



Trabajo para el Curso de actualización de Diplomados en Bioética "Bioética social: justicia, solidaridad y sistemas de salud" - Pontificia Universidad Católica

**“EL CENTENARIO DEL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA  
DR. ALEJANDRO DEL RÍO Y SU CAMINO A LA EXCELENCIA”**

**Autora  
DRA. MARÍA CECILIA ROJAS URZÚA  
Santiago de Chile  
2011**

## **INDICE**

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1.    La vuelta al Humanismo.....	5
2.2.    El nacimiento de la Bioética Clínica.....	6
2.3.    La Ética de las Instituciones de Salud.....	7
2.4.    Marco Conceptual de Ética de las organizaciones de salud.....	9
2.5.    Definición de Ética de las organizaciones de salud.....	11
2.6.    El Origen de la Ética de las organizaciones de salud.....	12
2.7.    Contenidos Fundamentales.....	13
2.8.    Calidad Ética de las instituciones de salud.....	15
2.9.    Ética Institucional y Modelos de Calidad.....	18
2.10.    Principios de Bioética Clínica, Institucional y Social.....	19
2.11.    Enunciados Sobre Ética de las Organizaciones de Salud.....	22
3. LA ÉTICA DE LA ORGANIZACIÓN EN SALUD Y EL CENTENARIO DEL HUAP	
3.1    El Camino a La Excelencia.....	24
3.2    Propuestas sugeridas.....	24
4. BIBLIOGRAFÍA.....	32

## **EL CENTENARIO DEL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA DR. ALEJANDRO DEL RÍO Y SU CAMINO A LA EXCELENCIA**

### **1. INTRODUCCIÓN**

Actualmente vivimos un periodo de profundos cambios conceptuales y operativos en salud. La OMS y la OPS han analizado y evaluado con profundidad las tendencias registradas en la organización sanitaria en las últimas décadas, así como las causas que las han originado. En nuestros días existe una nueva forma de pensar y de actuar en salud que ha generado modificaciones progresivas en la definición de sus objetivos, estrategias y planes de acción para dar respuesta concreta a los cambios registrados.

Los cambios políticos, económicos, sociales, culturales y científicos de la época generaron distintas corrientes de pensamiento que fueron enriqueciendo el conocimiento sobre aspectos controvertidos de la práctica médica. Un mejor conocimiento de los principios y virtudes de la Ética y de su aplicación en la práctica médica, fortalecieron el accionar en salud.

El comportamiento ético del sistema, con el soporte del enfoque sistémico y la planificación estratégica posibilitan realizar un adecuado análisis interpretativo de la realidad, detectar los problemas existentes, explicar los éxitos y fracasos del pasado, y diseñar una imagen objetivo deseada al corto, mediano y largo plazo, en base a criterios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia, calidad, prioridad y costo beneficio, que aseguren un modelo médico humanizado con el mejor nivel asistencial posible.

En nuestros días se considera al sector salud como un sistema abierto, muy complejo, fuertemente interrelacionado e influenciado por el medio, con recursos económicos y financieros limitados, muchas veces enfrentado en luchas de intereses poco éticos, con un alto grado de incertidumbre y con conflictos intra y extrasectoriales, que requieren para alcanzar sus metas y objetivos de políticas claras, explícitas y consensuadas que tengan a la persona humana como el eje, objeto y sujeto del accionar en salud.

La calidad asistencial, la eficiencia, la definición de prioridades, la asignación de recursos y el uso racional de la tecnología médica constituyen hoy una preocupación ética universal. El nivel de calidad asistencial es la resultante de la interacción de tres factores concurrentes, cuales son el correcto desempeño profesional, el estricto cumplimiento del marco normativo institucional y la buena relación médico-paciente; todos ellos de profundo contenidos éticos.

La medicina de nuestros días es una medicina de decisiones éticas. La complejidad actual de los sistemas de salud exige una conducta ética en la relación médico-paciente, en la relación entre los diferentes integrantes del equipo de salud y de estos con los pacientes y con los familiares, así como entre las instituciones formadoras y los organismos financiadores con los profesionales y viceversa. La mejor medicina es sin ningún lugar dudas, la buena medicina, la que respeta la dignidad de la persona humana, hace uso racional de la tecnología disponible y obtiene los mejores resultados posibles.

*La relación médico-paciente debe ser el equilibrio moral entre el principio de beneficencia que ejercen los profesionales, el de autonomía que tienen los pacientes, y el de justicia que delimita los derechos y obligaciones de ambos. El principio de beneficencia está asociado con el saber hacer y el de no-maleficencia con el ancestral concepto de *primun non nocere*.*

La Bioética ha contribuido ya a crear espacios de libertad y diálogo en nuestras sociedades, especialmente en el ámbito clínico, y debe contribuir aún más a la resolución de los problemas de justicia planteados en los sistemas de salud y al entero debate sobre los valores que deben fundamentar nuestra cultura propia y el desarrollo social de cada país de Latinoamérica.

Hoy por hoy nos encontramos, que la calidad de la atención sanitaria se juega no sólo en la calidad del trabajo del profesional y en la relación que éste establezca con el paciente (**microética**), sino también en la calidad del funcionamiento y planificación de los contextos de equipo e institucionales (**mesoética**) y en las políticas sanitarias que se establezcan, alienten y prioricen (**macroética**).

**Humanizar el modelo de atención médica** y mejorar los servicios de salud de toda la población son compromisos éticos que la sociedad en su conjunto debe contribuir a optimizar. Para lo cual *se debe tener presente al conjunto de derechos que protegen al paciente*, entre los que se puede mencionar los derechos principalísimos del hombre, los derechos humanos universalmente reconocidos, el derecho a la atención médica, el derecho a la información, el derecho a no ser internado contra su voluntad, la privacidad de la historia clínica, el respeto a la intimidad, el consentimiento informado y la confidencialidad.

---

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 La vuelta al Humanismo**

A partir de la segunda mitad del siglo XX se evidenció un cambio en las manifestaciones de la cultura contemporánea, con el desarrollo **del Método de Conciencia, de profundo contenido humanista** y de **revalorización del ser humano**, que plantea profundas diferencias con el **Principio de la Razón** que predominó en la cultura moderna.<sup>1</sup>

De esta forma, en los años setenta del siglo veinte, desde distintas esferas de la vida social, profesionales y afectados por las distintas actividades, demandan una **“remoralización”** de la vida cotidiana en la convicción de que dichas actividades no se ejercen a la altura que merecen las personas. Se produce así la llamada “revolución de las éticas aplicadas”, nacen entonces la bioética, ética de la empresa y de las organizaciones, la ética del desarrollo, la infoética, la ética de los medios de comunicación, la ética de múltiples actividades profesionales, y nacen con tal fuerza que actualmente cada uno de estos ámbitos éticos cuenta con un gran número de expertos trabajando activamente en ellos, con multitud de centros especializados y extensa bibliografía (Cortina y García-Marzá 2003).<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Pico L. A. *Notas para una fundamentación ética de los programas de mejoramiento continuo de la calidad asistencia*, en Lolas F. (Ed.) *Bioética y cuidado de la salud, Equidad, Calidad, Derechos*. Santiago de Chile: Programa regional de bioética. OPS/OMS; 2000: 108

<sup>2</sup> Cortina Adela. *La ética en las organizaciones sanitarias* en García D. 2005. *La apuesta ética en las organizaciones sanitarias*: 11

## **2.2 El nacimiento de la Bioética Clínica**

La bioética había nacido a comienzos de la década de los setenta como respuesta a la complejidad creciente de la tecnología biomédica, cada vez más capaz de irrumpir en los parajes más recónditos de la biografía de los seres humanos y, por tanto, como reacción afirmativa del derecho de las personas a proteger su autonomía moral para decidir su destino, su salud, su vida<sup>3</sup>. Si bien el planteamiento originario de la disciplina, tal como la ideó quien puso en marcha en 1970 el término “bioética”, Ressenlaer Van Potter, era de carácter global, puesto que apuntaba más a los problemas morales de la relación entre el desarrollo de la tecnología biológica y el futuro ecológico y humano del planeta .

Pero la realidad sanitaria se impuso por motivos socioculturales, económicos y políticos, y la rama de la disciplina que triunfó fue la que estudiaba las repercusiones éticas de la tecnología médica en las relaciones sanitarias entre pacientes y profesionales. Esto es lo que hoy llamamos “bioética clínica”, cuyos debates han llenado por miles, desde entonces y hasta hoy, las páginas de las revistas clínicas y de las especializadas en Bioética. Por ello, la “bioética” ha venido a identificarse con la “bioética clínica” y a reducirse a ella.

De los variados temas que abarca la bioética clínica hay dos que la ocuparían de manera muy significativa, y que a su vez están en el origen de la progresiva convicción de que existían límites en su propio planteamiento que debían ser superados. Se trata, por una parte, de la teoría del consentimiento informado y, por otra, de los problemas éticos y jurídicos de la retirada o no inicio de terapias de soporte vital, como la respiración artificial, la diálisis o la nutrición e hidratación artificiales. La literatura bioética de los años setenta y ochenta está plagada, y en parte condicionada, por la discusión en torno al discurrir judicial de casos de estos temas.

---

<sup>3</sup> Simón P. *La ética de las organizaciones sanitarias*: el segundo estadio de desarrollo de la bioética. Rev. Calidad Asistencial 2002: 248

La aparición de los comités de ética, sugerida por primera vez por la sentencia del caso Quinlan<sup>4</sup>, y de los consultores de ética, es un primer intento por sustraer del ámbito judicial discusiones que a todos parecían mejor ubicadas en el ámbito moral de las relaciones clínicas privadas entre profesionales y pacientes, y en el interior del tejido vital de las instituciones y organizaciones sanitarias.

Esta última dimensión de los comités y consultores de ética, su dimensión organizacional, que inicialmente aparecía como secundaria, es la que progresivamente va a ir adquiriendo protagonismo a medida que vaya siendo cada vez más claro que tanto el *origen como la posible solución de los conflictos éticos entre pacientes, familias y profesionales están directamente relacionados con la estructura y funcionamiento de la organización*<sup>5</sup>.

### **2.3 La Bioética de las Instituciones de Salud**

Muchos problemas en ética clínica no hacen referencia exclusivamente a la relación médico-paciente, sino a defectos institucionales que están en la base de muchas quejas de los usuarios de nuestros hospitales<sup>6</sup>. Si de verdad se quiere hacer respetar el consentimiento informado, no se logrará sólo tratando de convencer a los profesionales de que hacerlo forma parte de sus obligaciones éticas y jurídicas hacia los pacientes; *la organización, con sus directivos a la cabeza, debe estructurarse y gestionarse teniendo en cuenta dicho objetivo, dicho valor*. Exactamente lo mismo sucede con las decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico, las órdenes de no reanimar o el impulso de los testamentos vitales.

---

<sup>4</sup> Gafo J. *La eutanasia*. Madrid. Temas de Hoy 1989: p 27- 32

<sup>5</sup> Wilker D. *Institutional agendas and ethics committees*. Hastings Cent Rep 1989 (September/October):21-3

<sup>6</sup> León F. *La difusión de la bioética institucional y social*. En *Bioética razonada y razonable*. Fundación Interamericana Ciencia y Vida. Santiago de Chile, 2009: 179



Así, desde mediados de los años ochenta, las fronteras entre lo clínico y profesional por un lado y lo organizativo, administrativo y gerencial, por el otro, empezaron de forma progresiva a difuminarse. Por tanto, los planteamientos “**microéticos**” y privados, típicos de la bioética clínica, estarán cada vez más necesitados de su complementación con análisis “**mesoéticos**” y organizacionales, planteando un *nuevo reto a los comités de ética*.

Actualmente en el siglo XXI, se ha desarrollado enormemente la ética de la empresa al igual que otras éticas aplicadas<sup>7</sup> y gran parte de las propuestas se han aplicado también a las empresas de salud, aunque difieran en algunos aspectos de las demás. Es, en definitiva, *una vuelta del humanismo a la actividad empresarial*, parecida al enlace entre *humanidades y ciencia biomédica que realiza la bioética*.

“El humanismo se convierte en uno de los medidores de todos aquellos discursos que hablan de calidad para expresar la valía –bondad o valor- de las diversas actividades en las que el ser humano lleva a cabo su vida de una manera excelente; es decir, digna de ser llamada humana. Considerado así, el humanismo es una categoría a integrar, de manera urgente e ineludible, en todo el marco de lo que hoy se denomina ‘*moral institucional*’, lugar de referencia de las diversas ‘*éticas aplicadas*’<sup>7</sup>.

Las organizaciones, como la empresa, son grupos humanos que inevitablemente se orientan por valores, hasta el punto de que en los últimos tiempos una nutrida bibliografía entiende las empresas desde la cultura que asumen, desde el conjunto de valores por los que se orientan. En entornos cerrados las empresas se mueven por normas, pero en entornos abiertos y cambiantes necesitan orientarse por valores que se incorporan de un modo u otro atendiendo al contexto. Esos valores pueden ser más o menos morales, pueden ser humanizadores o deshumanizadores, pero no existen empresas amorales como no existen personas amorales<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> León F. *Ética y responsabilidad social de las instituciones de salud*. En: *Temas de Bioética social*. Santiago de Chile: Fundación Interuniversitaria Ciencia y Vida; 2011: 1

<sup>8</sup> Cortina y Conill: *Ética y Empresas Sanitarias*. En: Prologo del libro Simón P (ed.). *La ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*. Madrid: Triacastela, 2004.

Es así que en nuestros días, es imperioso pasar de una ética clínica a una bioética institucional y social, donde analicemos también la ética de la gerencia de las instituciones de salud, de la distribución de recursos, de las condiciones laborales de los profesionales de la salud, de las políticas de salud, etc. Pero la intención va más allá aún, y es ayudar al desarrollo de un debate plural sobre el papel de la ética y a la concepción de la justicia en las sociedades democráticas<sup>9</sup>.

## **2.4 Marco Conceptual de ética de las organizaciones de Salud**

Para Pablo Simons, las relaciones humanas desde la perspectiva de la salud, y por tanto sus dimensiones éticas, pueden entenderse como una serie de círculos concéntricos que, partiendo del nivel más elemental que en nuestro caso sería el paciente o usuario del sistema de salud, llega a integrarse en el sistema global y complejo de la biosfera. Según este modelo, el ser humano no es un ente aislado sino que forma parte de un entramado natural y social progresivamente más complejo e integrador, un sistema de sistemas<sup>10</sup>.

**En un primer círculo**, la bioética clínica trataría sobre el entramado de relaciones humanas y decisiones clínicas que se articula en torno al paciente o usuario, y en las que junto con él participan fundamentalmente los profesionales sanitarios y sus familias. Se trataría por tanto de un campo de análisis “**micro**”, muy centrado en lo relacional y en la toma de decisiones clínicas concretas con repercusión inmediata en la salud o la vida del paciente, y con una orientación fuertemente contextual y casuística.

**En un segundo círculo**, que contiene por tanto a la bioética clínica, se encontraría la ética de la organización sanitaria. Señalaría la necesidad de situar al paciente, los profesionales y sus familias en el marco de la estructura humana, física y funcional donde se produce esa interacción, que no es otra cosa que la institución u

---

<sup>9</sup>León F. *La difusión de la bioética institucional y social*. En *Bioética razonada y razonable*. Fundación Interamericana Ciencia y Vida. Santiago de Chile 2009: 180

<sup>10</sup> Simón P. *La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética*. Rev. Calidad Asistencial 2002: 252-253

organización sanitaria. El encuentro profesional-paciente se produce en la consulta o habitación de un determinado centro de salud que pertenece a una determinada organización sanitaria. Tanto el centro de salud como la institución tienen unos valores que los guían y una determinada manera de estructurarse y funcionar que condicionan dicho encuentro profesional-paciente. La ética de la organización de salud va a ser por tanto de tono “**meso**”, y estará más centrada en lo corporativo y estructural, en los procedimientos, protocolos y procesos. Su orientación será más normativa y preventiva que casuística

**En un tercer círculo** que contiene, por tanto, a los otros dos, se encontraría el ámbito de la ética de los sistemas de salud y de las políticas de salud, que guían y coordinan la manera de prestar atención de salud a toda una sociedad, Nación o Estado. Aquí estarían las cuestiones relativas a la manera de hacer efectivo el derecho a la salud y/o a la atención sanitaria, teniendo en cuenta aspectos de *justicia* en relación a la financiación, acceso y ámbito de la provisión de servicios de salud. Se trata obviamente de un nivel “*macro*”, con *claras resonancias políticas*.

**En un cuarto círculo** haría referencia a la ética de la salud pública internacional, con cuestiones como, por ejemplo, el análisis ético de las causas de la altísima morbi-mortalidad en los países del Sur pobre, y de sus posibles soluciones, o los problemas éticos de la investigación transnacional con seres humanos.

**En un quinto círculo** envolviendo todo lo anterior, habría un círculo que haría referencia a la *ética ecológica global*, donde se produciría la interacción entre la humanidad, la técnica, la economía y la política con toda la biosfera, con todo el planeta como ser vivo. En este último nivel es donde se produciría la discusión de cuestiones relativas, por ejemplo, al agujero de ozono, a las especies y alimentos transgénicos.

Cuando Van Potter propuso el término bioética era de este último círculo del que hablaba, del de una “bioética global”. Por eso él entendía que el paso de la bioética clínica a la ética de las organizaciones sanitarias supone un avance en el camino hacia esta bioética global, por cuanto implica que las personas comiencen a asumir responsabilidades éticas más allá de las estrictamente privadas o interindividuales, avanzando hacia una visión las mismas<sup>11</sup>.

Así, el futuro de la bioética estriba en pasar progresivamente del primer círculo, donde hasta ahora ha estado recluida, al segundo, y de ahí al tercero, y así sucesivamente hasta configurarse como una verdadera “bioética global”. Por eso, se considera, con toda razón, que la ética de las organizaciones es el segundo nivel de desarrollo de la bioética.

## **2.5 Definición de Ética de las organizaciones de salud**

Según Robert Lyman Potter 1999, “La Ética de las organizaciones de salud, es el discernimiento de los valores para guiar las decisiones de gestión que afectan el cuidado del paciente. Discernimiento implica deliberación intencional y reflexiva por el grupo; de los valores hace referencia a los principios, preferencias o fines con los que la organización opera; para guiar las decisiones de gestión señala un determinado nivel de toma de decisiones, y de forma específica, hacia los puntos de decisión clave para el funcionamiento de la organización; que afectan al cuidado del paciente, se refiere a acciones que tienen consecuencias directas para el paciente”<sup>12</sup>.

La deliberación moral es el método clave de la ética de las organizaciones, como lo es de la bioética clínica<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> Potter VR. *Individuals bear responsibility*. Bioethics Forum .1996;12: 27-8.

<sup>12</sup> Potter RL. *On our way to integrated bioethics: clinical, organizational, comunal*. J Clin Ethics 1999; 10: 171-7.

<sup>13</sup> Gracia D. *La deliberación moral: el método de la ética clínica*. Med Clin (Barc) 2001; 117:20-23.

Para Spencer et al<sup>14</sup>, “la ética de la organización es la articulación, aplicación y evaluación de los valores relevantes y posicionamientos morales de una organización, que la definen tanto interna como externamente.” y a este proceso se ha denominado **"gestión ética total"**

## **2.6 Origen de La Ética de las Organizaciones de Salud**

Nacida en la década de los 90 en los EE.UU. como resultado de una conjunción de fuerzas diversas, como la medicina gestionada -el punto de partida más relevante de este proceso, aunque obviamente no el único fue el establecimiento del pago prospectivo en función de la clasificación de pacientes por Grupos de Diagnóstico Relacionado (GDR)-, el fracaso de la reforma sanitaria del presidente Bill Clinton, la importancia creciente de la ética de las empresas y las limitaciones del modelo de comités asistenciales de ética, la ética de las organizaciones debe mucho a la Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations ([JCAHO](#)) que, en 1995, la introdujo entre sus criterios de acreditación y que en su trayectoria va vinculando progresivamente como inseparables los conceptos de calidad, acreditación, gestión eficiente y, ética<sup>15</sup>.

La JCAHO nacida en 1952 para dar continuidad al Programa de Acreditación de Hospitales que hasta entonces lideraba en solitario el American College of Surgeons, ha desempeñado históricamente un papel relevante en el desarrollo de la bioética norteamericana<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> Spencer E., Mills A., Rorty M, Werhane P, *Organization Ethics in Health Care*, Oxford University Press, 2000 : 5 y 9

<sup>15</sup> Simón P. *La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética*. Rev. Calidad Asistencial 2002: 248-252

<sup>17</sup> Schyve P. *Patient rights and organization ethics: the Joint commission perspective*. Bioeth Forum 1996:12:13-20.

En 1995 la JCAHO, la organización acreditadora de instituciones sanitarias más importante de los EE.UU., incluyó, en el capítulo de su manual de acreditación dedicado a los derechos de los pacientes, unos nuevos criterios y estándares agrupados bajo el título “ético de la organización”. El nuevo capítulo del manual se titulaba “Derechos de los pacientes y ética de la organización”. En la versión de 1971 de su manual de acreditación incluyó en el prólogo una declaración general reivindicando los derechos del paciente estos derechos fueron incorporándose de forma dispersa y paulatina en los criterios y estándares de acreditación de las sucesivas versiones del manual de acreditación, la de 1992 *exigió que las instituciones sanitarias dispusieran de algún tipo de estructura o mecanismo para respetar estos derechos. Esto supuso un confirmación muy importante para los comités asistenciales de ética, que se revelaron como la “estructura o mecanismo” idóneo para satisfacer dichos estándares.*

Finalmente desde 1999, la división internacional de la JCAHO, Joint Commission International Accreditation<sup>39</sup>, cuya misión es facilitar la acreditación de instituciones no norteamericanas, contiene también en su manual de acreditación un capítulo sobre derechos de los pacientes y las familias que están redactados de modo que remiten directamente a la idea de la ética de la organización. Es decir, *la ética de la organización ya no se centra en la elaboración de un código ético ni se vincula sólo a los últimos criterios del capítulo, relacionados con las cuestiones financieras, sino también a todos los demás, constituyéndolos explícitamente en responsabilidad ética de toda la organización en conjunto.*

## **2.7 Contenidos Fundamentales de La Ética de las Organizaciones de Salud**

**1° Bioética clínica**, a la que, la ética de las organizaciones asume y coloca en un nivel superior. De esta manera, todos aquellos temas potencialmente conflictivos desde el punto de vista de la bioética clínica serían su objeto, con el fin de protocolizar las actuaciones de la organización para prevenir el conflicto ético o actuar coherente y eficazmente en caso que éste, aun así, se produjera.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup>Simón P. *La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética*. Rev. Calidad Asistencial 2002: 254.

Todo proceso, programa o protocolo clínico debería contener consideraciones éticas, en forma de capítulos o apartados dedicados monográficamente a los aspectos éticos, o bien introduciendo dichas consideraciones de forma dispersa a lo largo del texto del documento cuando proceda.

**2° Cuestiones económicas y de gestión relacionados con la ética de la empresa;** como temas de financiación de la empresa y, por tanto, de sus relaciones económicas con los financiadores y/o compradores de servicios por un lado, y con los usuarios o clientes por otro; asimismo, condiciones de acceso a las prestaciones o servicios de salud, a su uso eficiente, a los recursos humanos: contratación, supervisión, remuneración, incentivación y participación en las decisiones, relación con los proveedores, publicidad etc.<sup>18</sup> y en general el análisis de todos los afectados por la actuación de la institución( stakeholders).

**3° Definición de los fines y valores que guían a la organización:** nada de lo anterior puede abordarse seriamente si la organización no tiene claros los fines y valores que guían sus actuaciones. Por eso un cometido esencial y paradigmático de la ética de las organizaciones es reflexionar sobre dichos valores y ayudar a que la organización los *plasmee en su planificación estratégica –misión, visión y valores- o su código ético*, y facilitar que las actividades de la organización y sus procesos de toma de decisiones, sean *coherentes con dichos valores*.

Esto supone volver a *insistir en la dimensión preventiva y protocolizadora* de la ética organizacional y en sus *vínculos en calidad*.

**4° La dimensión educativa es fundamental** para la ética de las organizaciones, por la ineludible necesidad de generar un *clima ético institucional* adecuado, sin el cual se bloqueará toda posibilidad de cambio. Si no se consigue un cierto grado de implicación de las personas que integran la organización –desde los directivos al último empleado – en la construcción de esta ética colectiva, la institución u organización acabará por pagar su falta de excelencia. El clima ético se refiere a la percepción que

---

<sup>18</sup> Werhane P. *Business ethics, Stakeholder theory and the ethicsof healthcare organizations*. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 2000;9: 169-81.

deben tener todos los integrantes de la organización de que cuando se toman decisiones, estas se están tomando en base a valores que guían a la institución. Se trata de armonizar y alinear todos los valores de los integrantes y de la institución en la misma dirección.

## **2.8 Calidad Ética de las Instituciones de Salud**

Adela Cortina nos puntualiza, que la empresa sanitaria tiene un conjunto de rasgos propios que plantean problemas éticos específicos.<sup>19</sup>

- **En el caso de las organizaciones sanitarias quien paga habitualmente los bienes y servicios no es directamente el consumidor**, sino una agencia gubernamental o una compañía de seguros; es decir, una entidad que puede estar más interesada en distribuir el coste que en la calidad de la intervención. Un peligro entonces es que en las intervenciones concretas se priorice la consideración del coste frente a la atención al paciente, o que se prefieran las intervenciones costosas frente a las rutinarias.

- **Quien decide qué mercancía se compra no es tampoco habitualmente el consumidor**, sino que existe una relación de "agencia", en virtud de la cual es el médico quien prescribe. Pero si el médico ha de considerar tanto el bien del paciente como el gasto de la atención, puede acabar convirtiéndose en un "agente doble"

- **El consumidor es especialmente vulnerable en el caso de la salud**, no sólo por su ignorancia en la materia, lo cual es habitual en la mayor parte de los ámbitos en que se requiere una especial pericia, sino también por su enfermedad, que le sitúa en una situación de ansiedad y debilidad.

---

<sup>19</sup> Cortina y Conill: *Ética y Empresas Sanitarias*. En: Prologo del libro Simón P(ed.). *La ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*. Madrid: Triacastela, 2004: 12-14



- **El bien que se oferta, la procura de la salud**, es un bien sumamente básico para las personas. Por eso, las demandas judiciales proliferan en el campo de la sanidad, porque las personas consideran la salud como uno de los bienes más básicos.
- **Existe una gran asimetría entre la oferta de servicios de salud y la demanda** de una medicina del deseo sin límites; ya que el hospital no puede responder ordinariamente a todas las exigencias de los "consumidores", sin traicionar su propia supervivencia económica.
- **En la organización intervienen al menos dos tipos de profesionales, cuyos móviles pueden entrar en conflicto**: los gestores, que tienden a lograr una mayor eficiencia, haciendo el análisis coste-beneficio y coste-oportunidad, y el personal sanitario (médicos, enfermeras) que ven en el bien del paciente la meta de su profesión.

De todo ello se siguen problemas de envergadura, como también el de responder a la pregunta de si la atención sanitaria es una mercancía, un producto del mercado, y también preguntarse por la posibilidad de que se acaben priorizando las intervenciones que maximizan el beneficio sobre las que mantienen una alta calidad del cuidado. Problemas como éstos obligan a tratar de diseñar el modelo de empresa que podría abordarlos adecuadamente.

La propuesta metodológica desde la ética de la empresa ha sido la de los “*stakeholders*” para la definición de las buenas prácticas institucionales entre todos los interesados o afectados: una organización sanitaria tiene que asumir responsabilidades frente a las exigencias, demandas o intereses legítimos no sólo de sus accionistas (“*shareholders*”) sino de sus “*stakeholders*”, o partes interesadas: cualquier individuo o grupo que puede afectar o ser afectado por el logro de los objetivos de la organización.<sup>20</sup> “Esta teoría es relevante porque desde ella se pueden abordar no sólo las buenas prácticas sanitarias en el ámbito profesional, sino también en el ámbito organizacional, ayudando a comprender y explicar los posibles conflictos de valores, de lealtades, de compromisos y de intereses”.

---

<sup>20</sup> Cortina A, Conill J. *Ob.cit.*: 54-58.

La institución y todas las partes interesadas forman una comunidad moral compartida y delibera sobre los principios morales mínimos de justicia cuando evalúa las decisiones y prácticas organizacionales<sup>21</sup>, con la participación de todas las partes interesadas, en una fase analítico-descriptiva, y la generación posterior de estrategias ético-normativas que todos puedan sumir como propias; y no porque hayan sellado un pacto legal, ni siquiera porque son ciudadanos, *sino porque existe una obligación moral de atender a los intereses de cuantos son afectados por la empresa sanitaria*. Puede hablarse entonces de un "contrato moral", pero en realidad se trata de algo más profundo, se trata de una *obligación moral*, que es el presupuesto de todo posible contrato legal y moral.

Indudablemente, el gran problema consiste en establecer un orden de prioridad entre los intereses de los diversos afectados. Y en este punto la tradición kantiana insiste, como un mínimo, en *que todos merecen respeto por sí mismos*, de forma que no se les puede instrumentalizar al servicio de la propiedad: *el cuidado del paciente debe ser la prioridad más elevada*. Y la tradición dialógica añade, por su parte, que deben ser los propios afectados quienes, tratados como interlocutores válidos, deben expresar sus intereses y debe atenderse a aquellos intereses que sean universales. Sólo así se tiene una directriz para armonizar los intereses en conflicto, fruto del pluralismo y la libertad racional, en el contexto de una ética de la responsabilidad<sup>22</sup>.

Y esto, en tres niveles de deliberación ética que necesitan de ayuda concreta: **A nivel de valores:** declaración de valores de la institución. **A nivel de principios éticos:** Códigos de ética profesionales. **A nivel de normas:** Guías de buenas prácticas clínicas y guías éticas específicas sobre los problemas más corrientes en la asistencia de salud en la institución, con ayuda de los comités de ética asistencial.<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> García Marzá D. *Ética empresarial. Del diálogo a la confianza en la empresa*. Madrid: Trotta; 2004.

<sup>22</sup> Cortina y Conill: 2004 Ob .cit: 14

<sup>23</sup> García Marzá D.: *La dimensión moral de la práctica sanitaria*. En *La apuesta ética de las organizaciones sanitarias*. Valencia: Universitat Jaume I. 2005: 19-20.

## 2.9 Ética institucional y modelos de calidad

Toda institución de salud tiene la necesidad de desarrollar un modelo de calidad y acreditación de la excelencia en la asistencia prestada, que es hoy en día uno de los pilares básicos para generar la confianza de los pacientes-usuarios: “cualquier cosa menor que la excelencia resulta insuficiente”<sup>24</sup>.

Para esto se han **desarrollado modelos de calidad y de acreditación muy variados**, y en todos encontramos criterios y estándares que tienen que ver directamente con los valores morales y con los derechos de justicia de los pacientes. **Ha surgido así una ética de las organizaciones sanitarias, más allá de la bioética clínica<sup>25</sup>, centrada en los modelos de acreditación de la calidad asistencial e institucional**, a partir de las iniciativas de la Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations<sup>26</sup>.

Cada uno de los **diferentes modelos de acreditación de las instituciones de salud tiene incorporados de un modo u otro determinados valores éticos**. Las más utilizadas son: el EFQM, de autoevaluación de la calidad; JCIA/JCAHO, de evaluación externa con estándares e indicadores internacionales centrados en los pacientes y en la gestión de la organización sanitaria; ISO, mediante evaluación externa de la gestión de la calidad, la responsabilidad de la dirección, la gestión de los recursos, y medición, análisis y mejora del producto obtenido; CCHSA, evaluación externa con definición de estándares y actividades a realizar para alcanzarlos; HQS, con 52 normas de estándares sobre gobierno corporativo y clínico, gestión operativa, el itinerario del paciente y sus derechos, y las normas específicas de servicios<sup>27</sup>.

---

<sup>24</sup> González Esteban E. *Los restos éticos de la medicina gestionada*. En: García Marzá D. *Ob.cit.*: 63.

<sup>25</sup> Simón P.2 002 *Ob. Cit* ; 17 (4): 247-259.

<sup>26</sup> JCAHO: [www.jointcommission.org/](http://www.jointcommission.org/) (revisada 17 agosto 2010)

<sup>27</sup> Simón P (Ed.). *Perspectiva ética de algunos modelos internacionales de acreditación de la calidad*. En: *Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*. Madrid: Triacastela; 2005: 73-141

## **2.10 Principios de bioética Clínica, Institucional y Social**

Para Francisco Javier León, en su propuesta de principios de bioética clínica, institucional y social<sup>28</sup>, **la no maleficencia** es el nivel básico de la ética, también para una institución. Las instituciones sanitarias refiere León, son actores con responsabilidad propia en la atención y prestación de salud, y la **responsabilidad exige** en primer lugar responder por los errores o la maleficencia causada, y enseguida, dar a cada uno lo que le corresponde, con igual consideración para todos los pacientes, con **justicia distributiva**. Es un deber institucional afirma, asegurar la sostenibilidad del sistema y la continuidad de la atención al usuario. Es un deber de justicia prioritario para el sistema de salud asegurar la sostenibilidad de las prestaciones que se ofrecen a los ciudadanos.

Este autor enfatiza la necesidad de desarrollar principios secundarios o intermedios, para delimitar y concretar en la práctica cada uno de los grandes principios generales, que salvaguardan los derechos y los deberes, y nos muestran las virtudes necesarias para la acción y decisión ético-clínica, y diferenciarlos de aquellos que son instrumentales en la toma de decisiones como por ejemplo: el principio de doble efecto, principio de subsidiariedad, principio de proporcionalidad, etc. Todos estos principios son importantes en los modelos que usamos de toma de decisiones o análisis de casos ético-clínicos, pero no están relacionados directamente con la protección de los derechos, promoción de los deberes y virtudes necesarias en el ámbito biomédico.

Los **principios bioéticos del Informe Belmont**<sup>29</sup>, nacidos para proteger a los sujetos en el campo de la investigación, y que fueron llevados al ámbito clínico en todo el mundo, a partir de la obra “Principios de ética biomédica”, de Beauchamp y Childress<sup>30</sup>, que los propone como **principios fundamentales prima facie**, distinguiendo la beneficencia de la no maleficencia, son los pilares de la bioética.

---

<sup>28</sup> León FJ. *Propuesta de desarrollo del modelo de los principios en una bioética institucional y social*. En: *Bioética Razonada y Razonable*. Santiago de Chile: Fundación Interuniversitaria Ciencia y Vida: 2009: 184-188.

<sup>29</sup> *Belmont Report*. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research; 1978.

<sup>30</sup> Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson, 1999 (que traduce la 4ª edición norteamericana de 1994)

“**El principio de beneficencia**, como es conocido, en siglos sucesivos se ha incorporado en difusas y generosas actividades asistenciales inspiradas por la religión o el civismo; y después se ha integrado con los principios de justicia y de solidaridad que se afirmaron entre los siglos XIX y XX, los cuales han dado vida, en el plano práctico, a los seguros sociales y a los servicios asistenciales públicos; y en el plano teórico, al concepto del derecho a la salud.

Hoy este principio va más allá que hacer al paciente el mayor bien posible según su propia escala de valores<sup>31</sup>, por tanto agrega la Calidad de vida como un bien del paciente, como un fin de la medicina, lo que ha motivado la necesidad de Cartas de servicio y Acreditación en Calidad de las instituciones de salud, como requisito indispensables para la generación de confianza y satisfacción de los pacientes-usuarios, pues se considera actualmente, que cualquier cosa menor que la excelencia resulta insuficiente. Los pacientes deben sentirse tratados como persona más que como caso clínico, en una relación con su equipo de salud, más humanizada, el humanismo es una categoría a integrar, de manera urgente e ineludible, en todo el marco de lo que hoy se denomina ‘moral institucional’.

**El principio de autonomía** se ha extendido por doquier en todos los campos en los cuales ha crecido el valor de la libre elección personal”. No es únicamente el respeto por las decisiones libres, voluntarias e informadas del paciente, a través del proceso del Consentimiento informado, sino incluye el deber de los profesionales de promover la competencia, y de ayudar – sin paternalismos- a que el paciente pueda ejercer su libertad responsable.

**El principio de No Maleficencia:** Lo primero es no dañar, concretado principalmente en tres principios: *deber de no abandono* del paciente o sujeto de investigación no solo por el equipo de salud sino además, por la familia y la comunidad; *principio de precaución*: permitirá evitar la mala praxis a nivel de equipo y de institución, finalmente el *principio de responsabilidad*, ante las consecuencias de las decisiones ético-clínicas, o tomas de medida a nivel institucional o de salud pública.

---

<sup>31</sup> Tauber A. *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*. Massachusetts, MIT Press; 2005. En León FJ. *Propuesta de desarrollo del modelo de los principios en una bioética institucional y social*. 2009. Op. Cit : 184-188.

## SISTEMA DE PRINCIPIOS EN BIOÉTICA PRINCIPIOS DE BIOÉTICA CLÍNICA- INSTITUCIONAL Y SOCIAL<sup>32</sup>

<b>Bioética Clínica</b> <b>Médico-paciente</b>	<b>Bioética Institucional</b> <b>Institución-médico-usuario</b>	<b>Bioética Social</b> <b>Ministerio Salud-Sociedad</b>
---	--	--

### No Maleficencia

- Deber de no abandono Profesional, familiar- Precaución	- No abandono institucional - Precaución: sistemas seguridad	- No abandono social - Prevención salud
- Responsabilidad profesional: (Competencia, ineficiencia, corrupción)	- Responsabilidad institucional (Educación continua, errores y reclamos, corrupción)	- Responsabilidad política (lucha contra corrupción)

### Justicia

- respeto derechos pacientes	- respeto derechos pacientes	- promoción derechos
- Equidad	- Equidad acceso atención salud	- Equidad y Priorización
- equidad reparto recurso	- Equidad en recursos escasos	-Seguimiento inequidades
- Protección más débil	- protección población vulnerable	- Discriminación positiva
- Eficiencia profesional	- eficiencia institucional	- Eficiencia sistema
- Continuidad atención	- sostenibilidad de la atención	- sostenibilidad sistema
- Calidad profesional	- Calidad institucional estándar	- Calidad mínima sistema
-Transparencia conflictos interés	-Transparencia conflictos interés	-Transparencia sistema

### Autonomía

- respeto autonomía (Consentimiento informado)	- participación comunitaria	-control social
- promover competencia	- participación familiar	- participación comunidad
- responsabilidad: deberes	- Educación en salud institucional	- Prevención/educación
- confidencialidad	- custodia información y confidencialidad	- Control confidencialidad

### Beneficencia

- Calidad vida: fin clínica	- calidad ideal asistencial	- calidad ideal sistema
- Excelencia profesional	- Excelencia institucional	- excelencia sistema
- Humanización cuidado	- Plan humanización institucional	- acreditación
- solidaridad: compasión	- solidaridad institucional	- subsidiariedad
- Ética del cuidado	- valores ideales institucionales	- atención universal

<sup>32</sup> Recomiendo la lectura del detalle de estos interesantes principios en: León FJ. *Propuesta de desarrollo del modelo de los principios en una bioética institucional y social*. En: León F J. *Bioética Razonada y Razonable*. Santiago de Chile: Fundación Interuniversitaria Ciencia y Vida; 2009: 183-188.

## **2.11 Enunciados sobre la Ética de Organizaciones de Salud de Robert Lyman Potter**

Pablo Simons puntualiza y resume en el decálogo siguiente, los enunciados sobre ética de las organizaciones expuestos por **Robert Lyman Potter** en su artículo de 1996 de Bioethics Forum<sup>33</sup>

1. **La business ethics aplicada a las empresas sanitarias no es lo mismo que la ética de las organizaciones sanitarias.** Más bien la primera se integra en la segunda y es donde adquiere su sentido. Las instituciones y organizaciones sanitarias tienen una dimensión empresarial que les exige tener una correcta cuenta de resultados económicos. Pero **lo económico no es el único valor en juego** en una organización sanitaria e incluso **puede no ser el prioritario.**

2. **La ética de las organizaciones sanitarias tampoco es, sin más, la ética de los equipos directivos, la ética de los gestores, ni tampoco la ética de los profesionales sanitarios,** aunque su existencia será imposible si no trata de armonizarse con todas las anteriores y conducir las en su misma dirección. Asimismo, la ética de la organización no es la simple suma de las éticas personales de cada uno de sus miembros.

3. **Todas las acciones humanas tienen implicaciones morales,** incluyendo las decisiones clínicas, las de gestión y las de la organización en su conjunto.

4. **Todas las organizaciones vivas y en funcionamiento tienen su propia ética,** con frecuencia no explicitada, a veces no fácilmente perceptible ni desde fuera ni desde dentro. Trabajar en ética de las organizaciones consiste, en primer lugar, en hacer visible y analizable dicha ética implícita.

---

<sup>33</sup> Potter RL. *From clinical ethics to organizational ethics: the second stage of the evolution of bioethics.* Bioethics Forum 1996;12:3-12. En: Simón P. 2002. Ob. cit: 254

5. **Todas las organizaciones se componen de personas, y todas (directivos y profesionales) toman decisiones basándose en valores:** los propios, los de su entorno de trabajo o los de la organización en su conjunto. La ética de las organizaciones trata de armonizar todos esos valores en una misma dirección.

6. **Los códigos de ética son útiles porque promueven la discusión y sirven de orientación general;** sin embargo, no es posible tomar decisiones basándose en una aplicación mecánica de sus postulados. Ésta es la limitación de todo marco deontológico, sea médico o empresarial.

7. **Las decisiones organizacionales, como las decisiones clínicas, requieren ser analizadas desde el punto de vista ético.** Las metodologías y principios éticos generales a utilizar en ambos casos pueden ser similares.

8. **Las organizaciones aprenden:** pueden cambiar a mejor su conducta y su carácter moral gracias a un cambio intencional en los valores o en los procedimientos adecuados para respetar dichos valores. También pueden empeorar, y a veces lo hacen.

9. **Las organizaciones tienden a ofrecen resistencia a los cambios,** sean cuales sean. Los cambios en la ética organizacional no son una excepción.

10. **El fin último de la cultura ética de una corporación sanitaria está estrechamente relacionado con el fin de la medicina:** realizar las acciones adecuadas para proporcionar el mayor bien posible a la salud del paciente respetando su autonomía. Esto es inseparable de una buena gestión de los servicios sanitarios. La ética de las organizaciones debe ayudar a optimizar una gestión de calidad.



### **3. LA ÉTICA DE LA ORGANIZACIONES DE SALUD Y EL CENTENARIO DEL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA**

#### **3.1 “El Camino a La Excelencia”**

Hace ya cien años que a costa de grandes esfuerzos y no pocas frustraciones, el sueño del **Dr. Alejandro del Río** llegó a su culminación: el 7 de agosto de 1911 en la vieja casona de San Francisco 85, nació con su orgulloso título La **Asistencia Pública de Santiago**<sup>34</sup>

De esta forma, la Asistencia Pública de Santiago nació y creció de la acción visionaria y altruista del **Dr. Alejandro del Río, quien** al contemplar la poca o nada humana atención que se brindaba al ciudadano que tenía la desgracia de sufrir un quebranto agudo de su salud; se dio a la tarea de crear un centro adecuado; con una tenacidad y valentía casi mística, peregrinando de autoridad en autoridad y buscando el apoyo de personas que convencidas de la nobleza de su misión no dudaban en colaborar.

Actualmente, en su Centenario, en el hoy llamado **Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río**, al igual que en Chile y América Latina, la ética de las organizaciones sanitarias es una parte de la bioética cuyo desarrollo está todavía en sus fases iniciales, los profesionales y la sociedad aún estamos en la etapa de reconocer la importancia de desarrollar adecuadamente la bioética clínica, difundirla, su aplicación en el ambiente académico como clínico con la consolidación del Comité de Ética Asistencial del hospital, y próximo a aprobarse en el Congreso el Proyecto de ley que regula los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

---

<sup>34</sup>González. H. *Prologo*. En Martínez R. *El dolor ajeno*. Ediciones Documentas. Santiago de Chile. 1991: 5.

Esta entretenida obra, es la culminación del recuento anecdótico y nostálgicos recuerdos, de un conjunto de médicos jubilados de la Asistencia Pública, de los tiempos que vivieron como miembros activos de la Institución.

No obstante, la actual Reforma de Salud y su exigencia de que nuestros hospitales y clínicas cumplan con el requisito de *acreditación en calidad*, es el *camino irreversible hacia la ética de las organizaciones de la salud y secundariamente la excelencia en su atención*. Por ello es fundamental que el HUAP, los equipos directivos y los propios profesionales comencemos a pensar en la necesidad de colocar la ética organizacional como uno de los pilares de nuestra planificación estratégica.

### **3.2 Propuestas sugeridas para este objetivo:**

- **El HUAP deberá respetar y evaluar el cumplimiento durante la atención en salud los derechos específicos de los pacientes**, establecidos en el Proyecto de Ley que regula los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Una Carta de derechos de los pacientes debe estar permanentemente a la vista de ellos.
- **Es fundamental la formación de los directivos del HUAP en aspectos de ética clínica y organizacional** para que puedan liderar adecuadamente este cambio de mentalidad, ganando así más independencia y capacidad real de gestión, pues ellos son los que finalmente toman las decisiones. Cimentar la ética de la organización al margen de los equipos directivos es, como en calidad, asegurarse el fracaso total.
- **Consolidación del Comité de Ética del HUAP**. El que ahora deberá abarcar todas las posibles clases y categorías de problemas éticos, bien sean individuales, de colectivos profesionales o de toda la institución. Deberá tener sensibilidad hacia las escalas de valores de todos los stakeholders de la institución, incluyendo la comunidad de ciudadanos a la que sirve y sus diversos grupos. Esto es, que deberán abrirse al debate de todos los aspectos éticamente relevantes que afecten a la organización y sus stakeholders, es decir no sólo a la bioética clínica sino la de la organización, que defienden los

derechos de los pacientes, prestan asesoría a los profesionales y también a la dirección y gerencia de las organizaciones en base a los valores de la institución.

- **El Comité de Ética del HUAP, debe constituir un instrumento válido para garantizar** la equidad, la solidaridad, la eficiencia y la calidad asistencial en la institución, en especial en el proceso de toma de decisiones en situaciones conflictivas, relacionadas principalmente con la definición de prioridades en la asignación de recursos.
- **Asumir esta tarea exige que el comité entre en un proceso de reorganización**, aunque el abordaje de los problemas de ética organizacional requiere el recibir una formación complementaria, ésta no será muy diferente, en cuanto a metodología y planteamiento general, de la necesaria para abordar los conflictos de ética clínica
- **Este proceso debería comenzar por una revisión de la misión, funciones y actividades del Comité de Ética del HUAP**, con el objeto de incluir en ellas el abordaje de la ética organizacional, la dirección y la gestión. La función de **protocolización** debe ser ahora, **la primordial** del nuevo comité.
- **Esto exige al HUAP, un Comité de Ética amplio, bien preparados** y donde **participen directivos, profesionales y usuarios**, ya que la experiencia inicial con los comités de ética asistencial, al excluirse de los debates los aspectos organizacionales y evitarse por norma la presencia de los directivos, muchos de estos comités quedaron al margen de la organización, con posibilidades mínimas de influir realmente en la vida de la institución, poco operativos, extraños tanto para los equipos directivos como para los profesionales y usuarios.

- **El Comité de Ética en el HUAP, debe ser un lugar abierto al diálogo crítico, racional, sensible y responsable.** La dimensión preventiva, educativa y normativizadora de la ética organizacional debe hacer pasar a un segundo plano el enfoque más casuístico de la bioética clínica.
- **De ser necesario, el Comité de Ética del HUAP, puede subdividirse** en dos subcomités, uno de **Ética Clínica** y otro de **Ética Organizacional**, que trabajen coordinadamente. Las decisiones y recomendaciones serían tomadas y emitidas por el Comité General de Ética.
- **La planificación estratégica debe ser una herramienta de trabajo ineludible** en nuestro hospital que aumente la autonomía de las unidades de gestión de manera real, para que dicha planificación tenga posibilidad de ser llevada a la práctica.
- **Es preciso que esta planificación estratégica implique un proceso de participación activa de todos los estamentos implicados en el HUAP**, con el objeto de aclarar entre todos estos valores, visión y misión de modo que todos sus integrantes sean conscientes y asuman como propios estos valores. De lo contrario todo será inútil, la ética de la organización un fracaso y el código ético un mero recetario que nadie cumplirá.
- **Es relevante la capacitación continua a todos los miembros del HUAP en gestión de calidad y ética** pues serán ellos los trabajadores, desde sus distintos roles y quehaceres al interior de la Institución los que deberán aplicarla en su contacto diario con el usuario externo. Esta medida impregnará a la organización con un clima laboral óptimo en calidad y ética institucional
- **El HUAP debe tener un compromiso explícito con la Carta de Servicios o Código ético propio o con los Códigos éticos de los diferentes profesionales**

- **.Es fundamental que el HUAP considere en un primer plano, los valores éticos de la atención en salud como garantía de una calidad de atención, sobre criterios economicistas o de rentabilidad económica.** En acreditación es relevante, contar primero con los aspectos éticos del cumplimiento del respeto a los derechos de los pacientes en la institución como parte importante de la calidad de la atención en salud
- **La dirección por valores en el HUAP,** debe orientarse a la consecución de los objetivos considerando las cualidades y motivaciones específicas de sus trabajadores, sus directivos con su liderazgo ético, deben facilitar el desarrollo profesional, buscar la motivación personal, y rechazar los valores fundados en el control y la imposición
- **En el HUAP, gestión en salud y práctica de la medicina** deben verse siempre como **dos niveles complementarios** de actuación. Su nexo de unión debe ser la identidad que proporcionan los valores compartidos por ambos mundos. Para compatibilizar la gestión con la práctica de la medicina es necesario que el HUAP, haga explícitos sus valores éticos
- **Si el HUAP quiere centrarse en el bien intrínseco de la medicina,** que es mejorar la salud de las personas, un **objetivo prioritario** tendrá que ser la **humanización de la asistencia** frente a la cosificación de la misma a la que abocan ciertos criterios de gestión que ignoran el mundo de la ética
- **Debe fomentarse permanentemente, un Plan de Humanización de la atención en salud dentro del HUAP.** Humanizar la medicina exige que los clientes externos del sistema de salud, los pacientes, se sientan tratados como personas más que como caso clínico y que los clientes internos, los componentes del equipo de salud, puedan ejercer su profesión dignamente y
- con garantía de calidad, facilitando que la actividad profesional se oriente hacia su bien intrínseco. En cualquier otro caso, aunque es posible que se esté mejorando la eficiencia del sistema, se potencia la fatiga mental de los profesionales y se desvaloriza su actividad, así que, cuando no se cumple este

reconocimiento previo, se está deshumanizando la medicina en relación al cliente interno que es el profesional.

- Aunque nunca se debe dejar de tener en cuenta los propios criterios éticos, la pertenencia al HUAP implica tener que considerar, igualmente, los valores propios de él, si éste los hubiera explicitado
- **Para la definir la dimensión moral de su práctica en salud, el HUAP debe precisar cual es la estructura que subyace en la relación profesional de salud- paciente,** revelar las normas y valores morales que la sustentan y que de hecho funcionan en el día a día de la relación creando confianza y facilitando el logro de la acción, o facilitando críticas, desconfianza o fracaso. Luego es necesario distinguir entre valores (Códigos éticos) y normas morales (Códigos Deontológicos) por una parte y las decisiones y conductas posteriores a las que dan lugar por otra (Códigos de buenas prácticas)
- **En todos los modelos de acreditación de la calidad nos encontramos con criterios y estándares que tienen que ver directamente con los valores morales y los derechos de los pacientes.** Una guía de buenas prácticas en el HUAP, debe apoyarse en estos valores para facilitar así toda acreditación posterior. Se debe identificar conductas y procesos que posibiliten alcanzar la excelencia en la prestación de servicios
- **Fundamentalmente, una guía de buenas prácticas tiene como objetivo adecuar la práctica existente a la apuesta ética adoptada y a los compromisos explícitos** e introducir aquellas prácticas necesarias para conseguir el objetivo de una atención de salud de calidad, donde la dignidad y la confianza, constituyan sus pilares básicos
- **El HUAP debe concretar los valores éticos con los que se ha comprometido,** en una serie de buenas prácticas organizativas que le permitan alcanzar los compromisos adquiridos

- **De esta forma el HUAP se moverá en la línea de los sistemas de acreditación asumiendo los estándares establecidos para la evaluación externa,** con el valor añadido de profundizar en la dimensión ética de los sistemas de acreditación. Esta es una de las claves de todos los procesos de generación de confianza.
  
- **Protocolizar las actuaciones de la organización en todos aquellos temas potencialmente conflictivos desde el punto de vista de la bioética clínica** (a la que, la ética de las organizaciones asume y coloca en un nivel superior), para **prevenir el conflicto ético** o **actuar coherente** y eficazmente en caso que éste, aun así, **se produjera**, de acuerdo a los valores que guían al HUAP, plasmados en su planificación estratégica –misión, visión y valores- o su código ético. Lo que supone volver a insistir en la dimensión preventiva y protocolizadora de la ética organizacional y en sus vínculos en calidad.
  
- **Temas susceptibles de ser tratados en un Protocolo Ético en el HUAP**
  1. Consentimiento informado
  2. Evaluación de la capacidad de los pacientes
  3. El paciente menor de edad
  4. Decisiones de representación o sustitución en pacientes incapaces
  5. Planificación anticipada de las decisiones al final de la vida (voluntades anticipadas)
  6. Decir la verdad (hablando con los pacientes y familia sobre diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento en enfermedades de mal pronóstico)
  7. Órdenes de no reanimar
  8. Las creencias religiosas y culturales, y sus repercusiones en la práctica clínica
  9. Limitación del esfuerzo terapéutico (retirada o no inicio de terapia de soporte vital)
  10. Restricciones mecánicas o químicas en pacientes agitados

11. Confidencialidad, privacidad y secreto profesional
  12. Objeción de conciencia
  13. Detección y abordaje de la sospecha o evidencia de malos tratos (niños, mujeres, ancianos)
  14. Uso racional del medicamento
  15. Donación, extracción y trasplante de órganos
  16. Investigación en seres humanos
  17. Las relaciones de los profesionales y directivos con la industria farmacéutica y otros proveedores
- **El HUAP debe contar con una instancia de retroalimentación permanente de satisfacción usuaria** a través de métodos validados por la Institución y a través de reuniones efectivas con miembros representativos de la comunidad
  - **Finalmente, una de las líneas estratégicas de trabajo en el HUAP; debe ser precisamente el reforzamiento explícito de la ética de la organización sanitaria como opción por la excelencia y la calidad total.** Desarrollar el círculo completo de la Calidad realizando evaluación y monitoreo permanente y atreverse a implementar los cambios necesarios.
  - **Los programas de mejoramiento continuo de la calidad asistencial se sustentan en** criterios de bioética, en los derechos del paciente, en el respeto a la dignidad de la persona humana, en el uso racional de la tecnología médica, en la humanización del modelo y fundamentalmente en el grado de satisfacción de los usuarios, y se orientan a contribuir a mejorar el nivel y calidad de vida y salud de la población.
  - **El HUAP debe contar con un Comité de Ética Asistencial, que permita un** abordaje interdisciplinario y profundo de los problemas éticos que se presentan en la práctica médica diaria, pero también cabe destacar el rol trascendente que tienen en el desarrollo de los programas de mejoramiento de la calidad



asistencial y en especial en el proceso de toma de decisiones en situaciones conflictivas, relacionadas especialmente con la definición de prioridades en la asignación de recursos. El Comité de Ética Asistencial del HUAP, debe constituir un instrumento válido para garantizar la equidad, la solidaridad, la eficiencia y la calidad asistencial en la institución

- **El HUAP, en su inquebrantable misión de aliviar el dolor** no ha cesado ni vacilado en llevar su ayuda desinteresada a donde quiera que se precise. En este trabajo realizado cuando nuestra institución celebra su Centenario de meritoria existencia, la autora, al igual lo hizo el Dr. Hernán González G. en su 80° Aniversario<sup>35</sup>, se permite estampar su voto porque *el "Espíritu A.P." perdure por siempre jamás...* en pos de la entrega sin reservas al trabajo libremente escogido, con el sacrificio y abnegación que exige el progreso técnico profesional a toda la gran familia del HUAP

---

<sup>35</sup> González H. *Prologo* .En Martínez R. *Ob. Cit.:*6-7

#### **4. BIBLIOGRAFÍA**

- Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson, 1999 (que traduce la 4ª edición norteamericana de 1994)
- Cortina A. *La ética en las organizaciones sanitarias* en García D. 2005. *La apuesta ética en las organizaciones sanitarias*: 11
- Cortina y Conill: *Ética y Empresas Sanitarias*. En: Prologo del libro Simón P (ed.). *La ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*. Madrid: Triacastela, 2004: 12-14
- Cortina A, Conill J. *Ética, empresa y organizaciones sanitarias*. En: Simón P. *Ética de las organizaciones sanitarias*. Madrid: Triacastela; 2005: 54-58.
- Gafo J. *La eutanasia*. Madrid. Temas de Hoy 1989: p 27- 32
- García Marzá D. (Dir.) : *La dimensión moral de la práctica sanitaria*. En: *La apuesta ética de las organizaciones sanitarias*. . Castellón, España : Universitat Jaume I. 2005: 19 -20.
- García Marzá D. *Ética empresarial. Del diálogo a la confianza en la empresa*. Madrid: Trotta; 2004.
- González Esteban E. Los restos éticos de la medicina gestionada. En: García Marzá D. (Dir.): En: *La apuesta ética de las organizaciones sanitarias*. Castellón, España: Universitat Jaume I. 2005: : 63.

- González. H. *Prologo*. En Martínez R. *El Dolor Ajeno*. Ediciones Documentas. Santiago de Chile. 1991: 5-9.
- JCAHO: [www.jointcommission.org/](http://www.jointcommission.org/) (revisada 17 Enero 2011)
- Gracia D. *La deliberación moral: el método de la ética clínica*. Med Clin (Barc) 2001; 117:20-23.
- León F. *La difusión de la bioética institucional y social*. En *Bioética razonada y razonable*. Fundación Interamericana Ciencia y Vida. Santiago de Chile 2009: 179-180
- León FJ. *Propuesta de desarrollo del modelo de los principios en una bioética institucional y social*. En: *Bioética Razonada y Razonable*. Santiago de Chile: Fundación Interamericana Ciencia y Vida: 2009: 183-188.
- León F. *Ética y responsabilidad social de las instituciones de salud*. En: *Temas de Bioética social*. Santiago de Chile: Fundación Interuniversitaria Ciencia y Vida; 2011:1
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research; 1979. *Belmont Report*.
- Pico L. A. *Notas para una fundamentación ética de los programas de mejoramiento continuo de la calidad asistencial*. En Lolas F. (Ed.) *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos*. Santiago de Chile: Programa regional de bioética. OPS/OMS; 2000: 108
- Potter RL. *On our way to integrated bioethics: clinical, organizational, communal*. J Clin Ethics 1999; 10: 171-7.

- Potter VR. *Individuals bear responsibility. Bioethics Forum* .1996; 12: 27-8.
- Schyve P. *Patient rights and organization ethics: the Joint commission perspective. Bioeth Forum* 1996;12:13-20.
- Simón P. La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17 (4): 247-259.
- Simón P (Ed.). *Perspectiva ética de algunos modelos internacionales de acreditación de la calidad*. En: *Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*. Madrid: Triacastela; 2005: 73-141
- Spencer E., Mills A., Rorty M, Werhane P, *Organization Ethics in Health Care*, Oxford University Press, 2000 : 5 y 9
- Tauber A. *Patient Autonomy and the Ethics os Responsibility*. Masachusets, MIT Press; 2005 . Citado por León FJ. *Propuesta de desarrollo del modelo de los principios en una bioética institucional y social*. En: *Bioética Razonada y Razonable*. Santiago de Chile: Fundación Interuniversitaria Ciencia y Vida: 2009: 184-188.
- Potter RL. *From clinical ethics to organizational ethics: the second stage of the evolution of bioethics*. *Bioethics Forum* 1996: 12:3-12.
- Werhane P. *Business ethics, Stakeholder theory and the ethicsof healthcare organizations*. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2000;9: 169-81.
- Wilker D. *Institutional agendas and ethics committees*. *Hastings Cent Rep* 1989 (September/October):21-3