



Vulnerabilidad y *stakeholders*: una propuesta integradora para la sostenibilidad en la gestión sanitaria

Vulnerability and Stakeholders: An Integrative Proposal for Sustainability in Healthcare Management



Autor

Pedro J. Ponce-Lozano

Universidad del País Vasco

pedrojoseponcelozano@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0000-5593-6912>



Resumen

En la actualidad, la gestión sanitaria se enfrenta a numerosos desafíos que amenazan la sostenibilidad del sistema de salud a largo plazo. Entre los mismos se pueden destacar el envejecimiento de la población, las desigualdades sociales, la irrupción tecnológica, la gobernanza o el cambio climático. El presente artículo propone un marco teórico integrador entre el principio de vulnerabilidad de la bioética europea y la teoría ontológica de *stakeholders* con el propósito de orientar la gestión sanitaria hacia el bien común y la sostenibilidad. En el principio de vulnerabilidad se reconoce la fragilidad intrínseca a la condición humana, promoviendo la protección de los colectivos más necesitados con una ética del cuidado, relacional e interdependiente. La teoría ontológica de los *stakeholders* concibe a la organización sanitaria como una comunidad de diferentes actores con relaciones que contribuyen a la generación de valor con derechos, responsabilidades y riesgos compartidos. De la inclusión de estos enfoques emerge una propuesta que se rige por cuatro principios: prioridad de *stakeholders* en situación de vulnerabilidad, reconocimiento ontológico de las contribuciones, creación de valor y gobernanza participativa basada en la responsabilidad y la transparencia. El modelo teórico propone una orientación ética y práctica con el fin de mejorar la sostenibilidad y la cohesión del sistema sanitario, siendo aplicable en organizaciones de naturaleza pública y privada. Para finalizar se discuten las limitaciones y se proponen líneas de investigación futuras para avanzar en una gestión sanitaria más inclusiva, humana y sostenible.

Abstract

Healthcare management currently faces numerous challenges that threaten the long-term sustainability of the health system. Among them, the most prominent include population aging, social inequalities, technological disruption, governance issues, and climate change. The present study proposes an integrative theoretical framework combining the principle of vulnerability from European bioethics and the ontological stakeholder theory with the aim of guiding healthcare management toward the common good and sustainability. The principle of vulnerability acknowledges the intrinsic fragility of the human condition, fostering the protection of the most disadvantaged groups through an ethics of care based on relationality and interdependence. The ontological stakeholder theory conceives the healthcare organization as a community of diverse actors whose relationships contribute to value creation through shared rights, responsibilities, and risks. The integration of these approaches gives rise to a proposal governed by four principles: prioritization of stakeholders in vulnerable situations, ontological recognition of contributions, value creation, and participatory governance based on responsibility and transparency. The theoretical model provides an ethical and practical orientation aimed at improving the sustainability and cohesion of the healthcare system and applies to both public and private organizations. Finally, the study discusses its limitations and outlines future areas of research to advance toward a more inclusive, humane and sustainable healthcare management.

Key words

Sostenibilidad; gestión sanitaria; vulnerabilidad; teoría de *stakeholders*; valor social; sistema sanitario; bien común.

Sustainability; healthcare management; vulnerability; stakeholders theory; social value; health system; common good.

Fechas

Recibido: 24/11/2025. **Aceptado:** 05/06/2026



1. Introducción

En la actualidad, la gestión sanitaria se enfrenta a un entorno y un contexto sumamente complejo, debido a demandas sociales, políticas, económicas y éticas. En las sociedades occidentales en las que impera el estado de bienestar, los sistemas sanitarios deben ser capaces de asegurar su sostenibilidad a largo plazo en términos sociales, organizativos y económicos, garantizando el acceso, la equidad, la justicia y la dignidad como cimientos éticos fundamentales de las sociedades democráticas. En España, mediante el Sistema Nacional de Salud (SNS), se ha consolidado un modelo basado en la descentralización, la equidad y la universalidad sostenido en la Ley General de Sanidad de 1986. No obstante, el contexto social actual genera importantes

El objetivo es proponer un marco teórico que integre y vincule la teoría ontológica de los stakeholders con el principio de vulnerabilidad en bioética, explorando su aplicación en el contexto de la gestión sanitaria española

tensiones que tienen que ver con el envejecimiento de la población, el auge de enfermedades crónicas, la integración del sistema sociosanitario, el proceso tecnológico, el cambio climático o las desigualdades territoriales. Estas cuestiones afectan directamente en la gobernanza y la sostenibilidad del sistema sanitario; obligando a replantear los marcos teóricos de referencia que orientan la gestión sanitaria. Se entiende la gestión o gobernanza sanitaria como aquella gestión ética y efectiva de las organizaciones sanitarias con capacidad de respuesta a los desafíos del presente, dotando al sistema de las herramientas necesarias para enfrentarse al futuro.

Frente a este contexto, surgen dos concepciones que tienen especial relevancia y que hasta el momento han discurrido en gran medida por caminos diferenciados. En primer lugar, el principio de vulnerabilidad que proviene de la bioética. Este principio subraya la necesidad de reconocer y proteger la fragilidad humana inherente, especialmente en ciertos colectivos sociales y personas. En segundo lugar, la teoría de *stakeholders*, especialmente en su formulación ontológica, que contextualiza a las organizaciones como comunidades interrelacionadas con derechos y responsabilidades compartidas. El presente estudio cuenta con una hipótesis central de integración del principio de vulnerabilidad como marco ético de referencia junto con el pluralismo de la teoría de *stakeholders* que ofrece un marco robusto para la gestión sanitaria orientada a la sostenibilidad y el bien común. Concretamente, se sostiene que la gestión sanitaria que esté fundamentada en la protección de la vulnerabilidad y fragilidad de las personas, junto con una participación inclusiva y activa de los diferentes *stakeholders*, favorece la legitimidad, la solidaridad, eficacia y la eficiencia de las organizaciones sanitarias con independencia de su naturaleza pública o privada.

El objetivo es proponer un marco teórico que integre y vincule la teoría ontológica de los *stakeholders* con el principio de vulnerabilidad en bioética, explorando su aplicación en el contexto de la gestión sanitaria española. En el marco teórico se examinan detenidamente los fundamentos de la teoría de *stakeholders* y del principio de vulnerabilidad en bioética y se destacan las implicaciones para la gestión y la gobernanza de las organizaciones sanitarias, revisando los desafíos en materia de



sostenibilidad y ética dentro del contexto español. En este sentido, se consideran tanto al SNS como a las entidades y empresas que conforman la sanidad privada.

Seguidamente, se presenta una propuesta conceptual integradora entre *stakeholders* y vulnerabilidad en el que se detallan los principios que pueden guiar una gestión sanitaria más inclusiva, sostenible y ética. Se discute su aplicabilidad tanto en la gobernanza del SNS como en las estructuras del sector sanitario privado español, haciendo especial mención a la responsabilidad que tienen las organizaciones empresariales con sus *stakeholders* y en especial con los más vulnerables. Desde una perspectiva crítica, se abordan dilemas, limitaciones y consideraciones de interés para el marco propuesto y las tensiones de eficiencia y equidad, conflictos de interés o cuestiones culturales e institucionales. Para finalizar, se ofrecen una serie de conclusiones que destacan las contribuciones teóricas y sus implicaciones en la ética, la gestión sanitaria o la política sanitaria, proponiendo líneas de investigación futuras para la investigación en este marco teórico.

2. Marco Teórico

2.1. El principio de vulnerabilidad en la bioética

En la bioética actual una de las corrientes con un peso sustancial es el principialismo. Sus principios —autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia— son muy reconocidos incluso fuera del ámbito sanitario. Surge en la década de 1970 en los Estados Unidos y se presenta como un marco estructurado que sigue las recomendaciones del Informe Belmont (1978). Es desarrollado por Beauchamp y Childress en la ya clásica obra *Principles of Biomedical Ethics* (2019). Contando además con una reciente traducción al castellano en 2025. La obra ha sido actualizada, revisada y adaptada por los autores en numerosas ediciones a lo largo de los años.

Este paradigma constata que en un mundo cada vez más interconectado e incierto, la vulnerabilidad se muestra como una condición inherente a las personas

En el contexto de la bioética europea, el principio de vulnerabilidad se erige como central, estructurando todo el cuerpo teórico (Rendtorff, 2015). Durante los últimos años, la conciencia en torno a la fragilidad humana se ha intensificado fruto de situaciones como la pandemia por la COVID-19 y las consecuencias de los conflictos bélicos especialmente en Ucrania y Oriente Medio se ha generado una pérdida sustancial de seguridad y confianza,

no solo en la vulnerabilidad biológica (a un virus desconocido, la enfermedad o las consecuencias físicas de la guerra), sino también en la vulnerabilidad económica, social o política de las sociedades occidentales. Este paradigma constata que en un mundo cada vez más interconectado e incierto, la vulnerabilidad se muestra como una condición inherente a las personas.

La sociedad europea está caracterizada por valores democráticos, un fuerte estado de bienestar y lazos culturales comunes que afianzan el principio de vulnerabilidad como fundamental para comprender la solidaridad que existe en estas sociedades.



En contraposición al principalismo anglosajón, la bioética europea se erige como alternativa. Desde el principio de vulnerabilidad emanan otros como la dignidad, la integridad o la autonomía. Esta concepción se presenta como un puente entre comunidades plurales con diferentes ideas y creencias que comparten la misma condición de vulnerabilidad (de la Torre, 2020).

El origen del principio de vulnerabilidad tiene sus orígenes en diversos trabajos bajo la financiación de la Comisión Europea durante 1995 y 1998. Estos trabajos dieron como resultado la Declaración de Barcelona de 1998, convirtiéndose así en la base de la bioética europea (Rendtorff, 2002). La bioética norteamericana (Beauchamp & Childress, 2019) se caracteriza y está influenciada por la autonomía como principio rector, que tiene una visión del paciente como sujeto autónomo, racional e

Esta perspectiva dota al principio de vulnerabilidad no solo de una dimensión individual, sino también de una característica social y colectiva que se puede vincular al bien común, la inclusión o la cooperación

independiente. Frente a esta visión, la bioética europea propone una comprensión del ser humano basada en la fragilidad, condicionado al entorno y con necesidad de cuidados. Esta perspectiva dota al principio de vulnerabilidad no solo de una dimensión individual, sino también de una característica social y colectiva que se puede vincular al bien común, la inclusión o la cooperación (de la Torre, 2023; Montero Orphanopoulos, 2022).

Esta perspectiva supone una reestructuración del enfoque moral hacia una visión antropológica y social de la bioética. La bioética vuelve en gran parte a recuperar su vocación originaria de tender puentes entre la ciencia y el humanismo (Potter, 1971) y comprender al ser humano en su contexto vital. En este sentido, existen tres cuestiones —dignidad, integridad y vulnerabilidad—

que son clave para comprender la centralidad de la persona y su entorno sociocultural que ayuda a no descontextualizar la experiencia (de la Torre, 2020). En la práctica, esta visión se ve reflejada en una ética del cuidado en la que la relación médico-paciente no se basa únicamente en la confianza, sino también en un pacto de cuidados, reconociendo así al paciente con necesidad de apoyo e interdependiente.

Para comprender mejor la vulnerabilidad se hace necesario contextualizarla en la sociedad actual para adentrarse en sus rasgos distintivos (León Correa, 2020). En este sentido, de la Torre (2017) establece una serie de categorías que permiten comprender la vulnerabilidad en el mundo actual:

- La complejidad lleva a una existencia vital marcada por la inquietud y la confusión constante, como señala Edgar Morin. La complejidad de los sistemas (también el sanitario) genera vulnerabilidad.
- Las interdependencias son mayores y crecientes fruto de la globalización. Cuánto mayores son estas interdependencias, mayor es la necesidad de conocer, comprender y aceptar estas múltiples dependencias. La fragilidad y la vulnerabilidad son mayores pues somos cada vez más interdependientes.
- Los valores sólidos están en detrimento debido al cambio constante y la sociedad líquida (Bauman, 2002), generando incertidumbre, candencia de seguridad y relatividad de valores.



- La volatilidad se ha adueñado del entorno industrial, económico y social, dificultando la protección de las personas y acentuándose los riesgos (Beck, 2006) de un mayor individualismo. Vivimos en una sociedad de riesgos no solo locales, sino globales que nos vulnerabilizan.
- La creciente desigualdad (Piketty, 2015b, 2015a) deriva en realidades socioeconómicas que son proclives a la vulnerabilidad y la injusticia para muchas personas.
- Como consecuencia de la flexibilidad económica y laboral, el trabajo como elemento de vertebración y sentido de la vida y la sociedad se está viendo debilitado y provoca en muchos contextos una corrosión del carácter (Beck, 2000; Rifkin, 1996; Sennett, 2005).

Tendencia a focalizar los esfuerzos en los medios precisos y claros y no en los fines. Se centran muchas veces de modo unilateral en los medios económicos, tecnológicos, regulatorios o burocráticos, generando desorientación y tendencia a la deshumanización

- Tendencia al fracaso en las sociedades construidas en torno al éxito y la competitividad, mostrando una tendencia hacia la tiranía del mérito (Sandel, 2020).
- Tendencia a focalizar los esfuerzos en los medios precisos y claros y no en los fines. Se centran muchas veces de modo unilateral en los medios económicos, tecnológicos, regulatorios o burocráticos, generando desorientación y tendencia a la deshumanización.

Esta visión es completada por de la Torre (2020) con la dimensión antropológica de la vulnerabilidad, identificando cuatro categorías clave:

- La corporalidad. El comienzo se da en el cuerpo que nos expone a la fragilidad y crea una apertura hacia la relación con el otro, tal como aparece en el pensamiento de Lévinas (1974).
- Las emociones, frente a la racionalidad abstracta que aparta de la vulnerabilidad, reclaman su espacio de reconocimiento y cuidado, siendo esenciales para la compasión o la solidaridad.
- Los vínculos son importantes para evitar el aislamiento y permiten reducir la fragilidad personal y social.
- El cuidado que surge en la hospitalidad y la acogida transforma la vulnerabilidad en una posibilidad de apertura al otro.

En este contexto, la vulnerabilidad se presenta como una ética positiva y no como una limitación. La reflexión de la bioética se abre así a la responsabilidad, el cuidado y la interdependencia en contraposición a la tradición norteamericana en la que la autonomía se postula como fundamento central. Por lo tanto, el principio de vulnerabilidad posibilita una amplia mirada de la bioética que enlaza con lo social, el bien común y la justicia, permitiendo así la comprensión del ser humano como ser relacional y frágil. Se trata de proteger la dignidad y el cuidado frente a la creciente complejidad e incertidumbre y abrir un horizonte de reflexión basado en el diálogo y la corresponsabilidad.

Para la gestión sanitaria, el principio de vulnerabilidad subyace en la planificación estratégica y en la toma de decisiones. Es necesario colocar en el centro a aquellas



Por lo tanto, se puede afirmar que, para la gestión sanitaria, el principio de vulnerabilidad orienta al sistema hacia la protección activa de los más vulnerables, estando vinculado a políticas de equidad, el cuidado, la accesibilidad, la diversidad y la cultura profesional y del sistema

personas, comunidades o pacientes que tienen mayor vulnerabilidad, necesidad o riesgo. A nivel de políticas públicas de salud, la vulnerabilidad puede influir en la priorización de intervenciones que ayuden a reducir desigualdades y fortalecer los determinantes sociales en grupos más vulnerables.

En este sentido, de la Torre (2020) defiende que en cierto modo todas las personas somos dependientes. Esto genera una vulnerabilidad fruto de la dependencia subyacente. Esta cuestión no es excepción, sino que forma parte de la propia condición humana. Esta perspectiva posee unas profundas implicaciones en referencia a los sistemas sanitarios, ya que se debería incluir la universalidad del concepto vulnerabilidad, partiendo de la premisa de que cualquier persona puede tener experiencias de extrema fragilidad como la enfermedad o la pérdida de autonomía. Siendo una cuestión que también se

relaciona con la justicia sanitaria que tiene en cuenta cómo se trata a las personas con mayor vulnerabilidad. Por lo tanto, se puede afirmar que, para la gestión sanitaria, el principio de vulnerabilidad orienta al sistema hacia la protección activa de los más vulnerables, estando vinculado a políticas de equidad, el cuidado, la accesibilidad, la diversidad y la cultura profesional y del sistema.

2.2. La teoría ontológica de los *stakeholders*

En la gestión de empresas e instituciones, la teoría de *stakeholders* (grupos de interés) goza de gran aceptación. Freeman (1984) resalta la importancia de abordar en la gestión estratégica los intereses de los diferentes *stakeholders* de la organización. Esta cuestión es fundamental para lograr el éxito de la organización a largo plazo ya que las organizaciones deben generar valor para todos sus *stakeholders* (pacientes, proveedores, empleados, etc.). Esta teoría supuso una forma nueva de concebir la empresa, pasando de un modelo unidimensional de responsabilidad fiduciaria de los accionistas a uno multidimensional de responsabilidad hacia los diversos *stakeholders* con intereses legítimos. La gestión sanitaria precisa involucrar a multitud de *stakeholders* para comprender sus necesidades y la generación de valor que repercute, directamente, en la atención del paciente, la calidad asistencial o el bienestar de la comunidad en su conjunto.

La aportación de Freeman es ampliada por Harrison et al. (2010), quienes demuestran que la organización que se centra en los *stakeholders* en lugar de únicamente en los accionistas obtiene mejores resultados y, por tanto, sostenibilidad a largo plazo. Para la gestión sanitaria esta perspectiva resulta interesante al equilibrar el rendimiento financiero con los objetivos de impacto en la sociedad, un enfoque que otorga mayor peso en entidades de la economía social y la sanidad de carácter público (Ponce-Lozano et al., 2024). En definitiva, prestar atención a los *stakeholders* en el ámbito sanitario mejora la eficiencia de la gestión y, por ende, la satisfacción del paciente y la calidad asistencial, reforzando una prestación sanitaria más sostenible a la sociedad.



La teoría de los *stakeholders* parte de diferentes marcos teóricos. La teoría ontológica de los *stakeholders* aporta una visión de la organización que dista de la visión tradicional. No la comprende con un enfoque desde la propiedad, sino la concibe como una comunidad de personas o intereses que comparten recursos para generar valor

Es una visión rupturista del clásico planteamiento de que el accionista es quién asume el riesgo y es el único con derecho pleno en los resultados. Como resultado, se defiende que todos los *stakeholders* contribuyen y asumen riesgos, por lo que legítimamente tienen derecho a participar de los beneficios

conjunto (Retolaza et al., 2010; Retolaza & San-Jose, 2017). La organización se presenta como una red de *stakeholders* con capacidades y recursos compartidos, generando un valor que se distribuye entre todos los participantes (Retolaza & San-Jose, 2017).

La propuesta desafía la visión clásica del accionista (*shareholder*), ya que el capital financiero es un recurso más para tener en cuenta entre otros muchos (intangibles, relaciones, conocimiento, etc.). En su lugar, defiende que todos los *stakeholders* contribuyen significativamente y son parte esencial de la empresa. Siguiendo con el planteamiento, el riesgo de la actividad no solo recae en la organización, sino que también recae a los diferentes *stakeholders*, no siendo exclusivo de los inversores del capital (Retolaza & San-Jose, 2017). Ante este posicionamiento teórico, no existe una sólida

justificación para mantener la capacidad de decisión y el beneficio exclusivamente en los accionistas (Valentinov & Chia, 2022). No obstante, existe la necesidad de superar la distancia existente entre la teoría y la praxis (Valentinov & Chia, 2022), por lo que se precisa de un desarrollo que refuerce el carácter ontológico.

Esta teoría se denomina ontológica porque plantea un giro innovador que proviene de preguntarse qué es esencialmente una organización. La respuesta que emerge en este planteamiento sugiere que, en su ontología, la organización se concibe como una realidad que está compuesta por las contribuciones de los diferentes *stakeholders*. En otras palabras, la organización es el resultado de las diferentes contribuciones de diversos *stakeholders*, los cuales asumen riesgos residuales. Es una visión rupturista del clásico planteamiento de que el accionista es quién asume el riesgo y es el único con derecho pleno en los resultados. Como resultado, se defiende que todos los *stakeholders* contribuyen y asumen riesgos, por lo que legítimamente tienen derecho a participar de los beneficios (Retolaza & San-Jose, 2012, 2017).

Los *stakeholders* no son meros instrumentos para la rentabilidad económica de los accionistas, sino que se erigen como sujetos intrínsecos a la organización (Retolaza & San-Jose, 2012). Se puede afirmar que es un giro hacia modelos de gobernanza participativa (Freeman et al., 2020), que son interesantes para la gestión sanitaria. Desde un punto de vista práctico, supone que la teoría ontológica integra sólidos componentes éticos y tiene en cuenta la responsabilidad de la empresa a su entorno (Retolaza & San-Jose, 2017).

Desde la gestión sanitaria, se identifican diferentes casos de *stakeholders* que son destacables desde esta perspectiva. En este sentido, se pueden mencionar a los pacientes y sus familias, ya que confían en el sistema sanitario y pueden aportar información sobre



el sistema sanitario muy valiosa. Los profesionales sanitarios también son destacables, ya que aportan conocimiento, experiencia y necesitan condiciones de trabajo justas. Siguiendo este planteamiento, los gestores aportan su capacidad de coordinación, gestión y toma de decisiones. Los financiadores públicos o privados aportan los recursos económicos e infraestructuras. Los proveedores clave aportan tecnología, innovaciones o medicamentos. La comunidad local aporta una contextualización y confianza en las instituciones sanitarias. Por último, en este planteamiento ontológico incluso se puede tener en cuenta a las futuras generaciones, ya que les afecta la sostenibilidad del sistema sanitario o su orientación hacia el bien común.

La teoría ontológica de los *stakeholder* ofrece en el ámbito sanitario una premisa común: los indicadores financieros no son suficientes para medir el éxito de una organización —tampoco los datos clínicos o resultados de salud aislados—, sino la creación y transferencia de valor para el conjunto de *stakeholders*

Estos *stakeholders*, desde la perspectiva ontológica, son parte de la organización del sistema u organización sanitaria y, por tanto, a la hora de tomar decisiones en la gestión sanitaria sus consideraciones deberían tenerse en cuenta estructuralmente (Retolaza & San-Jose, 2011). Se supera así la participación consultiva de los *stakeholders* e implica la creación de mecanismo para la gobernanza participativa que supere el paradigma contractual clásico basado en el valor económico-financiero (Freeman et al., 2020).

La teoría ontológica de los *stakeholders* ofrece en el ámbito sanitario una premisa común: los indicadores financieros no son suficientes para medir el éxito de una organización —tampoco los datos clínicos o resultados de salud aislados—, sino la creación y transferencia de valor para el conjunto de *stakeholders*. En síntesis, esta teoría aporta a la gestión sanitaria una visión basada en la equidad, la pluralidad y la participación

activa. Esto lleva repensar las organizaciones sanitarias (con independencia de su naturaleza) en relación con la gobernanza y la sostenibilidad orientada al bien común (Freeman et al., 2020; Retolaza & San-Jose, 2017).

2.3. Gestión, ética, sostenibilidad y desafíos de los sistemas sanitarios

La revisión conceptual de la vulnerabilidad y de los *stakeholders* permite situarlos en el escenario concreto en el cual interactúan. En otras palabras, se trata de extraer los conceptos del corpus teórico para realizar una aproximación a la praxis de la gestión sanitaria, al sistema sanitario en España en materia de sostenibilidad con una perspectiva ética.

En las sociedades occidentales, la salud es fundamental para los ciudadanos. Esta preocupación se ve reflejada en los recursos destinados por el estado de bienestar tanto para el sistema sanitario como para el sociosanitario, lo que mejora el bienestar social y la calidad de vida de las personas (McKee & Healy, 2002; Navarro, 2004).

Merece la pena esbozar que España cuenta con un sistema sanitario, inspirado en el de Reino Unido (Sabando, 2020), que se puede catalogar de tipo Beveridge, es decir,



estructurado en torno a servicios públicos de salud. Cuenta con una financiación pública mediante impuestos y la asistencia sanitaria es realizada por el Estado. Su estructura es descentralizada. Son las comunidades autónomas las que tienen delegadas las competencias (excepto Ceuta y Melilla). Por ello, el Sistema Nacional de Salud (SNS) está integrado por los diferentes servicios de salud autonómicos (Sabando & Rey del Castillo, 2020).

Cabe destacar los dos principios rectores que vertebran el SNS: la equidad y la solidaridad (Sabando, 2020), que se materializan en un modelo de cobertura sanitaria

gratuita y universal. En términos históricos, se puede afirmar que este sistema es uno de los logros más destacados de la historia reciente de España. A pesar del éxito, en términos sociales, cuenta con algunas debilidades propias de su naturaleza (Rodríguez Fernández, 2012) como listas de espera elevadas y menor índice de satisfacción en comparación con otros modelos de sistema sanitario.

El sistema sanitario está sometido a multitud de desafíos complejos y tensiones que amenazan su sostenibilidad a largo plazo. En síntesis, entre estas cuestiones se puede incluir la población cada vez más envejecida que reclama más servicios sanitarios (Moreno Sánchez, 2019; Riesgo, 2007), lo que hace necesario repensar el papel del sistema sociosanitario y su inclusión en el SNS (Asúnsolo del Barco, 2023). Sin dejar

de lado la cuestión de la cohesión del SNS en un entorno de descentralización con cuestiones a debate como la equidad, la gobernanza o la coordinación (Sabando & Rey del Castillo, 2020), es cada vez más común que surjan tensiones en la gestión justa de recursos limitados (Buitrago Peña & Gómez Toro, 2021; Comité de Bioética de España, 2016; de la Torre, 2017, 2020, 2023; de la Torre & Alarcos, 2022; Lamata, 2020; Lecaros Urzúa, 2016; Rendtorff, 2015; Sandel, 2011). También hay que tener en cuenta las diferentes barreras de acceso por motivos sociales, geográficos o económicos a la asistencia sanitaria (Asúnsolo del Barco, 2023). En línea con el planteamiento de este trabajo, es fundamental incluir a los *stakeholders* (Freeman, 1984) en la toma de decisiones. No pueden pasar tampoco inadvertidos los retos que surgen de la integración de tecnologías disruptivas (Feito, 2019). Estos desafíos se presentan en un escenario de cambio climático (OMS, 2022) y una mayor conciencia de la influencia de los determinantes sociales de la salud (Gil, 2015).

Siguiendo con la línea social, esta cuestión resulta fundamental para comprender el estado del sistema sanitario actualmente. En este sentido, cabe repensar el concepto salud como un bien común ya que aborda una profunda reflexión en lo que a la salud se refiere, manteniendo la tesis de que no debe ser vista desde una perspectiva individual, sino como un recurso compartido por la sociedad. Al ser de interés desde el punto de vista colectivo, debe ser cuidada, promocionada y protegida para el beneficio de la sociedad en su conjunto (Asúnsolo del Barco, 2023).

La salud como bien común es un concepto que se fundamenta en el acceso equitativo a los servicios de salud, por lo que todas las personas deben tener acceso a la

Cabe repensar el concepto salud como un bien común ya que aborda una profunda reflexión en lo que a la salud se refiere, manteniendo la tesis de que no debe ser vista desde una perspectiva individual, sino como un recurso compartido por la sociedad



prestación sanitaria de calidad con independencia del lugar donde residan o el estatus socioeconómico, reconociendo así los determinantes sociales de la salud como fundamentales, ya que la salud no depende en exclusiva de la atención sanitaria, sino que se deben considerar otros factores sociales como la educación, el empleo, la vivienda o el entorno socioeconómico. Es decir, la promoción de la salud no es competencia y responsabilidad única del sistema sanitario, sino también de otras áreas gubernamentales, las empresas y la sociedad en su conjunto. Se puede afirmar que es una responsabilidad compartida. En conclusión, una gestión sanitaria como bien común requiere una mayor coordinación entre el sistemas sanitario y sociosanitario y las políticas públicas para mejorar el bienestar y reducir la desigualdad (Asúnsolo del Barco, 2023).

En conclusión, una gestión sanitaria como bien común requiere una mayor coordinación entre el sistemas sanitario y sociosanitario y las políticas públicas para mejorar el bienestar y reducir la desigualdad

En la actualidad, la gestión sanitaria se enfrenta a exigencias clínicas, éticas y de sostenibilidad. Los desafíos enumerados muestran la necesidad de plantear nuevos enfoques integradores ya que ni la deliberación de la bioética por sí sola, ni la perspectiva clásica de gestión bastan para resolver los desafíos satisfactoriamente. Por lo tanto, existe la necesidad de un marco que permita equilibrar e incluir las cuestiones de la bioética en las realidades operativas, teniendo en cuenta los diferentes propósitos de los *stakeholders* en los procesos de gobernanza y toma de decisiones. En las siguientes secciones

de este trabajo se propone un marco integrador del principio de vulnerabilidad y la teoría ontológica de los *stakeholders* con capacidad de esbozar ideas y soluciones innovadoras ante los retos de sostenibilidad a los que se enfrenta la gestión sanitaria.

2.4. Vulnerabilidad y teoría ontológica de *stakeholders*: un marco integrador orientado a la sostenibilidad y el bien común

Los fundamentos teóricos expuestos anteriormente son capaces de ofrecer una reflexión que permita una propuesta conceptual integradora para su aplicación en la gestión sanitaria que permita mejorar la gobernanza y orientarla al bien común. El objetivo es trazar una propuesta de principios rectores del marco teórico integrador que oriente la praxis en la toma de decisiones en la gestión sanitaria orientada hacia la sostenibilidad y el bien común.

El primer principio alude a una prioridad para los *stakeholders* más vulnerables. Se entiende que se debe prestar especial atención en el análisis para la toma de decisiones a aquellos grupos o personas que se encuentren en mayor condición de fragilidad y vulnerabilidad. En la práctica, este principio implica que al identificar y mapear los *stakeholders* en la organización sanitaria se destaquen dentro de cada uno de ellos aquellos que sean susceptibles de mayor vulnerabilidad.

Sirva como ejemplo el *stakeholder* pacientes. Una vez identificado, se pueden considerar bajo el criterio de vulnerabilidad aquellos con discapacidad, enfermedades complejas, personas en situación de dependencia o en riesgo de exclusión social.



Desde esta perspectiva, los *stakeholders* propensos o en situación de vulnerabilidad no solo tienen derecho a ser escuchados, sino que además su atención debe ser reforzada. Es un principio sostenido en la discriminación positiva (Rawls, 2012).

El reconocimiento ontológico a todas las contribuciones de valor es el segundo principio propuesto. Alude a la esencia de la teoría ontológica de *stakeholders* (Retolaza & San-Jose, 2012, 2017), por la cual todo aquel que contribuye a la organización y al valor que esta genera debe ser reconocido como parte íntegra de la misma. Por lo tanto, deben tener derecho a ser tenidos en cuenta y participar en su gobierno. Este planteamiento conlleva un cambio de paradigma en la gestión de las organizaciones sanitarias.

Este paradigma propone un marco integrador en el que los *stakeholders* son considerados creadores de valor y fundamentales para la sostenibilidad del sistema sanitario en su conjunto. En este sentido la ciudadanía es indispensable para el éxito de las políticas públicas en materia sanitaria, ya que las demandas no solo son tenidas en cuenta por mandato democrático u opinión pública, sino que ontológicamente son la expresión del propio sistema sanitario y, por ende, deben ser consideradas. Por este motivo es necesario el establecimiento de los mecanismos necesarios para el diálogo con los *stakeholders*.

La gestión sanitaria debe considerar la búsqueda del bien común para favorecer el bienestar de las personas en su conjunto, con una consideración especial hacia los más vulnerables

El bien común y la creación de valor compartido es el tercer principio propuesto. La gestión sanitaria debe considerar la búsqueda del bien común para favorecer el bienestar de las personas en su conjunto, con una consideración especial hacia los más vulnerables. En referencia a los *stakeholders* (Retolaza & San-Jose, 2017), aludir al bien común es reconocer que existe un interés general por encima de los intereses individuales. En

definitiva, al tomar decisiones en el ámbito de la gestión sanitaria se debería prestar atención si las consecuencias de estas contribuyen al bien común. Se puede afirmar que se defiende un postulado que evoluciona el concepto empresarial de creación de valor compartido (Porter & Krame, 2011). Orientar la gestión sanitaria hacia el bien común requiere una innovación social que busque soluciones fuera de la lógica tradicional.

Por último, el cuarto principio hace referencia a la gobernanza participativa, responsable y transparente, ya que para implementar un marco integrador de inclusión de los principios propuestos es necesario contar con estructuras de gobernanza participativas. La inclusión real de los *stakeholders* exige mecanismos de deliberación y decisión que superen la consulta superficial. La transparencia es vital para las relaciones y la confianza entre *stakeholders*, al construirse sobre la base de información, criterios y resultados accesibles, visibles y transparentes, lo que fomenta una participación informada. La responsabilidad de los *stakeholders* es primordial, rindiendo cuentas de las acciones ante el resto de *stakeholders*. En la gestión sanitaria propuesta, la organización tiene la responsabilidad de publicar sus indicadores de creación de valor, calidad y equidad asistencial explicando los motivos de las decisiones más complejas y crear los canales oportunos para que los *stakeholders* retroalimenten o supervisen la gestión.



De este marco se beneficia la ética de la vulnerabilidad, ya que con datos veraces se pueden detectar situaciones de vulnerabilidad en la atención sanitaria que permitan una mejor actuación en las necesidades de las personas afectadas. En este sentido, la teoría de *stakeholders* (Freeman, 1984) hace alusión a la responsabilidad mutua. Si todos son parte del sistema de salud, todos tienen responsabilidad y asumen riesgos.

Los pilares propuestos no son rígidos, están abiertos al proceso deliberativo y se necesita continuar trabajando en el desarrollo del modelo integrador entre el principio de vulnerabilidad y la teoría ontológica de los *stakeholders*. No obstante, la propuesta genera una suerte de proceso para la gestión sanitaria que tiene un funcionamiento circular. Primero se identifican los *stakeholders* y se detectan dentro de cada uno los

más frágiles o vulnerables. Después se orientan las estrategias para la generación de valor a todos y finalmente se establecen estructuras que permitan a los *stakeholders* participar y controlar los procesos de toma de decisiones.

La propuesta se presenta como una alternativa al paradigma tradicional de gestión de las organizaciones sanitarias de corte economicista. En cierto sentido, el modelo propuesto se acerca a corrientes como la Triple Meta

La propuesta se presenta como una alternativa al paradigma tradicional de gestión de las organizaciones sanitarias de corte economicista. En cierto sentido, el modelo propuesto se acerca a corrientes como la Triple Meta (Berwick et al., 2008) que busca de forma simultánea la calidad asistencial mediante la mejora de la experiencia del paciente, la mejora de la salud de la población en su conjunto y la reducción de costes sanitarios. Proponiendo complementar la Triple Meta con un planteamiento basado en las relaciones que alude a la ética relacional integrando

el principio de la vulnerabilidad (Rendtorff, 2002, 2015) y la teoría ontológica de los *stakeholders* (Retolaza & San-Jose, 2012, 2017; Retolaza et al., 2014).

A modo de síntesis, se puede concretar la propuesta de un modelo de gestión sanitaria que integre el principio de vulnerabilidad y la teoría ontológica de los *stakeholders* con las siguientes cuestiones clave:

- Una identificación y un mapa dinámico de los *stakeholders* orientado a la generación de valor (Ponce-Lozano et al., 2024) que presente un análisis de las vulnerabilidades subyacentes en cada uno.
- Fortalecimiento o creación de los órganos necesarios para la participación con capacidad de influencia de los *stakeholders* con especial inclusión de los colectivos más vulnerables.
- Avanzar en políticas internas/externas de equidad, ya que su implantación ayuda a mejorar la protección de los colectivos vulnerables.
- Consolidar la medición de las transferencias de valor que genera la organización mediante indicadores que integren cuestiones económicas, sociales y medioambientales mediante metodologías que lo integren en un lenguaje común.
- Importancia a la rendición de cuentas y la transparencia en la gestión de la organización, ya que ayuda a la toma de decisiones informada y mejorar la confianza y la legitimidad entre los *stakeholders*.



- Integración estratégica en la gestión de la mejora continua con un enfoque ético que permita que los impactos y las reflexiones éticas se integren en la gestión sanitaria.

El modelo integrador es un marco teórico-flexible con orientaciones universales con capacidad de adaptarse en su aplicación a la realidad de cada organización sanitaria ya que hay que tener en cuenta factores como sus valores, recursos o contexto social. Por tanto, no es un marco cerrado, sino un conjunto de directrices para repensar el modelo de gestión. A continuación, se aportan algunas pinceladas de su aplicación en el contexto sanitario español.

2.5. Hacia una gobernanza sostenible en la gestión sanitaria

La orientación práctica del modelo integrador vulnerabilidad-*stakeholders*, debe considerar su aplicabilidad en el contexto español. En España existen dos contextos de prestación de la asistencia sanitaria: el SNS y la sanidad privada. La diferencia sustancial, con excepción de la economía social, es que el SNS está guiado por los principios de servicio público y las organizaciones sanitarias privadas se rigen por lógicas de mercado. No obstante, en ambos subyace la misma necesidad de mejorar la gobernanza con el fin de hacerla más inclusiva, ética y sostenible.

Los valores que vertebran el sistema público —equidad, universalidad o solidaridad— están en línea con la protección de los vulnerables y la participación social

Debido a su naturaleza pública, el SNS es un ámbito propicio para la inclusión del marco propuesto. Los valores que vertebran el sistema público —equidad, universalidad o solidaridad— están en línea con la protección de los vulnerables y la participación social. A continuación, se proponen posibles cuestiones o líneas de aplicación:

- Políticas públicas con perspectiva de vulnerabilidad que sean fomentadas desde el Ministerio de Sanidad y las diferentes consejerías de salud con el fin de institucionalizar una perspectiva de la vulnerabilidad en la formulación de políticas públicas, junto con un análisis de vulnerabilidad e impacto social que podría incorporarse a los nuevos programas.
- Mayor participación de la ciudadanía para la que es necesario la búsqueda de órganos de representación con competencias claras con una presencia activa de los *stakeholders* y los colectivos vulnerables. Es importante tener clara la concepción relacional de la teoría ontológica de los *stakeholders*. Todos son deben ser escuchados, son responsables y asumen riesgos.
- La gobernanza multinivel y colaborativa se presenta como necesaria. Debido al reto de cohesión del sistema sanitario como consecuencia de la descentralización, se sugiere la necesidad de fortalecer las relaciones horizontales y verticales entre *stakeholders* institucionales. Sirva como ejemplo dotar de mayor relevancia al Consejo Interterritorial de Salud con capacidad vinculante y representativa, ayudando así al enriquecimiento de la diversidad de puntos de vista.



- La humanización está siendo referente para muchos centros sanitarios en los últimos años. La visión de este corpus teórico se enlaza plenamente con este posicionamiento. Al igual que con la ética asistencial, se precisa de comités de ética asistencial robustos y de formación en bioética de los profesionales y gestores sanitarios a todos los niveles. Con el fin de que cualquier paciente en situación de fragilidad y vulnerabilidad pueda sentir que es el centro del sistema sanitario.
- Indicadores que midan el impacto social en un lenguaje común. Esta propuesta insta a los gestores sanitarios a incorporar metodologías que permitan medir el valor social que generan en el entorno y en la sociedad en su conjunto. Sería aconsejable buscar metodologías que contabilicen monetariamente el valor social (Retolaza & San-Jose, 2018; San-Jose & Retolaza, 2016) que las entidades generan. El lenguaje monetario se presenta como complemento para los resultados económico-financiero.

En definitiva, la propuesta de implantación del marco integrador supone una inclusión de la vulnerabilidad y los *stakeholders* dentro de los procesos que tiene el SNS para planificar, ejecutar y evaluar la atención sanitaria pública. Para ello se requiere tanto un cambio en la cultura de las organizaciones y gestores sanitarios como una clara voluntad política. Un sistema sanitario con capacidad de escucha activa puede generar mayor confianza a la ciudadanía.

El sector privado, por su propia naturaleza, actúa con motivaciones y lógicas distintas a las del sistema público. No obstante, la propuesta de marco integrador pretende adaptarse a cualquier tipo de organización con independencia de su naturaleza, sirviendo a estas organizaciones como guía hacia una responsabilidad ampliada con sus *stakeholders* y al sistema sanitario en su conjunto. Algunas de las posibles aplicaciones se describen a continuación:

- La responsabilidad social corporativa (RSC) y la ética empresarial se presentan como unas herramientas para poner el foco en los colectivos vulnerables. Bajo el prisma del marco propuesto, las acciones deben estar integradas en la estrategia de la organización. La clave es la innovación de negocio que permita encontrar modelos económicos basados en la sostenibilidad y la creación de valor social.
- Inclusión de los *stakeholders* en el gobierno corporativo siguiendo con la teoría ontológica de *stakeholders*, que aboga por la inclusión de los *stakeholders* en los consejos y no solo a los accionistas y sus representantes. Es un gobierno multi-*stakeholders* que ya se viene practicando en ciertas modalidades de cooperativas sanitarias (Zarco, 2018, 2019, 2023).
- La medición del impacto social similar a la propuesta para el SNS. Se precisan herramientas que permitan, en un lenguaje universal, medir el valor social que generan las organizaciones a sus *stakeholders* con independencia de su naturaleza. Las empresas pueden abrazar estos estándares para la medición del impacto social y la sostenibilidad. Un reporte con transparencia mejora la confianza de los *stakeholders* en la organización y ayuda a percibir el compromiso de la empresa con la salud más allá de las mecánicas de la economía de mercado.

La humanización está siendo referente para muchos centros sanitarios en los últimos años. La visión de este corpus teórico se enlaza plenamente con este posicionamiento



- La colaboración público-privada en busca de la sostenibilidad del SNS basada en la sostenibilidad y la ética es un marco idóneo para el marco integrador propuesto. Desde una perspectiva general hasta problemas específicos, las alianzas multi-*stakeholders* se presentan como una línea interesante para su exploración.
- Fomentar una cultura corporativa que tenga en cuenta a las personas, su vulnerabilidad y su fragilidad. Fomentar la formación en este sentido y fomentar una cultura que ponga de manifiesto que el fin último de la actividad empresarial es cuidar a las personas, especialmente las que están en situación de vulnerabilidad.

La aplicación de estos postulados, en ocasiones pueden poner en tensión los principios de mercado de las organizaciones privadas. No obstante, a largo plazo, apostar por la generación de valor se traduce en beneficios económicos y ventaja competitiva (Porter, 1987; Porter & Krame, 2011; Porter & Kramer, 2019).

La propuesta para integrar en la gestión sanitaria del principio de vulnerabilidad y la teoría ontológica de *stakeholders* ofrece una orientación para las organizaciones sanitarias

En definitiva, en las organizaciones sanitarias, más allá de su naturaleza, la incorporación del marco integrador vulnerabilidad-*stakeholders* se traduce en prácticas de fomentan una gobernanza más solidaria e inclusiva, fomentado la cohesión del sistema sanitario en su conjunto y abriendo un camino hacia el desarrollo sostenible de la salud con instituciones más justas e inclusivas.

3. Discusión crítica

La propuesta para integrar en la gestión sanitaria del principio de vulnerabilidad y la teoría ontológica de *stakeholders* ofrece una orientación para las organizaciones sanitarias. No obstante, es preciso someter a un análisis crítico la propuesta, considerar desde el principio las limitaciones y dificultades para su implantación.

- Existe una complejidad y un riesgo de que la responsabilidad quede diluida. La participación activa de múltiples *stakeholders* puede aumentar la complejidad inherente en la toma de decisiones. La gestión de conflictos y desafíos operativos abre una línea de reflexión sobre la aplicabilidad de este marco.
- La identificación y la representación de los vulnerables supone un punto crítico ya que debe adecuarse al contexto y garantizar que la representación sea acorde a la realidad y efectiva. Hay que tener en cuenta que la vulnerabilidad no es una categoría estática y que puede ser permanente o temporal. Si se simplifica demasiado existe un riesgo de etiquetado y comprensión de la vulnerabilidad desde una visión paternalista. Debe existir una vigilancia constante para evitar cuestiones de estas características.
- La medición de la evidencia y los resultados supone un desafío para la aceptación y el uso de por todas las organizaciones de una metodología concreta. Por ello, existe una necesidad de continuar con la investigación aplicada mediante proyectos piloto, mediante una evaluación rigurosa y con evidencia científica.



- Las posibles reticencias institucionales y culturales, ya que implantar esta propuesta conlleva cambios profundos en la cultura de la organización e, incluso, supone nuevos equilibrios de poder en las organizaciones. Habrá cierta resistencia al cambio. La gestión del cambio se postula determinante.
- El dilema ético clásico vuelve a emerger: la equidad o la eficiencia. Priorizar unas cuestiones puede reducir la eficiencia, pero también aumentar la justicia y la legitimidad de la organización sanitaria. La propuesta se inclina más a la equidad, pero no ignora la sostenibilidad económica y social. Lo fundamental es que las decisiones se tomen con confianza institucional, deliberación y transparencia.
- La propuesta necesita de apoyos normativos y legales que consoliden la participación y protección de los colectivos vulnerables. Siendo necesario el fortalecimiento de órganos de participación de *stakeholders*. En la formación de personal sanitario sería conveniente incluir más contenidos éticos, sostenibilidad y gestión responsable.

Por lo tanto, la implantación del marco no está exenta de obstáculos, aunque ninguno de estos obstáculos parece que sea insalvable si se afronta con la convicción firme para avanzar en la sostenibilidad del sistema sanitario

Por lo tanto, la implantación del marco no está exenta de obstáculos, aunque ninguno de estos obstáculos parece que sea insalvable si se afronta con la convicción firme para avanzar en la sostenibilidad del sistema sanitario. El proceso debe ser reflexivo y gradual, que permita una implantación paso a paso con diálogo y consenso. Esto permitirá que se corrijan posibles errores que surjan de su aplicación práctica. La bioética europea no es entendida como una perfección, sino como un compromiso constante con sus valores. Del mismo modo la teoría de *stakeholders* está ampliamente aceptada en mundo empresarial. De hecho, se encuentra en constante construcción con diferentes visiones y comprensiones. Por lo que se puede

afirmar que el marco integrador propuesto es una directriz para orientar al sistema sanitario en una dirección más sostenible, humana y solidaria.

4. Conclusiones

En presente trabajo explora la integración del principio de vulnerabilidad de la bioética europea y la teoría ontológica de los *stakeholders* con el fin de realizar una propuesta para la gestión sanitaria orientada a la sostenibilidad y el bien común.

1. Replantear la gestión sanitaria desde el principio de vulnerabilidad y la teoría de los *stakeholders* conlleva concebirla como una práctica que necesita de la ética y la relación y no concebirla únicamente como una administración de recursos. El objetivo último es promover y proteger la salud de las personas teniendo en cuenta a aquellas que tienen mayor necesidad. Al contar con la vulnerabilidad como principio, se tiende a evaluar el éxito del sistema sanitario por su solidaridad y el cuidado de los más frágiles. La teoría ontológica de los *stakeholders* comprende que la institución sanitaria es una red de relaciones con intereses compartidos y una comunidad moral. Al proponer una gestión sanitaria orientada al bien común se pretende superar



visiones reduccionistas en términos asistenciales, económicos o institucionales, ofreciendo una perspectiva más holística y humana. Se pretende que este marco pueda servir de base o abrir el debate en nuevas teorías y planteamientos para la gestión sanitaria responsable que integren la bioética en las teorías de gestión.

2. Mediante el desarrollo teórico, se identifican, integran y proponen principios concretos —identificación de los *stakeholders* vulnerables, reconocimiento ontológico, creación de valor, gobernanza participativa— que ayudan en la toma de decisiones. Los principios se pueden adaptar tanto a organizaciones públicas del SNS como a privadas, apuntando a que es viable trasladar estos principios a acciones concretas.
3. A lo largo del trabajo se argumenta que la integración del principio de vulnerabilidad y la teoría ontológica de *stakeholders* está alineada con la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

La teoría ontológica de los *stakeholders* comprende que la institución sanitaria es una red de relaciones con intereses compartidos y una comunidad moral

La priorización y atención de los colectivos más vulnerables es probable que repercuta en la reducción de costes. Un sistema que tiene en cuenta a los *stakeholders* y los hace partícipes de las decisiones, aporta cohesión y legitimidad. Las organizaciones que son socialmente responsables están mejor armadas para los desafíos del futuro. La ética y la sostenibilidad se refuerzan mutuamente en el ámbito sanitario, haciendo necesario invertir en la equidad, la solidaridad y la participación para fortalecer el SNS.

4. Entre las limitaciones cabe destacar que la implantación del marco propuesto no puede ser inmediata y cuenta con limitaciones. Por lo que enfatizar en que la implantación real requiere ciertas condiciones previas como la formación de los *stakeholders*, adaptación a los diferentes servicios de salud o el cambio cultural en las organizaciones. Por ello, el éxito depende de un enfoque gradual, flexible y con evaluación. Por último, hay que destacar que ante la falta de evidencia cualitativa y cuantitativa de aplicabilidad el marco propuesto, se deberá aprender y ajustar el marco en base a la experiencia empírica.
5. Entre las futuras líneas de investigación de este trabajo se pueden valorar estudios empíricos en contextos donde se haya implementado mediciones de valor social o intervenciones participativas con *stakeholders*, desarrollo de modelos y herramientas que permitan avanzar en el marco integrador vulnerabilidad-*stakeholders*, explorar la normativa con el fin de encontrar cambios legislativos que serán propicios para fomentar la sostenibilidad e implementación de los principios descritos, realización de investigaciones cualitativas mediante estudio de caso en organizaciones de salud y por último profundizar en la base filosófica subyacente en el marco teórico para avanzar en desarrollo de la misma.



Agradecimientos

A Javier de la Torre por sus aportaciones y orientaciones que han contribuido valiosamente en el desarrollo de este artículo.

Referencias

- Asúnsolo del Barco, Á. (2023). La transición necesaria en la gestión de la salud: de la gestión de personas a la gestión de poblaciones. En A. Blanco, S. Sebastián Mora y J. A. José Antonio López-Ruiz (eds.), *Informe España 2023* (pp. 396-440). Universidad Pontificia Comillas, Cátedra José María Martín Patino de la Cultura del Encuentro.
- Bauman, Z. (2002). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.
- Beauchamp, T. L. y Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8.ª ed.). Oxford University Press.
- Beck, U. (2000). *Un nuevo mundo feliz. La precariedad del trabajo en la era de la globalización*. Paidós.
- Beck, U. (2006). *La sociedad en riesgo: hacia una nueva modernidad*. Paidós.
- Berwick, D. M., Nolan, T. W. y Whittington, J. (2008). The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Affairs*, 27(3), 759-769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
- Buitrago Peña, M. del P. y Gómez Toro, S. (2021). Ética para la sostenibilidad. *Revista Universidad de La Salle*, 1(87), 15-38. <https://doi.org/10.19052/ruls.vol1.iss87.2>
- Comité de Bioética de España. (2016). Declaración sobre ética y responsabilidad en la sostenibilidad del sistema nacional de salud. http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/declaracion_sostenibilidad_sistema_nacional_salud.pdf
- Feito, L. (2019). Nuevas tecnologías aplicadas a la salud. Aspectos éticos. En J. de la Torre Díaz (ed.), *Nuevas tecnologías y su impacto en la sanidad del Siglo XXI* (pp. 17-34). Universidad Pontificia Comillas-Cátedra de Bioética.
- Freeman, R. E. (1984). *Strategic Management: A Stakeholder Approach*. Pitman.
- Freeman, R. E., Retolaza, J. L. y San José, L. (2020). Stakeholder Accounting: hacia un modelo ampliado de contabilidad. *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, (100), 89-114. <https://doi.org/10.7203/CIRIEC-E.100.18962>
- Gil, P. (2015). *Medicina preventiva y salud pública* (12.ª ed.). Masson.
- Harrison, J. S., Bosse, D. A. y Phillips, R. A. (2010). Managing for stakeholders, stakeholder utility functions, and competitive advantage. *Strategic Management Journal*, 31(1), 58-74. <https://doi.org/10.1002/smj.801>
- Lamata, F. (2020). Financiación sanitaria: suficiencia, distribución justa y eficiencia en el gasto. En *El Sistema Nacional de Salud: Pasado, presente y desafíos de futuro*. Ediciones Díaz de Santos.
- Lecaros Urzúa, J. A. (2016). La ética de la responsabilidad en la bioética global. En J. J. Ferrer, J. A. Lecaros Urzúa y R. Molins Mota (eds.), *Bioética: el pluralismo de la fundamentación* (pp. 323-358). Universidad Pontificia Comillas-Cátedra de Bioética.
- León Correa, F. J. (2020). Principios para una bioética social. *Vectores de Investigación*, 17, 117-134.



- Levinas, E. (1974). *El humanismo del otro hombre*. Siglo veintiuno.
- McKee, M. y Healy, J. (2002). *Hospitals in a changing Europe* (Vol. 3). Open University Press.
- Moreno Sánchez, E. (2019). *Desigualdades sociales en salud. El papel de la exclusión social en el gradiente socioeconómico en la distribución de la salud y las enfermedades* [VIII Informe FOESSA. Documento de trabajo 3.9]. Fundación FOESSA
- Navarro, V. (2004). *El Estado de bienestar en España*. Tecnos.
- OMS. (2022). Constitución de la OMS: principios. WHO.
- Orphanopoulos, C. M. (2022). *Vulnerabilidad. Hacia una ética más humana*. ESIC.
- Piketty, T. (2015a). *La crisis del capital en el siglo XXI: Crónicas de los años en que el capitalismo se volvió loco*. Siglo veintiuno.
- Piketty, T. (2015b). *La economía de las desigualdades. Cómo implementar una redistribución justa y eficaz de la riqueza*. Anagrama.
- Ponce-Lozano, P. J., San-Jose, L. y Retolaza, J. L. (2024). Moncloa University HLA Hospital: the Health Cooperative Contributing to Generating Value for Stakeholders. *REVESCO. Revista de Estudios Cooperativos*, 148, e97314. <https://doi.org/10.5209/reve.97314>
- Porter, M. E. (1987). *Ventaja competitiva*. Cecsca.
- Porter, M. E. y Krame, M. R. (2011). La creación de valor compartido. *Harvard Bussines Review*.
- Porter, M. E. y Kramer, M. R. (2019). Creating Shared Value. En *Managing Sustainable Business* (pp. 323-346). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-024-1144-7_16
- Potter, V. R. (1971). *Bioethics: Bridge to the Future*. Prentice-Hall.
- Rawls, J. (2012). *Teoría de la justicia*. Fondo de Cultura Económica. <https://books.google.es/books?id=EcP0kVVhFJkC>
- Rendtorff, J. D. (2002). Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability – Towards a foundation of bioethics and biolaw. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 5(3), 235-244. <https://doi.org/10.1023/A:1021132602330>
- Rendtorff, J. D. (2015). Update of European bioethics: basic ethical principles in European bioethics and biolaw. *Bioethics Update*, 1(2), 113-129. <https://doi.org/10.1016/j.bioet.2015.12.004>
- Retolaza, J. L. y San-Jose, L. (2011). Social economy and stakeholder theory, an integrative framework for socialization of the capitalism. *CIRIEC - España. Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, 73, 193-212.
- Retolaza, J. L. y San-Jose, L. (2012). Mechanisms for Stakeholder Participation in Governance. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2158681>
- Retolaza, J. L. y San-Jose, L. (2017). Hacia una nueva teoría de firma orientada al bien común. *Revista de Responsabilidad Social de La Empresa*, (26), 41-62.
- Retolaza, J. L. y San-Jose, L. (2018). Contabilidad Social para el Bien Común. *Revista de Responsabilidad Social de La Empresa*, (29), 95-122.
- Retolaza, J. L., San-Jose, L. y Ruiz-Roqueñi, M. (2010). Hacia un replanteamiento de la Teoría de Stakeholder cuatro propuestas innovadoras. En Igor A. Maximsev, Victor V. Krasnoproshin Camilo Prado Román



- (coords.), *Global Financial & Business Networks and Information Management Systems* (pp. 387-395). Academia Europea de Dirección y Economía de la Empresa, AEDEM.
- Retolaza, J.-L., San-Jose, L. y Ruiz-Roqueñi, M. (2014). Ontological Stakeholder View: An Innovative Proposition. *Global Business Review*, 15(1), 25-36. <https://doi.org/10.1177/0972150913515590>
- Riesgo, I. (2007). Sistemas de salud. Sistema sanitario español. En J. Villalobos Hidalgo (ed.), *Gestión sanitaria para profesionales de la salud* (pp. 1-27). McGraw-Hill.
- Rifkin, J. (1996). *El fin del trabajo. Nuevas tecnologías contra puestos de trabajo: el nacimiento de una nueva era*. Paidós.
- Rodríguez Fernández, J. (2012). Modelo de política sanitaria en un mundo globalizado. En J. de la Torre (ed.), *Salud, justicia y recursos limitados* (pp. 59-82). Universidad Pontificia Comillas-Cátedra de Bioética.
- Sabando, P. (2020). En el trigésimo tercer aniversario de la Ley General de Sanidad. En *El Sistema Nacional de Salud: Pasado, presente y desafíos de futuro*. Ediciones Díaz de Santos.
- Sabando, P. y Rey del Castillo, J. (2020). ¿Uno o diecisiete sistemas de salud en España? En *El Sistema Nacional de Salud: Pasado, presente y desafíos de futuro*. Ediciones Díaz de Santos.
- San-Jose, L. y Retolaza, J. L. (2016). *Contabilidad social orientada a los Stakeholders*. Pirámide.
- Sandel, M. J. (2011). *Justicia. ¿Hacemos lo que debemos?* Debate.
- Sandel, M. J. (2020). *La tiranía del mérito. ¿Qué ha sido del bien común?* Debate.
- Sennett, R. (2005). *La corrosión del carácter: las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Anagrama.
- Torre, J. de la y Alarcos, F. (2022). Justicia y pluralismo de la fundamentación en bioética y ecología. En J. de la Torre (ed.), *Bioética y ecología en el siglo XXI. Aportaciones para un diálogo*. Dykinson. <https://doi.org/10.2307/j.ctv2s0j5jh>
- Torre, J. de la. (2017). Vulnerabilidad. La profundidad de un principio de la bioética. *Perspectiva Teológica*, 49(1), 155. <https://doi.org/10.20911/21768757v49n1p155/2017>
- Torre, J. de la. (2020). Principio de vulnerabilidad y coronavirus. En R. Amo Usanos y F. de Montalvo Jääskeläinen (eds.), *La Humanidad puesta a prueba. Bioética y COVID-19* (pp. 105-121). Universidad Pontificia Comillas-Cátedra de Bioética.
- Torre, J. de la. (2023). Vulnerability: The Human Depth of a Principle of Bioethics. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 21, 1-13. <https://doi.org/10.14422/rib.i21.y2023.007>
- Valentinov, V. y Chia, R. (2022). Stakeholder theory: A process-ontological perspective. *Business Ethics, the Environment & Responsibility*, 31(3), 762-776. <https://doi.org/10.1111/beer.12441>
- Zarco, C. (2018). El cooperativismo sanitario es una tercera vía a la sanidad pública o privada [Entrevista]. *ISanidad*. <https://isanidad.com/118038/dr-carlos-zarco-el-cooperativismo-sanitario-es-una-tercera-via-que-colaboraria-con-cualquier-sistema-publico-de-salud/>
- Zarco, C. (2019). El movimiento de cooperativas de salud en España y en el mundo. *Mediterráneo Económico*, (32), 257-273. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7259145.pdf>
- Zarco, C. (2023, septiembre). Modelos cooperativos de salud. *Hospitecnia*, 30. <https://hospitecnia.com/index.php/gestion/modelos-cooperativos-salud/>