

**Nº 95**

**Ética en las Organizaciones de Asistencia Sanitaria**

**Teodoro Wigodski**

**DOCUMENTOS DE TRABAJO**

## ÉTICA EN LAS ORGANIZACIONES DE ASISTENCIA SANITARIA

Teodoro Wigodski<sup>1</sup>

### RESUMEN EJECUTIVO

El mayor desafío en torno a las instituciones de salud es cómo financiar y gestionar los recursos sanitarios desde una perspectiva ética. En otras palabras, es necesario equilibrar las exigencias de justicia asistencial con la escasez de recursos para las instituciones sanitarias, para lo cual se exponen cuatro principios de ética organizacional que deberían guiar la gestión de las instituciones de salud.

Como otras veces durante los últimos años, durante los meses de invierno la posta central de Santiago sufrió un colapso de infraestructura y gestión: ante la realidad de los pasillos atestados de camillas, de pacientes que convalecían sobre las incómodas sillas de la sala de espera y las largas filas de enfermos de urgencia que aguardaban durante horas, fue frecuente informarse en la prensa las protestas de las personas afectadas y las justificaciones de las autoridades administrativas. Las opiniones que no tuvieron tanta resonancia fueron las de aquellos médicos, enfermeras y tecnólogos que siguen atendiendo a los pacientes aunque no cuentan con las mínimas condiciones de servicio. En tal caso, es usual la discusión sobre la ética entre los profesionales de la salud: ¿es aceptable negarse a atender a un enfermo cuando las condiciones institucionales, económicas y sociales de atención a los pacientes son inadecuadas? ¿Qué hacer cuando la ética asistencial de una comunidad pone en riesgo el sentido último de la profesión médica?

Para realizar un debido diagnóstico a esta situación es necesario, primero, tomar en cuenta cuáles son los objetivos de la profesión médica, entre los cuales según el especialista Mark Hanson se encuentra la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, el alivio del dolor y del sufrimiento causado por afecciones, el cuidado y la cura de quienes padecen, la atención a quienes no pueden ser curados, así como la debida anticipación para evitar la muerte prematura y la ayuda necesaria para que una persona muera en paz.

En estrecha relación con la contingencia de su labor, el sentido de la profesión médica fue bien fundamentado desde los comienzos de nuestra civilización, cuando en el siglo V antes de la Era Común el griego Hipócrates impuso la base de su juramento como directriz para el oficio médico: “mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio y el terror”. En este sentido, la antigua

---

<sup>1</sup> Ingeniero Civil Industrial por la Universidad de Chile, MBA por Loyola College de Maryland (USA) y Magíster en Derecho de Empresa por la Universidad Católica de Chile. Postítulos en gobierno corporativo, en Yale, IMD, MIT y Stanford. Profesor universitario, director y presidente de diversas empresas, entre ellas el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

disciplina hipocrática reconocía la medicina no sólo como una vocación de servicio a los demás, sino también como una forma de vida orientada al auxilio de las personas. Por su parte, nuestro contemporáneo Dr. Juan Pablo Beca, en su publicación *El sentido de las profesiones de la salud*, postula que la medicina posee determinados valores que adquieren, en la práctica, el carácter de competencias científico-técnicas: un médico debe poseer –además del debido conocimiento y práctica en torno a la salud y las enfermedades del ser humano– fidelidad a la confianza que en él depositan los pacientes y la sociedad, junto a otras virtudes como la compasión, la prudencia, el sentido de justicia, la fortaleza, la moderación, la integridad necesaria para poseer honestidad intelectual en el diagnóstico y las decisiones, además de una postergación de las satisfacciones personales en favor de las del otro.

Estas consideraciones sobre las ideales características de un médico se deben confrontar con ciertas condicionantes propias de la atención de salud en nuestra sociedad. En primer lugar, otorgar salud a la población no es gratuito: tiene un costo creciente y alguien tiene que asumirlo. Usualmente este costo lo asume el Estado, administrando los impuestos de todas las personas por medio del Presupuesto de la Nación, el cual es reforzado en casos individuales por el sistema privado de seguros. Los modelos de atención de salud, además del aspecto financiero, tienen que resultar sustentables en el tiempo para atender a las generaciones futuras y permitir el seguimiento de las tendencias demográficas sanitarias. ¿Cómo lograr, entonces, un equilibrio en los recursos para la implementación del plan a largo plazo de la salud pública y su financiamiento?

Quizá por estas condicionantes durante gran parte de la historia occidental la medicina fue un asunto privado, una relación de confianza entre: una persona que sabía curar, el enfermo y su familia. Recién durante el siglo XIX –con la aceptación de la modernidad en todas las esferas sociales y el afianzamiento de la sociedad civil urbana tal como la conocemos– se crea la Institución de Salud, cuando el tratamiento de los pacientes se volvió un asunto público, al convertirse en un asunto de interés y administración del Estado. Recién un siglo después, en la década de 1970, se determinó que la Institución de Salud podía ser tanto pública-estatal como privada, y también mixta.

Esta transformación de la asistencia de salud desde el oficio a la profesión y de la profesión a la institución tuvo como base las nuevas teorías de la justicia que filósofos como John Rawls impusieron a fines del siglo XIX, las cuales hicieron aceptable y de sentido común en la sociedad el principio de la justicia en materia de salud. Al integrar en estas teorías de la justicia los liberalismos sociales y los socialismos liberales de la época, estos filósofos vincularon el ejercicio de la medicina a la ética. De esta manera la medicina se define como una puesta en práctica de esta ética liberal, donde el discernimiento –la razón– de cada persona delimita las

convicciones, la fuerza de la conciencia y sus expresiones en la sociedad. La ética se vuelve así determinante para quienes trabajan en la institución de salud, porque se basa en la deliberación como en la reflexión razonada y precisa de qué nos podemos exigir unos a otros para vivir de la mejor manera posible, para sacar las mejores ventajas de los recursos y también para desarrollar buenas prácticas en el ámbito de la medicina y la gestión institucional.

Ya que la salud es un bien primario de las personas, las instituciones de salud han tenido que asimilar la teoría de la justicia que vuelve un derecho individual la asistencia sanitaria, en virtud de la igualdad de oportunidades. Entonces surge el dilema: con la generalización de la asistencia sanitaria, dada la aceptación general de la igualdad de oportunidades, empieza a producirse un desbalance entre las exigencias de justicia y la escasez de los recursos. Desde el punto de vista ético, ¿se debe poner énfasis en una u otra cara de la situación?

Cabe destacar que la ética no es sólo una cuestión individual. La noción misma de persona con derechos inalienables es una noción relacional, y son estas relaciones las que organizan a las instituciones; en particular la ética moderna se mueve en un mundo de intereses individuales y de grupos, los cuales pueden ser legítimos o ilegítimos, universales, generalizables o singulares, consensuados o impuestos, armonizables entre sí o susceptibles de polémica, etcétera. Sin embargo, dado la inherente naturaleza relacional de la ética médica, hay una facticidad en lo que se refiere a las personas: sus intereses deben conjugarse entre sí, inevitablemente. Que un médico, enfermera o tecnólogo sea éticamente responsable quiere decir que, aunque tenga sus convicciones claras, no actúa sólo en base a negativas y afirmaciones, blanco o negro. Puesto que la vida ofrece múltiples posibilidades, la responsabilidad profesional debe tomar en cuenta el escenario complejo que se experimenta al decidir. Y una de las características preponderantes de nuestra época es que somos más conscientes –y más impotentes– ante la complejidad, la cual hace que los riesgos a veces sean desconocidos, incluso cuando se aplican sistemas para reducir la complejidad. Por eso en bioética se ha instaurado el principio de precaución y calma, una expresión que manifiesta la prudencia que debe presidir las actividades en una institución de salud.

Este principio de prudencia es el que debe invocarse ante los grandes problemas bioéticos, que no son sólo aquellos que se discuten en las primeras páginas de los periódicos –eutanasia, aborto, clonación, células madre, entre otros– la discusión bioética del día a día, la que no se ve en la prensa, es cómo financiar y hacer gestión de los recursos sanitarios. Es decir, el choque entre las exigencias de justicia asistencial y la escasez de recursos para las instituciones sanitarias. Así, es posible notar que la necesidad de racionalización de los costos, las inversiones y los gastos en salud tiende a aumentar porque las expectativas de la población y de los ciudadanos

aumentan, aun cuando se intente diariamente combinar eficiencia y justicia en las instituciones asistenciales, asumiendo profesionalmente los complejos temas de gestión empresarial, a pesar de que produzcan recelo entre los profesionales de la salud.

Pero, ¿cómo lograr equilibrar la justa demanda por salud y los recursos limitados? Es claro que no todo consiste en reducir el gasto de las instituciones asistenciales: hay que saber gastar y también ahorrar; parte de la bioética es la llamada Responsabilidad Social de la Empresa de Salud, la cual se sitúa en el centro de la visión de la empresa, en su plan estratégico y en la base de la relación con sus *stakeholders*<sup>2</sup>. De lo contrario sería una cosmética y no una ética.

## **Cuatro principios de ética organizacional para las instituciones de salud**

La Responsabilidad Social Empresarial en la asistencia sanitaria debe demostrarse en los roles éticos que sus profesionales, ejecutivos y trabajadores asumen: un rol cuidador, un rol empleador, un rol ciudadano y un rol administrador. De esta manera, estos roles se expresan en cuatro principios de ética organizacional que deben guiar el quehacer en las instituciones de salud:

### **1. Proveer cuidado con compasión**

En la institución de asistencia sanitaria se da una relación asimétrica entre los proveedores, que tienen tantas habilidades como conocimiento experto, y los pacientes, que son vulnerables no solamente porque están enfermos sino también porque usualmente carecen de ese conocimiento experto sobre aquello que les sucede, lo que los hace dependientes de que las personas que los cuiden actúen en su interés. De esta manera, es necesario establecer que la relación entre paciente y cuidador confiere deberes *fiduciarios*<sup>3</sup> a estos últimos para promover valores centrados en el paciente, tales como competencia, compasión, confianza y toma de decisiones compartida entre paciente y cuidador.

La compasión y la amabilidad son las respuestas que exige el sufrimiento, y éstas deben ser promovidas tanto por reglamentaciones de la institución como por

---

<sup>2</sup> En una analogía con los accionistas o *shareholders* de una empresa, se denomina *stakeholders* a todos los grupos de interés implicados directa o indirectamente en el accionar de ésta: proveedores, clientes, trabajadores, accionistas y, en general, la comunidad donde se inserta, entre otros.

<sup>3</sup> De la palabra en latín *fiducia*, que significa *confianza*.

recompensas formales e informales a los cuidadores. La Organización de Asistencia Sanitaria (OAS) debe asegurar la capacidad de sus profesionales al fijar altos estándares relacionados con los incentivos, poniendo énfasis en la calidad del cuidado que se le da a los pacientes y no sólo en los costos, así como asegurando también una adecuada dotación de personal.

Es fundamental que los pacientes puedan confiar en que las OAS y los profesionales de la salud en general les pueden proporcionar cuidados que se ajustan primero a sus necesidades y luego a los intereses de terceros. En este sentido, las OAS deben permitir que los cuidadores –médicos, enfermeras, paramédicos, tecnólogos– ejerzan una activa defensoría de sus pacientes, y proporcionarles instancias que les permitan crear, criticar y mejorar los procesos que buscan entregar bienestar a los pacientes. A estas iniciativas se debe agregar la toma de decisiones compartida: esto quiere decir que el paciente y sus cuidadores deben decidir en conjunto –y en base a información accesible– cuál será el tratamiento que se seguirá con la enfermedad, de acuerdo a las posibilidades y los principios de la ética clínica, especialmente los de autonomía y beneficencia.

En suma, el rol proveedor de cuidados de una Organización de Asistencia Sanitaria debe aunar la necesidad de competencia, compasión, confianza y toma de decisiones compartida, conformando el primer principio de la ética organizacional para las instituciones de salud: *proveer cuidados con compasión*.

## **2. Tratar a los empleados con respeto**

Así como el primer principio de proveedor de cuidados de la OAS se funda en la ética clínica, los siguientes principios –asociados a los roles de empleador, servidor público y administrador– pertenecen al campo de la ética de negocios.

Los trabajadores de una organización no deben ser considerados por los directivos y ejecutivos sólo como medios para incrementar la productividad y las utilidades; por el contrario, en todos los aspectos de la sociedad debe imperar el fundamento que Kant resume en lo que se reconoce como el *respeto hacia las personas*: en los negocios se debe tratar a los trabajadores como fines en sí mismos. De este modo, la relación entre el empleador y el empleado debe ser de recíproca responsabilidad, aunque con un diferencial de poder a favor del empleador, dado que sus intereses en la empresa son mayores. Por ello los deberes del empleador hacia el empleado siempre deben incluir la provisión de una remuneración justa, el aseguramiento de condiciones de trabajo seguras, y una debida recompensa y disciplina en el trabajo. Estos deberes sin duda exigen que se proteja a los empleados de la discriminación y persecución en el lugar de trabajo, específicamente que se les

permita expresar opiniones acerca de las estrategias en lo que se refiere a las cuestiones éticas de la OAS. En este sentido, las organizaciones pueden y deben entregarles poder a sus empleados para que lleguen a ser actores responsables del sistema de salud, mediante la creación de un clima éticamente correcto y ayudándolos en su crecimiento profesional y ético; ese acceso a instancias de poder por parte de los trabajadores de la salud se hace imperativo para que éstos asuman la responsabilidad por sus propias acciones y no se refugien detrás de reglas, formalidades y estructuras.

Es útil en este punto examinar el conflicto que presenta el caso de los posibles escenarios que enfrenta una enfermera con una herida abierta por una aguja hipodérmica al tratar un paciente de alto riesgo que se rehúsa a que se le realice un test de VIH. Estamos en presencia de un conflicto entre el *principio de cuidado compasivo* y el *principio de trato respetuoso a los empleados*: si el paciente es VIH positivo, un tratamiento profiláctico puede reducir el riesgo de la enfermera de una infección VIH; si el paciente es VIH negativo, el tratamiento profiláctico no ofrecerá ningún beneficio, además de ser costoso y exponer a la enfermera a los riesgos colaterales de problemas gastrointestinales, supresión de médula ósea y estrés innecesario. Si se intenta resolver este conflicto desde la ética clínica, con su enfoque en los derechos que el paciente tiene de auto determinarse, se debe respetar la decisión autónoma del paciente a rehusar el test de VIH. La enfermera, sin embargo, también merece todo el respeto, y la Organización de Asistencia Sanitaria tiene el deber moral hacia sus empleados de minimizar los riesgos de salud relacionados con el lugar de trabajo. Como el daño que potencialmente puede experimentar la enfermera en el ejercicio de su profesión es mayor al que puede recibir el paciente, en este caso pesa más el deber de la OAS hacia su empleado que el derecho del paciente a rehusar un test VIH.

### **3. Actuar con espíritu público**

El tercer principio de ética organizacional para una institución de salud corresponde a las expectativas que la ciudadanía deposita en éstas en general, y en los cuidadores en particular: que participen de la sociedad democrática, que asuman las responsabilidades de cualquier actividad empresarial dentro de la sociedad, y que asuman las responsabilidades especiales que conlleva la asistencia sanitaria. Las OAS deben respetar la Ley en estos tres aspectos; algunos teóricos de la ética en los negocios han argumentado que como la sociedad le otorga a las instituciones de salud el estatus legal de entidades independientes, se debe esperar de ellas una contribución neta positiva al bien general de la sociedad. El negocio de la salud es, pues, un bien social básico en un doble sentido: primero, el hecho de otorgar asistencia sanitaria y compasión tiene un valor intrínseco que complementa la dimensión social de humanidad; segundo –tal como la alimentación, la educación y la vivienda– la

asistencia sanitaria es un bien que las personas necesitan para prosperar y obtener el máximo de sus oportunidades.

Una asistencia sanitaria adecuada es condición para el funcionamiento normal de la sociedad moderna, por lo cual los negocios que proveen este tipo de bien asumen responsabilidades sociales especiales, independientemente de su obligación de generar utilidades. De este modo, se espera que las Organizaciones de Asistencia Sanitaria puedan cumplir su rol ciudadano a través de la adecuada disposición de los desechos hospitalarios, de la provisión de servicios gratuitos a aquellos que no tienen acceso al cuidado, y también del apoyo constante en asuntos que son del interés de la salud pública, como en el caso de reformas sociales, emergencias y catástrofes. El principio de espíritu público es también relevante en las decisiones de la OAS respecto de las clases de servicio que suministra, el acceso que asegura para éstos, las acciones institucionales y de sus miembros, así como en la consciencia de que estas acciones pueden afectar a una comunidad más amplia.

Con respecto a este principio, como ejemplo podemos citar el ampliamente publicitado caso de responsabilidad social empresarial que ocurrió en 1982, cuando varios frascos del fármaco Tylenol fueron saboteados, con consecuencia de muerte para siete consumidores. Por entonces el presidente ejecutivo de la compañía productora del fármaco, Johnson & Johnson, fue franco con la prensa y el público, retiró todas las existencias de los estantes de las tiendas –por un costo de la época de US\$ 105 millones– e inmediatamente ordenó el desarrollo de envases inviolables. Estas acciones oportunas y transparentes, le permitieron a la empresa superar la crítica situación consolidando su alta reputación y credibilidad en la comunidad.

#### **4. Gastar los recursos razonablemente**

El último principio se relaciona con la sustentabilidad económica que se exige a los administradores de las Organizaciones de Asistencia Sanitaria, quienes son los encargados de promover el éxito de sus instituciones, considerando la disponibilidad de los recursos. En este sentido, las demandas de los *stakeholders* de las OAS deben ser priorizadas de acuerdo al propósito y la misión de la organización, que en primer lugar es atender la salud de los pacientes, por lo cual la obligación básica de la organización está definida por el principio de cuidar con compasión, compatibilizándolo con la generación de excedentes.

A pesar de que las fuerzas del mercado induzcan dilemas para la misión de cuidado de una OAS, sus administradores deben ser capaces de equilibrar la sustentabilidad y el desempeño financiero de la organización con otros roles y responsabilidades, para lo cual enfrentan el desafío de fijar límites éticos de manera deliberada, justa y transparente.



Según expusimos, estos cuatro principios de ética organizacional que deberían guiar el quehacer de las instituciones de salud, proveen un marco para discutir la obligación moral de los proveedores de asistencia sanitaria y para asumir con integridad las tareas vinculadas a la salud pública y privada, en cada una de las cuales la fuerza de estos principios variará de acuerdo al énfasis de la misión institucional. En organizaciones proveedoras del servicio sanitario, por ejemplo, el cuidado con compasión es prioritario, en contraste con lo que sucede en una compañía de seguros de salud, donde el actuar con espíritu público marca la excelencia ética del servicio.

La discusión ética que hemos revisado nos lleva, sin embargo, a una última pregunta: ¿es suficiente con estos principios? Más allá del impacto que en las organizaciones de salud tenga la formación individual, la conciencia de cada profesional y los aspectos morales colectivos, una cuestión relevante en la discusión final sobre el adecuado funcionamiento de la asistencia sanitaria es la cantidad de recursos que ésta demanda. Las OAS requieren un presupuesto suficiente para financiar sus crecientemente complejas operaciones, el rápido desarrollo tecnológico, mayores instalaciones e infraestructura, y para ello es imperativo que se logre un acuerdo social para que las organizaciones de asistencia sanitaria puedan acceder a fondos estatales directos y también de los beneficiario del sistema de salud y de las compañías de seguro de salud.

## **Bibliografía**

Hanson, Mark. *The Goals of Medicine: The Forgotten Issues in Health Care Reform*. Georgetown University Press; 2001

Beca, Juan Pablo. *El sentido de las profesiones de la salud*. Revista Academia S. V. Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, 2006.

Goic, Alejandro. *Ética de las organizaciones de salud*. Revista Medica Chile. 2004; 132: 388-292

**Centro de Gestión (CEGES)**  
**Departamento de Ingeniería Industrial**  
**Universidad de Chile**

**Serie Gestión**

Nota : Copias individuales pueden pedirse a [ceges@dii.uchile.cl](mailto:ceges@dii.uchile.cl)

Note : Working papers are available to be request with [ceges@dii.uchile.cl](mailto:ceges@dii.uchile.cl)

**2001**

29. Modelos de Negocios en Internet (Versión Preliminar)  
Oscar Barros V.
30. Sociotecnología: Construcción de Capital Social para el Tercer Milenio  
Carlos Vignolo F.
31. Capital Social, Cultura Organizativa y Transversalidad en la Gestión Pública  
Koldo Echebarria Ariznabarreta
32. Reforma del Estado, Modernización de la Gestión Pública y Construcción de Capital Social:  
El Caso Chileno (1994-2000)  
Álvaro V. Ramírez Alujas
33. Volver a los 17: Los Desafíos de la Gestión Política (Liderazgo, Capital Social y Creación de Valor Público:  
Conjeturas desde Chile)  
Sergio Sporerer H.

**2002**

34. Componentes de Lógica del Negocio desarrollados a partir de Patrones de Procesos  
Oscar Barros V.
35. Modelo de Diseño y Ejecución de Estrategias de Negocios  
Enrique Jofré R.
36. The Derivatives Markets in Latin America with an emphasis on Chile  
Viviana Fernández
37. How sensitive is volatility to exchange rate regimes?  
Viviana Fernández

38. Gobierno Corporativo en Chile después de la Ley de Opas  
Teodoro Wigodski S. y Franco Zúñiga G.
39. Desencadenando la Innovación en la Era de la Información y el Vértigo Nihilista  
Carlos Vignolo
40. La Formación de Directivos como Expansión de la Conciencia de Sí  
Carlos Vignolo
41. Segmenting shoppers according to their basket composition: implications for Cross-Category Management  
Máximo Bosch y Andrés Musalem
42. Contra la Pobreza: Expresividad Social y Ética Pública  
Sergio Spoerer
43. Negative Liquidity Premia and the Shape of the Term Structure of Interest Rates  
Viviana Fernández

## 2003

44. Evaluación de Prácticas de Gestión en la Cadena de Valor de Empresas Chilenas  
Oscar Barros, Samuel Varas y Richard Weber
45. Estado e Impacto de las TIC en Empresas Chilenas  
Oscar Barros, Samuel Varas y Antonio Holgado
46. Estudio de los Efectos de la Introducción de un Producto de Marca Propia en una Cadena de Retail  
Máximo Bosch, Ricardo Montoya y Rodrigo Inostroza
47. Extreme Value Theory and Value at Risk  
Viviana Fernández
48. Evaluación Multicriterio: aplicaciones para la Formulación de Proyectos de Infraestructura Deportiva  
Sara Arancibia, Eduardo Contreras, Sergio Mella, Pablo Torres y Ignacio Villablanca
49. Los Productos Derivados en Chile y su Mecánica  
Luis Morales y Viviana Fernández
50. El Desarrollo como un Proceso Conversacional de Construcción de Capital Social: Marco Teórico, una Propuesta Sociotecnológica y un Caso de Aplicación en la Región de Aysén  
Carlos Vignolo F., Christian Potocnjak C. y Alvaro Ramírez A..
51. Extreme value theory: Value at risk and returns dependence around the world  
Viviana Fernández
52. Parallel Replacement under Multifactor Productivity  
Máximo Bosch y Samuel Varas
53. Extremal Dependence in Exchange Rate Markets

Viviana Fernández

54. Incertidumbre y Mecanismo Regulatorio Óptimo en los Servicios Básicos Chilenos  
Eduardo Contreras y Eduardo Saavedra

## 2004

55. The Credit Channel in an Emerging Economy  
Viviana Fernández
56. Frameworks Derived from Business Process Patterns  
Oscar Barros y Samuel Varas
57. The Capm and Value at Risk at Different Time Scales  
Viviana Fernández
58. La Formación de Líderes Innovadores como Expansión de la Conciencia de Sí: El Caso del Diplomado en Habilidades Directivas en la Región del Bío-Bío – Chile  
Carlos Vignolo, Sergio Spoerer, Claudia Arratia y Sebastián Depolo
59. Análisis Estratégico de la Industria Bancaria Chilena  
Teodoro Wigodski S. y Carla Torres de la Maza
60. A Novel Approach to Joint Business and System Design  
Oscar Barros
61. Los deberes del director de empresas y principales ejecutivos Administración de crisis: navegando en medio de la tormenta.  
Teodoro Wigodski
62. No más VAN: el Value at Risk (VaR) del VAN, una nueva metodología para análisis de riesgo  
Eduardo Contreras y José Miguel Cruz
63. Nuevas perspectivas en la formación de directivos: habilidades, tecnología y aprendizaje  
Sergio Spoerer H. y Carlos Vignolo F.
64. Time-Scale Decomposition of Price Transmission in International Markets  
Viviana Fernández
65. Business Process Patterns and Frameworks: Reusing Knowledge in Process Innovation  
Oscar Barros
66. Análisis de Desempeño de las Categorías en un Supermercado Usando Data Envelopment Analysis  
Máximo Bosch P., Marcel Goic F. y Pablo Bustos S.
67. Risk Management in the Chilean Financial Market The VaR Revolution  
José Miguel Cruz

## 2005

68. Externalizando el Diseño del Servicio Turístico en los Clientes: Teoría y un Caso en Chile  
Carlos Vignolo Friz, Esteban Zárate Rojas, Andrea Martínez Rivera, Sergio Celis Guzmán y Carlos Ramírez Correa
69. La Medición de Faltantes en Góndola  
Máximo Bosch, Rafael Hilger y Ariel Schilkрут
70. Diseño de un Instrumento de Estimación de Impacto para Eventos Auspiciados por una Empresa Periodística  
Máximo Bosch P., Marcel Goic F. y Macarena Jara D.
71. Programa de Formación en Ética para Gerentes y Directivos del Siglo XXI: Análisis de las Mejores Prácticas Educativas  
Yuli Hincapie y Teodoro Wigodski
72. Adjustment of the WACC with Subsidized Debt in the Presence of Corporate Taxes: the N-Period Case  
Ignacio Vélez-Pareja, Joseph Tham y Viviana Fernández
73. Aplicación de Algoritmos Genéticos para el Mejoramiento del Proceso de Programación del Rodaje en la Industria del Cine Independiente  
Marcel Goic F. y Carlos Caballero V.
74. Seguro de Responsabilidad de Directores y Ejecutivos para el Buen Gobierno Corporativo  
Teodoro Wigodski y Héctor H. Gaitán Peña
75. Creatividad e Intuición: Interpretación desde el Mundo Empresarial  
Teodoro Wigodski
76. La Reforma del Estado en Chile 1990-2005. Balance y Propuestas de Futuro  
Mario Waissbluth
77. La Tasa Social de Descuento en Chile  
Fernando Cartes, Eduardo Contreras y José Miguel Cruz
78. Assessing an Active Induction and Teaming Up Program at the University of Chile  
Patricio Poblete, Carlos Vignolo, Sergio Celis, William Young y Carlos Albornoz

## 2006

79. Marco Institucional y trabas al Financiamiento a la Exploración y Mediana Minería en Chile  
Eduardo Contreras y Christian Moscoso
80. Modelo de Pronóstico de Ventas.  
Viviana Fernández
81. La Ingeniería de Negocios y Enterprise Architecture  
Óscar Barros V.
82. El Valor Estratégico de la innovación en los Procesos de Negocios  
Óscar Barros V.

- 83. Strategic Management of Clusters: The Case of the Chilean Salmon Industry  
Carlos Vignolo F., Gastón Held B., Juan Pablo Zanlungo M.
- 84. Continuous Innovation Model for an Introductory Course to Industrial Engineering  
Carlos Vignolo, Sergio Celis , Ana Miriam Ramírez
- 85. Bolsa de Productos y Bolsa Agrícola en Chile: un análisis desde la teoría de carteras  
Eduardo Contreras, Sebastián Salinas

## **2007**

- 86. Arquitectura Y Diseño De Procesos De Negocios  
Óscar Barros V.
- 87. Personalizando la Atención del Cliente Digital  
Juan Velásquez S.
- 88. ¿En el país de las maravillas?: equipos de alta gerencia y cultura empresarial  
Sergio Spoerer
- 89. Responsabilidad Social Empresarial: El Caso De Forestal Mininco S.A. y Comunidades Mapuches  
Teodoro Wigodski
- 90. Business Processes Architecture And Design  
Óscar Barros V.
- 91. Gestión Estratégica: Síntesis Integradora y Dilemas Abiertos  
Teodoro Wigodski
- 92. Evaluación Multicriterio para Programas y Proyectos Públicos  
Eduardo Contreras, Juan Francisco Pacheco
- 93. Gestión De Crisis: Nuevas Capacidades Para Un Mundo Complejo.  
Teodoro Wigodski
- 94. Tres Años Del Sistema De Alta Dirección Pública En Chile: Balance Y Perspectivas  
Rossana Costa y Mario Waissbluth
- 95. Ética En Las Organizaciones De Asistencia Sanitaria  
Teodoro Wigodski