contar con la modalidad de mediación anterior dada la múltiple referencialidad institucional, los actores intentan justificar sus decisiones reduciendo, racionalmente, el peso negativo de alguno de los elementos de la contradicción.

Así, en el primer caso, la mediación juega su papel fortaleciendo alguna de las partes de la contradicción, otorgándole más peso que a la otra. Tal es el caso, por ejemplo, cuando el padre se inclina fuertemente porque los hijos realicen estudios de Medicina, diciéndoles que a final de cuentas es decisión propia de ellos. El segundo caso podría ejemplificarse cuando, en la relación contradictoria entre familia y

negocio, se privilegian las bondades de tal cercanía ya que una beneficia a la otra, como cuando se señala que el negocio es mejor atendido cuando éste es cuidado familiarmente dado un mayor nivel de involucramiento y responsabilidad; ello es reforzado a la vez con planteamientos en orden inverso como cuando se menciona que el negocio es el que permite la seguridad material de la familia. En el tercer caso, en el terreno de los procesos y de las acciones concretas, como en el caso de la alianza estratégica, el rechazo original del padre de acometer dicha acción se ve reducido sensiblemente ante la posibilidad de hacer crecer el negocio, incrementando el valor económico de la sucesión patrimonial. Como se puede observar, la contradicción no es totalmente resuelta; sin embargo, este sistema de mediaciones le permite al individuo tomar decisiones, justificándolas parcialmente.

Es importante, por lo tanto, señalar el sentido acotado de la autonomía, inscribiéndola en los intersticios de las relaciones institucionales, en el espacio dinámico que abre la mediación entre las contradicciones. Esta autonomía acotada conlleva en sí la tendencia hacia la reproducción, entendida ésta no como una copia fiel de los eventos pasados sino como una nueva versión de los hechos. Así, podemos decir que los hijos presentan dos variantes distintas, con nivel de autonomía diferenciado, de una misma historia familiar.

La organización puede ser entonces entendida como un espacio social en constante tensión dada la presencia incesante de contradicciones cuya solución es sólo temporal y parcial. Dicha resolución resulta también dinámica en el sentido de presentar modalidades particulares de resolución en función del momento específico de su evolución. La organización posee una historia que delimita el campo de posibilidades de desarrollo futuro. Esta historia no se limita al campo del terreno racional de los directivos y las circunstancias del entorno, las cuales son importantes, sino que interviene de manera relevante el nivel de autonomía acotado que poseen cada uno de los actores.

## Bibliografía

- Adam, Philippe y Claudine Herzlich (2004), **Sociologie de la maladie et de la médecine**, Armand Colin, París.
- Adler Lomnitz, Larissa y Marisol Pérez Lizaur (1993), **Una familia de la élite mexicana. Parentesco, clase y cultura 1820.1980**, Alianza Editorial, México.
- Allouche José y Bruno Amann (1998), “La confiance: une explication des performances des entreprises familiares”, en **Economie et Société**, n° 8-9, agosto-septiembre, pp. 121-154.
- Alvarez Colin, Luis (2002), **El universo simbólico de la familia. Un estudio de Psicología Hermenéutica**, Ducere, México.
- Ariza, Marina y Orlandina de Oliveira (2001), “Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición”, en **Papeles de Población**, 7/28, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM, abril-junio, México, pp. 9-39.
- Arregle, Jean Luc, Philippe Very y Stela Raytcheva (2000), “Capital social et avantages des firmes familiares: propositions d’un modèle intégrateur, en **V Congrès International Francophone sur la PME**, Lille, Francia, dirección electrónica : <http://www.iae.univ-lille1.fr>.
- Arriagada, Irma (2002), “Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas”, en **Revista de la CEPAL**, n° 77, agosto, pp. 143-161.
- Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (2006), **Estadísticas sobre la educación superior, 2004**, dirección electrónica: <http://www.anuies.mx/>.
- Autret, Joël (2002), **Le monde des personnels de l’hôpital**. L’Harmattan, París.
- Barbier, René (1988), «Implication et transversalité. Vers un nouveau paradigme», en Rémi Hess y Antoine Savoye (dirs.), **Perspectives de l’analyse institutionnelle**, Méridiens-Klincksieck, París, reimpresso en página web: <http://www.barbier-rd.nom.fr/implicationtransverParadigm.htm>,
- Bateson, Gregory (1977), **Doble vínculo y esquizofrenia**, Carlos Lohlé, Buenos Aires.

- Belausteguigoitia Rius, Imanol, (2004), **Empresas familiares. Su dinámica, equilibrio y consolidación**, McGraw-Hill, México.
- Berle, Adolf A. y Gardiner C. Means (1968), *The Modern Corporation and Private Property*, Harcourt, Brace and World, Nueva York.
- Berger, Peter L. y Thomas Luckmann (1997), **La construcción social de la realidad**, Amorrortu, Buenos Aires.
- Bernoux, Philippe (2004), **Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations**, Seuil, París.
- Boissin, Jean-Pierre (2000), «Système de valeurs du management familial en PME, », ponencia presentada en el **V Congrès International Francophone sur la PME**, Lille, Francia, dirección electrónica : <http://www.iae.univ-lille1.fr>.
- Burguiere, André et al (coords.) (1986), **Histoire de la famille**, 3 vols, Armand Colin, París.
- Burrell, Gibson y Gareth Morgan (1979), **Sociological Paradigms and Organizational Analysis**, Heinemann, New Hampshire.
- Caby, Jerome y Gérard Hirigoyen (2002), **La gestion des entreprises familiales**, Economica, Col. Gestion, París.
- Cadieux, Louise, Jean Lorrain y Pierre Hugron (2000), «La succession dans les entreprises familiales : Une étude de cas exploratoire faite auprès des quatre PME manufacturières fondées et dirigées par des femmes», ponencia presentada en el **5° Congrès International Francophone sur la PME**, Lille, Francia.
- Carricaburu, Danièle y Marie Ménoret (2004), **Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies**, Armand Colin, París.
- Castañeda Ramos, Gonzalo (1998), **La Empresa Mexicana y su Gobierno Corporativo. Antecedentes y desafíos para el siglo XXI**, Universidad de las Américas Puebla y Alter Ego Editores, México.
- Catry B. y A. Buff (1996), **Le gouvernement de l'entreprise familiale**, Publiunion Editions, París.
- Castoriadis, Cornelius (1975), **L'institution imaginaire de la société**, Seuil, París.

- Chandler, Alfred D. (1962), **Strategy and Structure: Chapters in the History of the American Industrial Enterprise**, MIT Press, Massachussets.
- Chandler, Alfred D. Jr. (1990), **Scale and Scope. The Dynamics of Industrial Capitalism**, Harvard University Press, Boston.
- Cicourel, Aaron Víctor (1982), **El método y la medida en sociología**, Editorial Nacional, Madrid.
- Carricaburu, Danièle y Marie Ménorat (2004), **Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies**, Armand Colin, París.
- Cichhelli-Pugeault, Catherine y Vincenzo Cichelli (1998), **Les théories sociologiques de la famille**, La Découverte, París.
- Coase, Ronald H., (1937), “The nature of the firm”, en **Economica**, núm. 4, pp. 386-405.
- Conde Gutiérrez, Fernando (2002), « Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y cuantitativa en la historia de la Medicina », en **Revista Española de Salud Pública**, vol. 76, núm. 5, pp. 395-408.
- Creswell, J. W. (1998). **Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions**, Sage, Londres
- Crozier, Michel (1963), **Le phénomène bureaucratique**, París, Le Seuil, París,
- Crozier, Michel y Erhard Friedberg (1977), **L'Acteur et le Système. Les contraintes de l'action collective**, Le Seuil, París.
- Cuhe, Denys (2001), **La notion de culture dans les sciences sociales**, La Découverte, París.
- Davies, Charlotte A. y Nickie Charles (2002), « The piano in the parlour: Methodological Issues in the Conduct of a Restudy”, en **Sociological Research Online**, vol. 7, n° 2, <http://socresonline.org.uk/7/2/davies.html>.
- Delgado, Juan Manuel y Juan Gutiérrez (1995), **Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales**, Síntesis, Madrid.
- Desrosière, Alain (1999), “The history of statistics as a genre: styles of writing and social uses”, **INSEE**, París, Francia, dirección electrónica: <http://www.ehess.fr/centres/gspm/pages/publications/banque/desrosieres-history-statist.pdf>

- DiMaggio, Paul J. y Walter W. Powell (1999), "Retorno a la jaula de hierro: el isomorfismo institucional y la racionalidad colectiva en los campos organizacionales", en Walter W. Powell y Paul J. DiMaggio (comps.), **El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional**, Fondo de Cultura Económica, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública y Universidad Autónoma del Estado de México, México, pp. 103-125.
- Dubar, Claude y Pierre Tripier (2003), **Sociologie des professions**, Armand Colin, Paris.
- Durkheim, Emile (1990), **La división social del trabajo**, Colofón, México.
- Eisenhardt, K.M. (1984) "Building Theories from Case Study Research," **Academy of Management Review**, 14: 4, pp. 532-550.
- Enriquez, Eugène (1992), **L'organisation en analyse**, Presses Universitaires de France, París.
- Esterberg, Kristin G. (2002), **Qualitative Methods in Social Research**, McGrawHill, Boston.
- Fields, Jason y Lynne M. Casper (2001), "America's Families and Living Arrangements", en **Departamento de Comercio de los Estados Unidos**, Oficina de Censo, pp. 1-16.
- Freidson, Eliot (1970), **La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado**, Península, Barcelona.
- Friedberg, Erhard (1997), **Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée**, Seuil, Paris.
- Friedland, Roger y Robert R. Alford (1999), "Introduciendo de nuevo a la sociedad: símbolos, prácticas y contradicciones institucionales", en Walter W. Powell y Paul J. DiMaggio (comps.), **El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional**, Fondo de Cultura Económica, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública y Universidad Autónoma del Estado de México, México, pp. 294-329.
- Foucault, Michel, (1976) **Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión**, Siglo XXI, México.

- Foucault, Michel (1991), **El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica**, Siglo XXI, México.
- García, Brígida y Olga Rojas (s/f), “Recent Transformations in Latin American Families: A Socio-Demographic Perspective”, ponencia presentada en el **XXIV General Population Conference of IUSSP**, dirección electrónica: [http://www.iussp.org/brazil2001/s40/S45\\_01\\_GarciaRojas.pdf](http://www.iussp.org/brazil2001/s40/S45_01_GarciaRojas.pdf).
- Gaulejac de, Vincent (2005), “El proyecto parental”, en Gaulejac de, Vincent, Susana Rodríguez Márquez y Elvia Taracena Ruiz, **Historia de vida. Psicoanálisis y Sociología Clínica**, Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, pp. 91-101.
- Glaser, Barney G. y Anselm. L. Strauss (1967), **The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research**”, de Gruyter, Nueva York.
- Geertz, Clifford (1973), **The Interpretation of Cultures**, Basic Books, Nueva York.
- Gergen, Keneth J. y Tojo Josphe Thatchekery (1996), “Organization science as social construction: Postmodern potentials”, en **The Journal of Applied Behavioral Science**, 32/4/, pp. 356-377
- Gil Montes, Verónica (2002), “Las Ciencias Sociales y sus vínculos con la Ciencia Médica”, en **Política y Cultura**, núm. 18, otoño, pp. 219-236.
- Ginebra, Joan (2001), **Las empresas familiares. Su dirección y su continuidad**, Panorama, México.
- Goffman, Erving (1994), **La presentación de la persona en la vida cotidiana**, Amorrortu, Buenos Aires.
- Gómez Serrano, Jesús (1982), **Aguascalientes: Imperio de los Guggenheim**, Sep/80 y Fondo de Cultura Económica, México.
- Gonzalbo Aizpuru, Pilar y Cecilia Rabell Romero (coords.) (1996), **Familia y vida privada en la historia de Iberoamérica**, El Colegio de México y Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Grabinsky, Salo (1992), **La empresa familiar. Guía para crecer, competir y sobrevivir**, Nacional Financiera, México.

- Guy, Peter B. (2003), **El nuevo institucionalismo. Teoría institucional en ciencia política**, Gedisa, Barcelona.
- Hernández Calzada, Martín Aubert y Jessica Mendoza Moheno (2003), “La situación de las empresas familiares micro y pequeñas, caso Oaxaca”, ponencia presentada en el **VIII Foro de Investigación, Congreso Internacional de Contaduría, Administración e Informática**, Universidad Nacional Autónoma de México y Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Administración, México.
- Heydebrand, Wolf V. (1989), "New Organizational Forms", en **Work and Occupations**, 16/3, pp. 323-357.
- Hoggett, Paul (2006), “Conflict, ambivalence, and the contested purpose of public organizations”, en **Human Relations**, vol. 59, núm. 2, pp. 175-194.
- Hofstede, Geert (1984), **Culture’s Consequences, International Differences Work – Related Values**, Vol 5, Cross Cultural Researcher and Methodology, Sage, Londres.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2002), **Censo Nacional de Población**, México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2002), **Estadísticas de matrimonios y divorcios**, Cuaderno n° 9, México.
- Kervasdoué de, Jean (2004), **L’hôpital**, Presses Universitaires de France, París.
- Kraus, Arnoldo (2005), **Una receta para no morir. Cartas a un joven médico**, Alfaguara, México.
- Lapassade, Georges (1985), **Grupos, organizaciones e instituciones. La transformación de la burocracia**, Gedisa, México.
- Lapassade, Georges (1996), **Les microsociologies**, Economica, París.
- Latour, Bruno y Steve Woolgar (1995), **La vie de laboratoire. La production des faits scientifiques**, La Découverte, París,.
- Lea, James W. (1993), **La sucesión del management en la empresa familiar**, Granica Vergara, Buenos Aires.
- Lévi-Strauss, Claude (1949), **Les structures élémentaires de la parenté**, París.

- Lin, Kuoming (1993), "The shaping of a Discipline: The Case of Medical Sociology in the United States, 1950s-1980s.", sitio web: <http://twrf.formosa.org/kuoming-paper3.htm>.
- Lozano Posso, Melquicedec (s/f), « **La empresa familiar: factores contemporáneos y su influencia en la gestión** », Cali, Colombia, dirección electrónica: <http://info.lanic.utexas.edu/pyme/esp/publicaciones/biblioteca/itcr/pdf/familiar.pdf>
- Llewellyn, Sue (2001), « 'Two-way Windows': Clinicians as Medical Managers », en **Organization Studies**, julio-agosto, pp. 1-25.
- Loureau, René (2001), **El análisis institucional**, Amorrortu, Buenos Aires.
- Lukes, Steven (1985) **El poder. Una visión radical**, Siglo XXI, México.
- Malhomme, Marie-Laure (2004), « Une nouvelle professionnelle pour le cadre de santé hospitalier », en **Gestion hospitalières**, n° 435, pp. 265-270.
- Malinowski, Bronislaw (1984), **Una teoría científica de la cultura**, Sarpe, Madrid.
- March, James (1984), "The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life", en **American Political Science Review**, núm 78, pp. 734-749.
- March, James y Johan P. Olsen (1997), **El redescubrimiento de las instituciones. La base organizativa de la política**, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, Universidad Autónoma de Sinaloa y Fondo de Cultura Económica, México.
- Martínez Cortés, Fernando (1987), **La medicina científica y el siglo XIX mexicano**, Fonde de Cultura Económica, México.
- Mayo, Elton (1972), **Problemas humanos de una civilización industrial**, Nueva Visión, Buenos Aires.
- Meek, Lynn (1988), « Organizational culture : origines and weakness », en **Organization Studies**, 9/4, pp. 453-473.
- Menzies, Isabel E. P. (1974), **El funcionamiento de los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad. Informe de un estudio del Servicio de Enfermeras de un hospital general**, Padiós, Buenos Aires.
- Mercadier, Catherine (2004), **Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital**, Editions Seli Arslan, París.

- Merton, Robert K. (1984), *Teoría y estructura sociales*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Meyer, John W. y Brian Rowan (1999), “Organizaciones institucionalizadas: la estructura formal como mito y ceremonia”, en Walter W. Powell y Paul J. DiMaggio (comps.), **El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional**, Fondo de Cultura Económica, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública y Universidad Autónoma del Estado de México, México, pp. 79-103.
- Micheli, Alfredo de (2005), “En torno a la evolución de los hospitales”, en **Gaceta Médica**, vol. 141, núm. 1, México, pp. 57-62,
- Mignon, Sophie (2000), « La perennité des entreprises familiales: un modèle alternatif à la création de valeur pour l'actionnaire? », en **Finance, Contrôle Stratégie**, vol. 3, n° 1, marzo, pp. 169-200.
- Mintzberg, Henry (1973), **The Nature of Managerial Work**, Prentice Hall, Nueva York.
- Montaigne, Michel de (1997), « Pour une définition des PME », en Pierre-André Julien (dir.) **Les PME : Bilan et perspectives**, Les Presses Universitaires, París.
- Montaña Hirose, Luis (2004), “La dimensión institucional en el análisis organizacional”, en **Iztapalapa**, núm. 56, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, México, pp. 7-16.
- Montaña Hirose, Luis (2005), “Organización y sociedad. Un acercamiento a la administración pública mexicana”, en **Gestión y Política Pública**, vol. XIV, núm. 3, Centro de Investigación y Docencia Económicas, México, pp. 465-495.
- Mouline, Jean-Pierre (1999), **Contribution à la compréhension du processus diachronique de la succession manageriale dans l'entreprise familiale : une approche par les récits de vie**, tesis doctoral presentada en la Université de Nancy II, Francia.
- Mouline, Jean-Pierre (2000a), “Dynamique de la succession managériale dans la PME familiale non cotée », en **Finance, Contrôle Stratégie**, vol. 3, n° 1, marzo, pp. 197-222.

- Mouline, Jean-Pierre (2000b), «La PME familiale française et son orientation stratégique : une étude exploratoire», en **Cahier de recherche n° 2000-01**, Grefige-Université Nancy2, Francia.
- Mucchielli, Alex (1991), **Les méthodes qualitatives**, Presses Universitaires de France, París.
- Muriel de la Torre, Josefina, (1960), **Hospitales de la Nueva España. Fundaciones de los siglos XVII y XVIII**, tomo II, Editorial Jus, México.
- Nizet, Jean y Natalie Rigaux (2005), **La sociologie de Erving Goffman**, La Découverte, París.
- Nobre, Thierry (1998), “Management de la valeur et pouvoirs dans l’hôpital» en **Finance. Contrôle. Stratégie**, vol. 1, núm. 2, junio, pp. 113-135.
- Nonaka, Ikujiro y Horitaka, Takeuchi (1999), **Teoría de la creación del conocimiento organizacional en la organización creadora de conocimiento. Cómo las compañías japonesas crean la dinámica de la innovación**, Oxford University Press, México.
- North, Douglas C. (1993), **Instituciones, cambio institucional y desempeño económico**, en Fondo de Cultura Económica, México.
- Olavarría, María Eugenia (2002), « De la casa al laboratorio. La teoría del parentesco hoy día”, en **Alteridades**, Tiempos y espacios del parentesco, n° 24, julio-diciembre, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, Departamento de Antropología, pp. 99-116.
- Ortiz Quesada, Federico (2004), **Principia Médica. La medicina y el hombre**, Editores de textos mexicanos, México.
- Pagès, Max, Michel Bonetti, Vincent de Gaulajac y Daniel Descentres (1979), **L’emprise de l’organisation**, Presses Universitaires de France, París.
- Parsons, Talcott (1956), “Suggestions for a Sociological Approach to the Theory of Organizations” I y II, en **Administrative Science Quarterly**, vol. 1, n° 1 y 2.
- Parsons, Talcott (1984), **El sistema social**, Alianza Editorial, Madrid.
- Percheron, Annick (1991), “La transmission des valeurs”, en Francois de Singly (dir.), **La famille, l’état des savoirs**, La découverte, París. pp. 183-193.

- Perrow, Charles (1982), **Análisis de la organización. Aspecto sociológico**, Cecsca, México.
- Peter, B. Guy (1999-2003), **El nuevo institucionalismo. Teoría institucional en ciencia política**, Gedisa, Barcelona.
- Pfeffer, Jeffrey (2000), **Nuevos rumbos en la teoría de la organización. Problemas y posibilidades**, Oxford University Press, México.
- Pineau, Gaston y Jean-Louis Le Grand (1993), **Les histories de vie**, Presses Universitaires de France, París.
- Powell, Walter G. y Paul J. DiMaggio (comps.) (1999), **El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional**, Fondo de Cultura Económica, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública y Universidad Autónoma del Estado de México, México.
- Radcliffe-Brown, Alfred Reginald (1986), **Estructura y función en la sociedad primitiva**, Planeta, Barcelona.
- Reed, Michael I. (1993), "Organizations and Modernity: Continuity and Discontinuity in Organization Theory", en John Hassard y Martin Parker (eds.), **Postmodernism and Organizations**, Sage, Londres, pp. 163-182.
- Rendón Cobián, Marcela y Luis Montaña Hirose (2004), «Las aproximaciones organizacionales. Caracterización, objeto y problemática», en **Contaduría y Administración**, n° 213, mayo-agosto, Facultad de Contaduría y Administración, Universidad Nacional Autónoma de México, México, pp. 101-120.
- Roethlisberger, Fritz y William Dickson (1976), **Management and the Worker**, Harvard University Press, Cambridge.
- Rodríguez Gómez, Gregorio, Javier Gil Flores y Eduardo García Jiménez (1996), **Metodología de la investigación cualitativa**, Aljibe, Málaga.
- Rojot, Jacques (2005), **Théorie des organisations**, ESKA, París.
- Romero, Jorge Javier (1999), "Estudio introductorio. Los nuevos institucionalismos: sus diferencias, sus cercanías", en Walter G. Powell y Paul J. DiMaggio (comps.), **El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional**, Fondo de Cultura Económica, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y

Administración Pública y Universidad Autónoma del Estado de México, México, pp. 7-29.

- Romo Beltrán, Rosa Martha (s/f), “La Medicina y la Universidad. Mitos y conflictos, en página web: [http://www.uv.mx/ie/colecci%C3%B3n/N\\_29/la\\_medicina\\_y\\_la\\_universidad.htm](http://www.uv.mx/ie/colecci%C3%B3n/N_29/la_medicina_y_la_universidad.htm)
- Ruiz Olabuénaga, José Ignacio (1999), **Metodología de la investigación cualitativa**, Universidad de Deusto, Bilbao.
- Salles, Vania y Rodolfo Tuirán (1996), “Mitos y creencias sobre vida familiar”, en **Revista Mexicana de Sociología**, LVIII, n°2, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, abril-junio, México, pp. 61-101.
- Schein, Edgar H. (1984), “Coming to a new awareness of organizational culture”, en **Sloan Management Review**, invierno, pp. 3-16.
- Schutz, Alfred (1995), **El problema de la realidad social**, Amorrortu, Buenos Aires.
- Scott, W. Richard (1995), **Institutions and Organizations**, Sage, Thousand Oaks.
- Selznick, Philip (1949), **TVA and the Grass Roots. A Study of Politics and Organization**, University of California Press, Berkeley.
- Silverman, David (1975), **Teoría de las organizaciones**, Nueva Visión, Buenos Aires.
- Simon, Herbert (1982), **El comportamiento administrativo. Estudio de los procesos decisivos en la organización administrativa**, Aguilar, Buenos Aires.
- Smircich, Linda (1983), “Concepts of Culture and Organizational Analysis”, en **Administrative Science Quarterly**, n°28, pp. 339-358.
- Smith, Adam (2004), **Teoría de los sentimientos morales**, Fondo de Cultura Económica, México.
- Solís Pontón, Leticia (coord.) (1997), **La familia en la Ciudad de México. Presente, pasado y devenir**, Asociación Científica de Profesionales para el estudio integral del niño y Miguel Angel Porrúa, México.
- Stake, Robert E., (1994), **Handbook of Qualitative Research**, Sage, California.
- Stake, Robert E. (1999), **Investigación con estudio de casos**, Morata, Madrid.

- Strauss, Anselm L. y Juliet M. Corbin (1990), **Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques**, Sage, Londres.
- Suárez, Marcela (1988), **Hospitales y sociedad en la Ciudad de México del siglo XVI**, Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, México.
- Suárez Argüello, Ana Rosa (2001), "Todo en familia: la historia y los negocios de los hermanos Hargous (1833-1851)", en **Vetas**, no. 8, año III, pp. 37-54, El Colegio de San Luis.
- Taylor, Frederick W. (1964), **Principios de la Administración Científica**, Herrero Hermanos, México.
- Taylor S. J. y R. Bogdan (1987), **Introducción a los métodos cualitativos de investigación**, Paidós, Barcelona.
- Tolbert, Pamela S. y Lynne G. Zucker (1996), "The Institutionalization of Institutional Theory", en Clegg, Stewart R., Cynthia Hardy y Walter R. Nord (eds.), **Handbook of Organization Studies**, Sage, Londres, pp. 175-190.
- Torrès, Olivier (1999), **Les PME**, Dominos Flammarion, París.
- Touraine, Alain (1995), **Producción de la sociedad**, Universidad Nacional Autónoma de México y Instituto Francés de América Latina, México.
- Touraine, Alain (1994), **Crítica de la modernidad**, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Varela, Roberto (2003), "La cultura", documento inédito, **Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa**, México, 26 pp.
- Vergara, Rodolfo (1997), "El redescubrimiento de las instituciones: de la teoría organizacional a la ciencia política", en James March y Johan P. Olsen (1997), **El redescubrimiento de las instituciones. La base organizativa de la política**, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, Universidad Autónoma de Sinaloa y Fondo de Cultura Económica, México, pp. 9-40.
- Weber, Max (1970), **Economía y sociedad**, Fondo de Cultura Económica, México.
- Williamson, Oliver (1991), **Mercados y jerarquías: su análisis y sus implicaciones antitrust**, Fondo de Cultura Económica, México.

- Woods, Meter (1987), **La escuela por dentro. La etnografía en la investigación educativa**, Paidós, Barcelona.
- Woodward, Joan (1965), **Industrial Organization Theory and Practice**, Oxford University Press, Londres.
- Wtterwulghe, Robert (1998), **La PME. Une entreprise humaine**, De Boeck Université, Bruselas.
- Yin, Robert K. (1993), **Applications of Case Study Research**, Sage, Londres
- Yin, Robert K. (1994), **Case Study Research. Design and Method**, Sage,
- Zevallos V., Emilio (2003), “Micro, pequeñas y medianas empresas en América Latina, **Revista de la CEPAL**, n° 79, abril, pp. 53-70.
- Zucker, Lynne G. (1999), “El papel de la institucionalización en la persistencia cultural”, en Walter G. Powell y Paul J. DiMaggio (comps.), **El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional**, Fondo de Cultura Económica, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública y Universidad Autónoma del Estado de México, México, pp. 126-153.

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
METROPOLITANA**

---

IZTAPALAPA

CSH



**Casa abierta al tiempo**

**LA DINAMICA ORGANIZACIONAL EN UNA  
PEQUEÑA CLINICA DE TIPO FAMILIAR.**

**CONTRADICCIONES Y COMPLEMENTARIEDADES  
INSTITUCIONALES.**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**

**DOCTOR EN ESTUDIOS ORGANIZACIONALES**

**P R E S E N T A :**

**MARCELA VICTORIA RENDÓN COBIÁN**

**ASESOR DE TESIS: DR. ROGELIO MENDOZA MOLINA**

**2006**

**México, DF.**