

Ética de las instituciones de salud

Mgter. María Inés Villalonga

I.- Rol de la Bioética en las organizaciones sanitarias

La bioética empezó a ser considerada cuando en los años setenta Van Rensselaer Potter preocupado por el “divorcio” entre las ciencias y la humanidad, recurrió a este neologismo a fin de tender un puente al futuro para lograr una mejor vida para los seres vivientes en un ambiente sano y adecuado.

Por la misma época, tomaron estado público una serie de investigaciones médicas desarrolladas en acreditados centros universitarios de Estados Unidos pero bajo situaciones cuestionables por evidenciar sesgos racistas, discriminatorios y abusivos en su realización. En consecuencia en 1974 se gestó la National Commission que elaboró el Informe Belmont. Poco después se editó el primer Tratado de Bioética que fue ampliamente difundido e impuso una perspectiva particular de análisis. La medicina se convirtió en el campo de trabajo predilecto de la reflexión y se afianzó la hegemonía de la escuela anglosajona basada en cuatro principios éticos. Tomando como guía de fundamentación al principialismo la bioética se dedicó a abordar temas relacionados a las decisiones clínicas: Consentimiento informado, Limitación de esfuerzo terapéutico, Orden de no reanimar, Relación médico paciente, confidencialidad, entre otros. La bioética colaboró en modificar el tipo de relación médico-paciente, intentando abolir el paternalismo reinante, y facilitó la aparición de la autodeterminación del paciente en la toma de decisiones clínicas.

Los Comités de Bioética Asistencial se instalaron (con distinta suerte y fuerza) en los grandes hospitales. El método de análisis más usado fue la casuística y el escenario de acción las salas de internación, el consultorio médico, siempre dentro de los muros de la institución sanitaria.

En EEUU a finales de los ochenta se implementó el pago anticipado a las organizaciones de salud acreditados ante la Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), en contraposición al pago por práctica que se venía realizando hasta ese momento. Esta modalidad de pago planteó el desafío de mantener la eficiencia, reducir los costos, aumentar la ganancia marginal y conseguir una relación equilibrada entre cantidad, eficacia y

calidad de servicios. Con estas premisas se intentaron acciones tendientes a disminuir la **variabilidad** en los tratamientos médicos que supone incremento de gastos por la escasa previsibilidad en los usos y compras de insumos. La respuesta a estas inquietudes llegó de mano de los profesionales de la salud que iniciaron la protocolización de los medios diagnósticos y las estrategias terapéuticas de numerosas patologías. Esto se logró gracias al empuje de la Medicina Basada en la Evidencia y al desarrollo de Guías de Práctica Clínica, que ganaron un espacio no solamente para la atención sino también como herramienta para la toma de decisiones económicas/administrativas en las instituciones de salud. La aplicación de este modelo trajo consigo nuevos conflictos de intereses ya que la manera empresarial de gestionar la salud incluyó a otros actores en el ámbito de las decisiones: gerentes, proveedores, empresas farmacéuticas y asociaciones de pacientes.

El modo empresarial de gestión aplicado a los hospitales colocó a la salud en la categoría de mercancía, la atención en un menú adecuado al presupuesto del cliente-paciente y al sistema sanitario en una estructura diseñada por la oferta y la demanda. Los debates éticos empezaron a desarrollarse en torno a aspectos tales como:

- El dilema planteado por Edmond Pellegrino acerca de la “doble lealtad” de los profesionales de salud, que por un lado responden a los pacientes a su cargo y por otro a los gerenciadorees de las instituciones donde esos profesionales ejercían pero además eran empleados;
- Los reparos éticos ante “incentivos económicos” ofrecidos a profesionales, gerentes y pacientes;
- La moralidad en la elaboración de “criterios de inclusión de pacientes” para tratamientos de acuerdo a su capacidad de pago;
- Las prestaciones médicas obligatorias que el Estado debería proveer;
- La corrupción en el ámbito de las instituciones de salud;
- La responsabilidad social de las organizaciones de salud.

En este contexto la reflexión ética se corre del campo meramente clínico y se instala en el plano técnico de los procedimientos, protocolos y procesos tanto organizativos como estructurales de las instituciones que en definitiva materializan un modo particular de entender la salud, los

derechos de las personas y el acceso a los sistemas sanitarios. De este modo la bioética encuentra un terreno más amplio que el de la sala de internación o el gabinete médico; en esta dimensión técnica-administrativa, la orientación resultante del análisis bioético estaría dirigida a realizar operaciones normativas y preventivas. Claro está que esas acciones se desarrollarán en una jurisdicción dada, que a su vez está inserta en un Estado particular, lo cual lleva a la reflexión bioética a un nivel macro y claramente político, entendiendo lo político como la forma de crear consensos para la co-habitación armónica.

Asistimos a una situación en la que la globalización de los mercados y la implementación de economías de corte liberal, vuelve a tomar protagonismo en Latinoamérica. En este contexto la bioética hospitalaria está siendo desafiada a intervenir en el campo poco frecuentado de la ética de las organizaciones de salud.

II.- Concepto de Ética de las organizaciones de salud

Entre los elementos fundamentales en el concepto de la ética de las organizaciones de salud figuran:

- **Existencia de valores compartidos** por los integrantes de la organización. Cuando se alude a los valores éticos de una organización de salud, encontramos una nutrida lista de ellos (Vida – Salud – Bienestar – Libertad - Solidaridad - Responsabilidad - Justicia – Equidad). En una organización la armonización de los valores de las personas resulta en la potenciación de los mismos.
- **Deliberación racional y debate democrático de los procedimientos organizativos y de gestión.** En este punto es imprescindible aplicar el concepto comunicacional de Habermas que supone una mesa de debate a la cual concurren todos los involucrados, en un plano de simetría, aportando razones (no intereses), con la disposición a escuchar y convencer-se de los argumentos ajenos para buscar los puntos de acercamiento de las diferentes posiciones con el propósito de encontrar otras superadoras.

- **Los problemas éticos** propios de las distintas áreas y que afectan al funcionamiento de la organización.
- **Puesta** en valor de la misión y visión de la organización como elementos explícitos e incuestionables del grupo.
- Reconocimiento de una fuerte **relación entre ética – calidad de servicio y seguridad del paciente.**

Con este listado en mente la ética de las instituciones de salud, se aleja de la ética de las empresas cuyo eje prioritario es el rendimiento económico. En la bibliografía existen variados conceptos acerca de la ética de las organizaciones de salud que en general contienen las premisas ya enunciadas. Entre ellos rescatamos la del el Grupo de Trabajo de Bioética de Virginia (citada por Simón Lorda¹) que considera que:

“La ética de las organizaciones sanitarias consiste en un proceso o conjunto de procesos para abordar los problemas éticos inherentes a las áreas económicas, financieras y de gestión de las organizaciones, así como a las relaciones profesionales, educativas y contractuales que afectan el funcionamiento de dicha organización.”

III.- Áreas de trabajo de la Ética de las organizaciones de salud

En las organizaciones de salud la reflexión bioética tiene una función eminentemente preventiva y se desarrolla en distintas áreas donde se incluyen:

- Los problemas éticos referidos a las cuestiones clínicas. El objetivo en este espacio es protocolizar las acciones de atención para evitar posible sufrimiento e injusticia a los pacientes.
- La financiación y administración de la institución porque los aspectos económicos condicionan el acceso a la salud y la eficacia de los tratamientos.

¹ Simón Lorda,P: La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética. Rev Calidad Asistencial 2002;17(4):247-59

- La educación en valores del personal de la institución y de todas las partes interesadas (proveedores, financiadores, comunidad) para desarrollar en forma colectiva un clima ético en el cual todos se comprometan.
- Colaborar en la elaboración de procesos de toma de decisiones coherentes con los valores de la organización.

Los Comité de Bioética Asistencial (CBA) de las instituciones sanitarias por sus características y preparación, serían los más capacitados para identificar, analizar, deliberar y evaluar los problemas éticos en las áreas citadas. Además los CBA están habituados a elaborar cursos de acción posible para cada situación conflictiva en la que son consultados; los CBA no son sensibles a las presiones externas y por otra parte la comunidad hospitalaria confía y respeta sus recomendaciones.

IV.- Relación de la Bioética con la Calidad Asistencial

La palabra calidad (del latín qualitas) alude a las propiedades cualitativas de algo. Cuando nos referimos a calidad nos inclinamos a otorgarle un valor a determinadas cualidades del objeto que analizamos y la presencia o ausencia de éstas en el producto condiciona la calidad del mismo. El término calidad remite a la evaluación de algo en función de la existencia de atributos deseables.

En las primeras décadas del siglo XX las industrias aplicaron una serie de evaluaciones a los objetos fabricados con el fin de controlar que cumplieran con las cualidades estipuladas como deseables. Desde entonces el control de calidad es una operación fundamental no solamente para evaluar la eficacia en la fabricación sino también para categorizar a las empresas productoras. En este mismo sentido en relación a la asistencia sanitaria resulta posible su evaluación para determinar la calidad de la misma en una dada institución.

El quid de toda evaluación de calidad asistencial es la fundamentación de la misma porque esto determina los criterios y estándares de calidad que se aplicarán. Si se considera a la institución como una empresa proveedora de servicios, desde una posición utilitarista, los criterios de

calidad estarán asentados sobre la relación coste/efectividad; contribución marginal; maximización de rentabilidad.

La organización sanitaria que demuestra en su núcleo fundante la estrecha relación entre la perspectiva ética humanista y la calidad:

- reconoce la dignidad de las personas que la conforman,
- respeta los derechos de los pacientes,
- aspira a cumplir con niveles de efectividad y eficacia en los aspectos tecno-científicos,
- integra a las partes interesadas (stake holders) a la toma de decisiones,
- promueve la equidad en el acceso a la asistencia,
- cuida el medio ambiente y
- es consciente de su responsabilidad social,

La organización de asistencia sanitaria que respete esos valores éticos será estimada como segura y de calidad por los pacientes ya que es imposible que se realicen buenas acciones o buenas decisiones divorciadas de fundamentos éticos.

Se pueden encontrar numerosos modelos de acreditación de calidad, sin embargo no todos son aplicables a cualquier institución ya que asientan sobre perspectivas éticas diferentes que condicionan la misión-visión particular de las organizaciones, y justifican la elaboración de creencias de lo que en cada una se supone correcto. Así por ejemplo el funcionamiento tradicional de los hospitales se basa en una organización piramidal de jerarquías, siendo los directivos quienes toman las decisiones que se enuncian como órdenes y se ejecutan sin discusión. Este tipo de organización está orientada al trabajo individual que se desarrolla en un lugar y tiempo determinado. En una institución como la que estamos describiendo la fuerza de trabajo se homogeniza y se termina asignando más valor al control del horario de ingreso-egreso que a la participación y al compromiso de los empleados en la calidad de la productividad. En este tipo de estructura es factible encontrar que algunos sectores funcionan como pequeños compartimentos estancos, con reglas burocráticas propias e inflexibles, sin comunicación con otras áreas. Estas condiciones generan un particular modo de trabajar, de

comportarse, de relacionarse, de elaborar juicios sobre lo que está bien o no, que termina generando el clima ético de la institución.

Víctor y Cullen² definen al clima ético como:

“la percepción de lo que constituye comportamiento correcto, de manera que se convierte en un mecanismo psicológico a través del cual se manejan los asuntos éticos. El clima ético...[determina el criterio moral que sus miembros utilizan para comprender, pesar y resolver estos asuntos.”

El clima ético tiene una gran influencia en la cultura de la institución y por tanto en la toma de decisiones ante los problemas de una organización sanitaria. La Calidad de Atención está relacionada con el clima ético imperante en la institución. En este sentido la creación de un clima ético basado en valores reconocidos y respetados por los integrantes de la organización puede mejorar la satisfacción de los trabajadores, el compromiso organizacional^{3,4,5}, las actitudes del personal en el trabajo^{6,7,8}, y la seguridad para los usuarios de los servicios de salud⁹.

² Martin, KD y Cullen, J B. Continuities and extensions of ethical climate theory: A meta-analytic review. *Journal of Business Ethics*, 69 (2): 175–194, 2006. p. 177, citado en Arango Bayer, G.L. *Clima ético de las organizaciones de salud: revisión de la literatura*

³ VALENTINE, Sean; GODKIN, Lynn y LUCERO, Margaret. Ethical context, organizational commitment, and person–organization fit. *Journal of Business Ethics*, volumen 41 (4): 349–360, 2002.

⁴ CULLEN, John B; PARBOTEEAH, K. Praveen y VICTOR, Bart. The effects of ethical climates on organizational commitment: a two study analysis. *Journal of Business Ethics*, volumen 46 (2): 1–15, 2003.

⁵ SCHWEPKER JR, Charles H. Ethical climate’s relationship to job satisfaction, organizational commitment, and turnover intention in the salesforce. *Journal of Business Research*, volumen 54 (1): 39–52, 2001.

⁶ AMBROSE, Maureen; ARNAUD, Anke y SCHMINKE, Marshall. Individual moral development and ethical climate: the influence of person–organization fit on job attitudes. *Journal of Business Ethics*, volumen 77 (3): 323–333, 2008

⁷ JARAMILLO, Fernando; MULKI, Jay Prakash y SOLOMON, Paul. The role of ethical climate on salesperson’s role stress, job attitudes, turnover intention, and job performance. *Journal of Personal Selling & Sales Management*, volumen 26 (3): 271–282, 2006.

⁸ ERAKOVICH, Rod; BRUCE, Raymon y WYMAN, Sherman. Preliminary results: a study of the relationship of ethical climate and organizational culture in public organizations. Prepared for presentation at the American Society for Public Administration National Conference, Phoenix, Arizona [en línea]. Marzo 23–26 de 2002. Disponible en: <http://www.aspaonline.org/ethicscommunity/documents/Ethical%20Climate%20Paper%20Prelim%20Findings.pdf>.

⁹ PARBOTEEAH, K. Praveen y KAPP, Edward Andrew. Ethical climates and workplace safety behaviors: an empirical investigation. *Journal of Business Ethics*, volumen 80 (3): 515–529, 2008.

V.- Modelos éticos. Herramientas para la creación de un clima ético en la organización

La salud es considerada un valor esencial, un derecho reconocido por la simple condición de humano y su asistencia un derecho de segunda generación. Con esta perspectiva la medicina tiene como fines¹⁰ : prevenir, curar, cuidar y aliviar. Como se observa los fines están centrados en el sujeto y las acciones a realizar remiten a la atención sanitaria. Sin embargo no todas las instituciones adhieren a estos fines como los objetivos de su gestión. Así encontramos empresas que tienen como fin maximizar los beneficios económicos de los financiadores y la estrategia de estímulo para la "producción" se apoya en ofrecer incentivos a los profesionales empleados.

Otro modelo es el de contrato previo. En este caso están previamente establecidos, pautados y pactados entre prestador y beneficiario las coberturas de atención. Bajo este modelo, donde los alcances y limitaciones de la asistencia ofertada son explicitados previamente, no necesariamente se producen menos conflictos para la toma de decisiones al colisionar deberes y derechos.

Un tercer tipo de relación es la del "stake holder"¹¹ que se caracteriza como ejemplo de modelo contractual-moral entre profesionales – pacientes – gerenciadorees. Este modelo se funda en la confianza y en un profundo respeto entre las partes. Cabe resaltar que mientras exista coherencia entre la perspectiva ética de la organización y la consecución de los fines de la medicina, se logrará un beneficio mutuo para la sociedad y para la institución.

En una organización sanitaria generar un clima ético acorde a los valores intrínsecos de los fines de la medicina requiere del trabajo del CBA en variados aspectos. A continuación se presenta un listado a modo de guía, porque esto no se agota con la enumeración sino que espera ser incrementada con la experiencia particular de quienes se interesen en esta temática.

¹⁰ Hasting Center. Los Fines De La Medicina. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas N.º 11 - (2004) Barcelona

¹¹ Cortina,A: conferencia: "Ética De Las Instituciones De Salud". 8 de mayo de 2003. Centro de Bioética. Universidad Del Desarrollo. Chile

Como primera reflexión el comité tendría que integrar las éticas individuales con la ética de la empresa de salud porque tenemos que estar convencidos de la bondad de los juicios éticos que se enuncian en la misión de las instituciones.

En segundo término reconocer que no se pueden soslayar las consecuencias que las acciones de la institución pueden tener sobre la vida y bienestar de los individuos, de la comunidad, de los gestores y del medio ambiente. La responsabilidad que deviene de este análisis se aprecia en la visión de la empresa que resume el posicionamiento de la organización en este particular aspecto.

En tercer lugar dado que la responsabilidad supone dar una respuesta, no podríamos dejar de tener en cuenta que los beneficios de la organización también cubren las expectativas y el interés común de la sociedad.

El CBA tendrá en cuenta para su accionar en la ética de las organizaciones sanitarias los valores que sustentan la calidad en la atención (beneficencia, equidad, precaución, protección, solidaridad, sustentabilidad, responsabilidad, respeto a la autodeterminación, respeto a la dignidad de las personas) y el reconocimiento de los derechos de los enfermos y al acceso sanitario.

Tomando estas reflexiones como fundamentos de trabajo el CBA puede colaborar tanto en la elaboración de códigos éticos como en la conformación de los comités de aplicación y en la auditoría del impacto del mismo en la institución.

Bibliografía

- Simón Lorda,P. La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética. Rev Calidad Asistencial 2002;17(4):247-59
- Simón Lorda,P y col. Grupo de Trabajo de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC) sobre “Ética de las Organizaciones en los Modelos de Calidad” Estándares éticos para una organización sanitaria excelente. Rev Calidad Asistencial 2003;18(6):379-404

- García Fernández ,D. La bioética en las empresas. Revista Etbio Año 3- Núm. 5- 2013
- XXI Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Rev Calidad Asistencial 2003;18(6):379-404
- Ortiz P, A. Ética y empresas productoras de servicios de salud. Rev. Med. Clin. Condes - 2006; 17(1): 31 - 4
- Arango Bayer, GL. Clima ético en organizaciones de salud: revisión de la literatura. Universidad El Bosque • Revista Colombiana de Bioética. Vol. 6 No 1 - Junio de 2011
- Cortina, A. Conferencia: “Ética de las instituciones de salud”. 8 de mayo de 2003. Universidad Del Desarrollo. Centro de Bioética. Disponible en http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/conferencia_adela_cortina.pdf