

La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética

Pablo Simón

Médico de Familia. Doctor en Medicina y Magister en Bioética por la UCM. Centro de Salud Valle Inclán.
Área 7 del IMS. Madrid.

Correspondencia

Pablo Simón Lorda.

Casuarina, 7. 28044 Madrid.

Correo electrónico: pasilo@eresmas.net

Resumen

La ética de las organizaciones es considerada el segundo estadio de desarrollo de la bioética porque busca superar el marco casuístico de la bioética clínica, que se centra en el paciente considerado de manera individual, y avanzar hacia una reflexión más centrada en la manera en que la estructura y el funcionamiento de las organizaciones sanitarias condiciona los conflictos éticos o hace surgir otros nuevos. Nacida en la década de los 90 en los EE.UU. como resultado de una conjunción de fuerzas diversas, entre las que destaca el auge de la medicina gestionada, el fracaso de la reforma sanitaria del presidente Bill Clinton, la influencia de la ética de los negocios o de la empresa (*business ethics*) y el agotamiento del modelo de comités asistenciales de ética vigente hasta hoy, 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. El presente trabajo realiza un repaso de estos condicionantes históricos, da cuenta de la producción bibliográfica más importante sobre el tema y apunta algunos elementos conceptuales. Entre estos últimos se encuentra su ubicación en el marco de un paradigma de corte sistémico, un repaso sobre las definiciones más relevantes de "ética de las organizaciones sanitarias", una referencia a sus posibles contenidos, y una introducción a sus herramientas, con especial referencia a los retos que supone este nuevo marco para los comités de ética. En la última parte se hacen algunos apuntes sobre la relevancia que tiene para España este enfoque y sobre las condiciones adecuadas para su desarrollo.

Palabras clave: Ética de las organizaciones. Ética de la empresa. Bioética. Relación médico-paciente. Relación institución-paciente. Medicina gestionada. Comités de ética. Acreditación.

"La ética médica debe dejar de estar orientada a los casos clínicos para orientarse institucionalmente. Nosotros, los bioeticistas, debemos dejar de aproximarnos a los problemas desde una perspectiva filosófica y adoptar la perspectiva de la ciencia política." (Ezekiel Emanuel)¹

*Una versión preliminar del presente texto aparece en el libro *Bioética: un diálogo plural*. Homenaje a Javier Gafo Fernández, S.J. (Madrid: UPCO, 2002).

Summary

Organizational ethics is viewed as the second stage in the development of bioethics because this branch of ethics seeks to transcend the casuistic framework of clinical bioethics, which is based on the patient as an individual, and concentrates on how the structure and functioning of healthcare organizations conditions ethical problems or causes new ones to arise. Organizational ethics first appeared in the 1990s in the USA as a result of the combination of several factors such as the growth of managed care, the failure of the Clinton Plan, the influence of business ethics, and the redundancy of the traditional Ethical Committee model. In 1995 the Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) added new standards to the Accreditation Manual that dealt with organizational ethics and, in doing so, created this new branch of bioethics.

This article analyzes the history of the development of organizational ethics, describes the most pertinent literature in the field and discusses certain concepts such as the systemic paradigm within which organizational ethics is viewed, the various definitions of the term "ethics of healthcare organizations" and its possible contents, and introduces its tools with emphasis on the challenges that this new framework poses to ethical committees. Finally, we discuss the relevance of organizational ethics to the Spanish healthcare system and the conditions required for its development.

Key words: Organizational ethics. Business ethics. Bioethics. Patient-physician relationship. Institution-patient relationship. Managed care. Ethical committees. Accreditation.

Introducción*

La cita de Ezekiel Emanuel que encabeza el presente artículo, y que es uno de los bioeticistas norteamericanos actualmente más prestigiosos, resulta bien ilustrativa del enorme reto que supone para la bioética el surgimiento de la ética de las organizaciones como nuevo marco de reflexión moral. La ética de las organizaciones sanitarias es una parte de la bioética cuyo desarrollo está todavía en sus fases iniciales. Los acontecimientos que propician su aparición en escena hay que situarlos en los EE.UU. en la década de los ochenta

y primera mitad de los noventa, pero en realidad su desarrollo en la bibliografía bioética sólo se produce a partir de la segunda mitad de los noventa. Se trata, por tanto, de un campo de investigación teórica y aplicada aún en sus inicios, con todavía relativamente poca bibliografía significativa en su haber, pero que ya se revela como uno de los campos más sugerentes y con mayor visión de futuro del mundo de la bioética.

Si en los EE.UU. se trata de un área de trabajo todavía emergente, en España puede decirse que es prácticamente desconocida, aunque sí es cierto que han existido ya foros o autores que la han abordado de manera más o menos explícita²⁻⁴. Sin embargo, es seguro que en los próximos años, cruciales para una articulación de nuestro Sistema Nacional de Salud simultáneamente autonómica y europea, la ética de las organizaciones sanitarias se revelará como un espacio de reflexión y una propuesta práctica en el camino hacia la excelencia de nuestras organizaciones de salud. El propósito de este trabajo es realizar una introducción histórica, bibliográfica y conceptual a la ética de las organizaciones sanitarias, y proponer algunas líneas de trabajo para su posible introducción y desarrollo en España.

El origen de la ética de las organizaciones sanitarias

Como ya se ha señalado anteriormente, es la década de los noventa el momento crucial para el arranque de la ética de las organizaciones sanitarias en los EE.UU. En este apartado se repasarán tanto los factores que explican y condicionan su aparición así como los diferentes momentos relevantes que jalonan dicho proceso.

La bioética y los comités de ética

Ya es sabido que 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 vida⁵. Es cierto que el planteamiento originario de la disciplina, tal como la ideó quien puso en marcha en 1970 el término "bioética", Ressenlaer Van Potter⁷, 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 planeta⁷. 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 esta temática: Canterbury, Spence, Wilkinson, Truman o Moore, con relación a la teoría del consentimiento informado⁸, Quinlan, Saikewicz, Fox, Conroy o Cruzan, en relación con la limitación del esfuerzo terapéutico⁹. La aparición de los comités de ética, sugerida por primera vez por la sentencia del caso Quinlan¹⁰, y de los consultores de ética (un subproducto funcional de los primeros), 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 sanitarias¹¹. 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^{12,13}. 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. 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 a estar, de forma progresiva, cada vez más difuminadas. 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. El reto que tal descubrimiento ha supuesto y supone para los comités de ética tradicionales se verá más adelante.

La medicina gestionada (managed care) y la ética de los negocios (business ethics)

El problema de la alta tecnología médica que desde los años sesenta se había ido incorporando de forma creciente e imparable a la atención sanitaria, no era sólo de orden ético individual para pacientes y profesionales, era también de orden económico. La progresiva incorporación de esta tecnología junto con la creciente complejidad de las instituciones y organizaciones sanitarias, que pasaron de realizar una prestación de servicios sencilla, basada en la autoridad del médico, a una prestación compleja donde intervienen muchos actores

al mismo tiempo, hizo que durante los años setenta los costes sanitarios en los EE.UU. se dispararan de forma alarmante. Tras la crisis del petróleo de 1973, todo el mundo –salvo quizá los propios médicos– era consciente de que se imponía como irrenunciable para los ochenta un proceso progresivo de ajuste económico en el campo sanitario norteamericano. El protagonista de ese proceso será la medicina gestionada, que en realidad no es otra cosa más que el condicionamiento explícito de las decisiones clínicas por factores económicos^{14,15}.

Quizá el punto de arranque 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) que introdujo el programa Medicare en 1983¹⁶. Además, se exigía a los hospitales que recibían fondos de Medicare que realizaran auditorías externas periódicas de sus criterios de admisión y alta, de su asignación de pacientes a los GDR, la cantidad y calidad de la atención prestada, etc. El pago prospectivo suponía un estímulo financiero para el hospital, puesto que, si conseguía reducir el coste neto de su GDR, podría obtener beneficios. Pero, además, suponía un reto para los profesionales, puesto que por primera vez los gestores iban a empezar a señalar como deficientes en cantidad o calidad sus actuaciones, y además a condicionarlas económicamente de forma explícita. La *variabilidad* de la práctica médica empezó entonces a verse como una de las principales fuentes de ineficiencia.

El sistema introducido por Medicare fue rápidamente copiado por las entidades privadas compradoras de servicios sanitarios, Health Maintenance Organizations (HMO), que estaban igualmente preocupadas por contener unos costes –sobre todo de compra de servicios hospitalarios– que ya resultaban insostenibles para su estabilidad económica, y que hasta entonces utilizaban básicamente el pago por servicio (*fee-for-service*) a la institución o profesional prestador del mismo¹⁷. Así, progresivamente, los médicos se vieron obligados a justificar ante su institución y/o su HMO el motivo por el cual se ordenaba tal o cual ingreso hospitalario o se solicitaba tal o cual intervención diagnóstica o terapéutica, médica o quirúrgica, so pena de sufrir algún tipo de penalización económica. La *protocolización* y, ya en los noventa, bajo la égida de la medicina basada en la evidencia, el establecimiento de *guías de práctica clínica* ha sido la manera en la que profesionales y organizaciones han tratado de afrontar esta situación de conflicto.

Pronto las HMO añadieron una versión positiva del control de la variabilidad, la *incentivación* económica en función de los resultados de cantidad y calidad obtenidos. En cualquier caso, mediante incentivación o penalización, el objetivo era el mismo: que los profesionales asumieran una parte del *riesgo económico*. No tardaron mucho en empezar a oírse las voces de los profesionales que decían que al coartar la libertad clínica, negativa o positivamente, a quien en realidad se estaba trasladando de verdad el riesgo era a los pacientes, y que ello podía ser contrario a la ética médica. En los primeros años de la década de los noventa el debate ético sobre las bondades y maldades de las prácticas de medicina gestionada era intensísimo, y abarcaba infinidad de tópicos, como la

doble agencia de los médicos¹⁸, la *selección* de pacientes y la limitación de terapias, la erosión del derecho al consentimiento informado, el *riesgo moral* de la incentivación económica de los médicos, etc.¹⁹⁻²¹.

Para tratar de sobrevivir en un entorno tan adverso moralmente, las empresas sanitarias norteamericanas empezaron a buscar la manera de reforzar su credibilidad ética. Uno de los puntos de apoyo que utilizaron para empezar a construir la ética organizacional fueron los mecanismos que se habían ido creando –códigos éticos o comités *anticorrupción*– para ajustarse a las normas de los programas federales de los que recibían fondos (Federal Sentences Guidelines)²², que se habían desarrollado en la Administración norteamericana como reacción al escándalo *Watergate*, a mediados de los años setenta, para impedir las prácticas de corrupción en las empresas que recibían fondos públicos. A medida que las HMO fueron adquiriendo relevancia y protagonismo durante los años ochenta, el Departamento de Justicia fue aumentando la presión y la vigilancia sobre ellas para asegurar que se cumplieran esas normas. Pero para que estos mecanismos pasaran de ser simples exigencias externas de control a verdaderas palancas de reflexión interna hubo de entrar en escena, a finales de los ochenta y principios de los noventa, otra de las grandes ramas de la ética aplicada, la ética de los negocios (*business ethics*) o, mejor, la ética de la empresa.

La ética de la empresa seriamente elaborada –no la que aparece en la tan por desgracia abundante literatura de manual para ejecutivos, que no es sino vulgar etiqueta moral o cínica estrategia– es una disciplina muy rica y floreciente que ha aportado al debate fundamentalmente cuatro cosas^{23,24}. En primer lugar, una reflexión sobre las responsabilidades morales y sociales de las empresas, que en contra de lo que Milton Friedman defendió en su día, parecen ir más allá de la mera responsabilidad hacia los propietarios o accionistas en términos de obtención del mayor beneficio económico posible. En segundo lugar, el desarrollo de una forma de análisis de esas responsabilidades, la teoría de los *stakeholders*, esto es, del análisis de los intereses, derechos o valores de todos los afectados directa o indirectamente por una decisión empresarial. En tercer lugar, una reflexión sobre la necesidad de entender las empresas como organizaciones sociales con identidad moral, con fines y valores propios, que pueden y deben analizarse críticamente, y perseguirse y potenciarse mediante fórmulas organizativas, estructurales, desarrolladas de forma participativa por sus integrantes. Por último, algo muy importante, que cada vez con mayor frecuencia, sólo las empresas con una ética consistente y coherente podrán alcanzar adecuados grados de excelencia, serán, como dicen Collins y Porras²⁵, “compañías visionarias”, y sobrevivirán a las cada vez más altas exigencias morales de los consumidores. Lógicamente tales presupuestos venían a reforzar la idea de que si las distintas empresas compradoras o prestadoras de servicios sanitarios querían sobrevivir en un entorno tan altamente competitivo como el mercado sanitario norteamericano de comienzos de los noventa, tenían que transformar muchas de las prácticas consolidadas en los ochenta y avanzar en el desarrollo de una ética de la organización.

La política sanitaria norteamericana y la reforma Clinton (fracasada)

La introducción de las herramientas de la medicina gestionada en el entorno sanitario norteamericano no sólo afectó a los pacientes asegurados, sino también a los que no tenían ningún tipo de seguro, privado o público. Hay que recordar que al programa Medicaid no acceden, sin más, los “pobres”, sino sólo aquellos que cumplen algunas condiciones adicionales como, por ejemplo, tener hijos, o estar ciegos o discapacitados. Muchos de los pacientes sin seguro eran atendidos en los hospitales privados y el coste de la atención que ellos no podían asumir la cubría la institución con los márgenes de beneficio que producía la sobrefacturación del modelo de pago por servicio. Pero ahora el sistema de pago prospectivo impuesto por las agencias federales o las HMO reducía drásticamente la capacidad de los centros sanitarios para atender a estos pacientes. En 1990 se estimaba que unos 30 millones de norteamericanos se encontraban en esta situación, de los que hasta un 32% eran niños, y algunas influyentes sociedades médicas profesionales, como el American College of Physicians, clamaban para que se pusiera coto a esa situación mediante la creación de un Sistema Nacional de Salud de corte europeo o canadiense^{26,27}.

No hay que olvidar que la década de los ochenta es republicana, dominada por la era Reagan (1981-1989) y por su epígono, Bush padre (1989-1992). La receta neoliberal aplicada en esa década generó una disminución del poder adquisitivo del norteamericano medio que trató de compensarse mediante la bajada de los impuestos y los consiguientes recortes en la financiación pública de los programas sociales y sanitarios. La reforma de Medicare que antes hemos comentado fue el resultado directo de esta situación.

Cuando el demócrata Clinton accedió al poder en 1992 llevaba en su programa la promesa de reformar el sistema sanitario norteamericano para introducir un sistema de prestaciones y cobertura universal. Y ello con una financiación obtenida únicamente mediante la mejora en la gestión de los fondos públicos, eliminando el despilfarro, el abuso y el fraude; es decir, sin subir los impuestos, una promesa complementaria absolutamente imprescindible para conquistar el favor de los electores, aunque difícil de compaginar con la cruda realidad de los números.

Obviamente el potente mercado sanitario no estaba dispuesto a favorecer lo más mínimo esta reforma y se dedicó a sabotearla por todos los medios posibles. A finales de 1995 ya podía decirse que la reforma sanitaria de Clinton había concluido con un estrepitoso fracaso. Pero según muchos bioeticistas dicho fracaso también era atribuible a la propia forma en que el Plan Clinton se había confeccionado: con gran secretismo y sin debate público²⁸. El objetivo era evitar, al parecer, que se filtrara a la opinión pública el hecho de que el plan contemplaba limitaciones importantes a la prometida cobertura universal, cosa que, por otra parte, el controvertido Plan Oregón había puesto de manifiesto como inevitable en el contexto norteamericano²⁹. Incluso el grupo de ética del Plan Clinton, al que pertenecían importantes bioeticistas de filiación demócrata, como Norman Daniels o Dan Brock, fue presionado para que en sus informes no apareciera explícitamente

la idea de racionamiento³⁰. El caso es que cuando los ciudadanos tuvieron conocimiento de la realidad, la decepción y el desinterés minaron la única fuerza que el Plan tenía para oponerse a los embates del mercado sanitario: la opinión pública.

El fracaso del Plan está relacionado con el giro de la bioética hacia la ética de las organizaciones, porque puso de manifiesto las dificultades para poner en práctica la reflexión macroética en torno al principio de justicia. Da la impresión de que tras el fracaso de la reforma Clinton, a los bioeticistas norteamericanos no les ha quedado más remedio que aceptar que, por ahora, su sistema sanitario es el que es, y que la única forma de introducir la reflexión moral en su seno es a través de las propias organizaciones que lo componen, a través, por tanto, de una *mesoética* o interética³². Así, a partir de 1995, en un panorama dominado por la expansión acelerada del mercado sanitario norteamericano, su complejidad organizacional creciente, la diversificación de servicios y la concentración de empresas sanitarias y capitales, no es que los bioeticistas abandonen ni mucho menos la reflexión macroética, sino que o bien pasará a un segundo plano, desplazada por la urgencia de construir el nuevo campo de la ética de las organizaciones sanitarias, o bien se hará siempre desde una perspectiva más práctica, tomando como punto de partida inevitable la realidad incontestable de la medicina gestionada³².

Calidad y acreditación: el papel de la Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) y de otras organizaciones

Existe un acuerdo bastante unánime en la bibliografía sobre ética de las organizaciones sanitarias en señalar el año 1995 como el año que marca el punto de arranque de la reflexión teórica sobre esta materia. El motivo es que en ese año, 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 “ética de la organización”. Así, el nuevo capítulo del manual se titulaba “Derechos de los pacientes y ética de la organización”³⁴.

Como es sabido, la JCAHO nació en 1952 para dar continuidad al Programa de Acreditación de Hospitales que hasta entonces lideraba en solitario el American College of Surgeons³⁵. La nueva JCAHO surgió del acuerdo entre cinco asociaciones profesionales relevantes, cuatro norteamericanas (American College of Surgeons, American College of Physicians, American Medical Association y American Hospitals Association) y una canadiense (Canadian Medical Association). En 1958 la asociación canadiense se retiró para formar su propia entidad acreditadora. Y en 1964 la JCAHO se independizó económica y funcionalmente de las asociaciones antes citadas, y en los siguientes años se convirtió en entidad acreditadora oficial de las instituciones sanitarias que querían recibir fondos de los recién creados programas federales Medicare y Medicaid. El papel de la JCAHO en el impulso de la metodología de la calidad en el mundo sanitario norteamer-

ricano es, obviamente, crucial. Durante los años ochenta la JCAHO exigió que todos los centros desarrollaran programas de calidad e impulsó los sistemas de monitorización. Posteriormente, desarrolló sistemas de indicadores de proceso y resultado, y facilitó la incorporación al mundo sanitario de los conceptos y estrategias de la calidad industrial; esto último es muy comprensible en el entorno del mercado sanitario de finales de los ochenta y principios de los noventa. En cualquier caso, lo importante es señalar que la trayectoria de la JCAHO va vinculando progresivamente como inseparables los conceptos de calidad, acreditación, gestión eficiente y, ahora se verá, ética.

La JCAHO ha desempeñado históricamente un papel relevante en el desarrollo de la bioética norteamericana³⁵. En la versión de 1971 de su manual de acreditación incluyó en el prólogo una declaración general reivindicando los derechos del paciente. Luego, después de que la American Hospitals Association (AHA) hiciera pública en 1972 su histórica Carta de los Derechos de los Pacientes³⁷, estos derechos fueron incorporándose de forma dispersa y paulatina en los criterios y estándares de acreditación de las sucesivas versiones del manual de acreditación. En 1978 aparecieron los estándares relacionados con el derecho al consentimiento informado. Finalmente, la versión de 1991 agrupó todos esos criterios y estándares en un capítulo titulado "Derechos de los pacientes", y la de 1992 exigió que las instituciones sanitarias dispusieran de algún tipo de estructura o mecanismo para respetar estos derechos. Esto supuso un espaldarazo muy importante para los comités asistenciales de ética, que se revelaron como la "estructura o mecanismo" idóneo para satisfacer dichos estándares. En 1995-1996, como se ha mencionado, ese capítulo se transformó en "Derechos de los pacientes y ética de la organización". Como guía orientativa para que las instituciones pudieran cumplir más fácilmente con estos criterios y estándares, la JCAHO publicó en 1998 un libro de consulta con numerosos ejemplos y propuestas³⁸. Finalmente desde 1999, la división internacional de la JCAHO, Joint Commission International Accreditation³⁹, cuya misión es facilitar la acreditación de instituciones no norteamericanas, contiene también en su manual de acreditación un capítulo dedicado a "los derechos de los pacientes y las familias", donde se incluye también la ética de la organización, aunque sin diferenciarla explícitamente como se hacía en 1995^{39,40}.

El planteamiento de 1995 de los criterios y estándares sobre ética de las organizaciones era el resultado del entorno asistencial del momento en que fueron redactados, y que se han descrito en párrafos anteriores. Tenían sobre todo el valor de poner sobre el tapete como exigencia de calidad el desarrollo de una nueva manera de entender las exigencias morales de una organización. Pero en ellos se identificaba en buena medida la ética de la organización con la ética de las prácticas económicas (*marketing* de la organización, admisión, alta, traslado y cobro de los pacientes, o incentivación de los profesionales), y sorprendía la relevancia que se otorgaba al "código ético", en detrimento, por ejemplo, de las estructuras y procedimientos. Este tipo de planteamiento estaba muy en sintonía con determinadas formas de entender la ética de las organizaciones desde la perspectiva de la ética

de los negocios. Pero, precisamente por ello, por su cortedad de miras, esta visión de la ética de las organizaciones sanitarias fue muy criticada. Por ejemplo, para Goodstein y Potter estos estándares no eran capaces de asumir la complejidad moral del proceso asistencial, donde dimensiones tan importantes como la competencia profesional, la comunicación entre profesionales o pacientes, la compasión o la continuidad de la atención y los cuidados podían estar amenazados por las prácticas económicas centradas en el ahorro⁴¹. Por eso proponían la modificación de los estándares para incluir más explícitamente estas dimensiones y subrayar la necesidad de desarrollar procesos e infraestructuras éticas organizacionales. Por su parte, Corsino expresaba sus temores de que el desarrollo tanto de los derechos de los pacientes y la ética de la organización se centrara excesivamente en los comités de ética, como estructuras hiperespecializadas en ética, sí, pero desconectadas de una concepción más amplia que infiltrara e implicara a todos los miembros de la institución al mismo tiempo, haciéndoles sentirse corresponsables del desarrollo de la ética de la organización^{42,43}.

Lógicamente, la JCAHO ha sido sensible a éstas y a otras críticas. Posiblemente por este motivo todos los criterios internacionales de 1999 y 2000 del capítulo sobre derechos de los pacientes y las familias 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.

En el desarrollo de la ética de las organizaciones sanitarias norteamericanas también han tenido un papel relevante otros colectivos diferentes a la JCAHO. Ya se han señalado antes los estrechos vínculos existentes entre la JCAHO y la AHA. Esta última hizo público en 1992 un documento de recomendaciones (*management advisory*) para sus asociados con el expresivo título de "Conducta ética de las instituciones sanitarias"⁴⁴. Este documento todavía evidencia una comprensión poco evolucionada de la ética de las organizaciones sanitarias, y refleja una orientación muy empresarial. Sin embargo, tras la reforma de 1995 de los criterios de acreditación de la JCAHO, la AHA puso en marcha en 1997 un programa de formación en ética de las organizaciones de los directivos de sus instituciones asociadas (Organizational Ethics Initiative), para impulsar su implantación y el cumplimiento de los criterios de la JCAHO. Por su parte, el American College of Healthcare Executives (ACHE), la organización de directivos sanitarios más importante de los EE.UU., muy vinculada a su vez a la AHA, hizo público en 1995 su Código de Ética, documento que se ha convertido en otro texto de referencia para la construcción de la ética de las organizaciones sanitarias en los EE.UU., al explicitar las responsabilidades éticas de los ejecutivos de las instituciones sanitarias⁴⁵.

Por último, el Grupo de trabajo de Bioética de Virginia es un grupo autónomo en el que participan diversas instituciones, centros y organizaciones sanitarias del estado de Virginia, preocupados por la mejor manera de impulsar la bioética

ca entre ellos, mejorando el funcionamiento de sus comités de ética e impulsando la puesta en marcha de programas corporativos de ética organizacional. En 1997 dicho grupo, liderado por Edward M. Spencer, director del Centro de Bioética de la Universidad de Virginia, emitió unas recomendaciones para poner en marcha procesos y procedimientos de ética de las organizaciones en las instituciones sanitarias que constituyen una aportación esencial por su perspectiva fuertemente organizacional, alejada de los planteamientos más centrados en lo empresarial y económico⁴⁶.

La eclosión de la bibliografía sobre ética de las organizaciones sanitarias

Aunque ya antes de 1995 puede localizarse alguna publicación que aborda más o menos explícitamente la ética de las organizaciones sanitarias⁴⁷, lo cierto es que es fundamentalmente a partir de esa fecha cuando se inicia la eclosión de la reflexión teórica sobre este tema.

En verano de 1996, *Bioethics Forum*, la revista del Midwest Bioethics Center, uno de los muchos centros de bioética que se han creado desde 1970 en los EE.UU., dedicó un número monográfico a la ética de las organizaciones que se ha convertido en un punto de referencia bibliográfico imprescindible⁴⁸.

En diciembre de 1997 la revista *Healthcare Ethics Committee Forum (HEC Forum)* anunció la creación de una nueva sección fija dedicada a la ética de la organización y administración sanitaria. Desde entonces esta revista, orientada explícitamente a los comités de ética y editada por Judith Wilson Ross y Stuart F. Spicker, dos personajes históricos en el desarrollo de los comités de ética norteamericanos, mantiene esa sección, que se ha convertido en uno de los foros de debate habituales sobre ética de las organizaciones sanitarias. Como resultado de ello, en junio de 1998 apareció en *HEC Forum* un número monográfico sobre el tema. Al igual que el de *Bioethics Forum*, dicho monográfico se ha convertido ya en un punto de referencia bibliográfico fundamental⁴⁹.

También en 1998 apareció el documento titulado *Competencias fundamentales para la consulta en bioética*, elaborado por el Grupo de Trabajo conjunto de dos importantes sociedades norteamericanas de bioética –actualmente fusionadas–, la Society for Health and Human Values y la Society for Bioethics Consultation⁵⁰. Este documento plantea por primera vez que los consultores en ética de las instituciones sanitarias deben ser competentes para abordar los problemas de ética tanto clínica como de la organización. Ya se ha criticado que la visión de la ética de la organización que tiene el grupo de trabajo todavía está demasiado influenciada por la ética de los negocios⁵¹, pero aun así el documento constituye otro punto de referencia ineludible.

De diciembre de 1998 es el monográfico sobre *administrative ethics* del *Online Journal of Issues in Nursing*, cuyos artículos están en acceso directo en la Red⁵². Y a principios de 1999 el Kennedy Institute of Ethics Journal publica una *scope note*, es decir, una revisión bibliográfica crítica y exhaustiva sobre la bibliografía existente sobre ética de las organizaciones sanitarias⁵³. Ello supone el reconocimiento ex-

plícito de la existencia de una producción bibliográfica suficientemente consistente como para delimitar claramente un área de interés en bioética. El título de la *scope note* es, por otra parte, bien significativo. En el otoño de ese mismo año otra de las grandes revistas norteamericanas de bioética, el *Journal of Clinical Ethics*, publica su también ya esencial monográfico sobre ética de las organizaciones⁵⁵.

Por último, merece la pena destacar el breve pero interesantísimo documento de junio de 2000 sobre ética de las organizaciones sanitarias, elaborado por un grupo de trabajo del Instituto de Ética de la American Medical Association (AMA), en el que participaba Linda Emanuel. En él se encuentra el primer esfuerzo serio por desarrollar un procedimiento de aplicación del análisis de los *stakeholders* a los conflictos éticos de las organizaciones sanitarias⁵⁵.

A partir de 2000, los primeros libros dedicados monográficamente al tema, el de Robert T. Hall⁵⁶, con acusada influencia de la ética de los negocios, el de Spencer, Mills, Rorty y Werhane, con una aproximación más clínica y gestora⁵⁷ y, finalmente, en junio de 2001 el coordinado por Philip J Boyle⁵⁸, muy orientado por la teoría de las organizaciones.

Sin duda, esto es sólo el comienzo. En los próximos años la bibliografía sobre ética de las organizaciones sanitarias experimentará, con toda seguridad, un crecimiento exponencial hasta convertirse en uno de los temas preferentes en el campo de la bioética. Y no sólo en los EE.UU., porque la exigencia del desarrollo de este campo va a ser tan universalizable como lo ha sido ya el de la bioética clínica⁵⁹.

Conceptos fundamentales de ética de las organizaciones sanitarias

Definición y conceptos básicos

Antes de señalar las definiciones de ética de las organizaciones sanitarias que pueden encontrarse en la bibliografía, conviene abordar primero el marco conceptual que la ubica en un paradigma de corte sistémico, muy influido por la teoría de las organizaciones y la ética de la empresa⁶⁰. Según este paradigma, 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. Así, 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.

La bioética clínica versaría sobre el entramado de relaciones humanas y decisiones clínicas que, en este primer círculo, 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 organización sanitaria. El encuentro profesional-paciente no se produce en una isla desierta, sino en la consulta o habitación de un determinado centro sanitario que pertenece a una determinada organización sanitaria. Tanto el centro sanitario como la organización 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 sanitaria 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.

Pero todavía podrían plantearse más círculos concéntricos envolventes: por ejemplo, otro que haría referencia a la ética de la salud pública internacional, con cuestiones como, por ejemplo, el análisis ético de las causas de la altísima morbilidad en los países del Sur pobre, y de sus posibles soluciones, o los problemas éticos de la investigación transnacional con seres humanos. Por último, 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 o a las repercusiones de la clonación de seres humanos a escala general, y donde el análisis debería estar guiado por principios éticos como el principio de responsabilidad de Hans Jonas⁶¹ o del desarrollo sostenible. En realidad, 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 más colectiva de las mismas⁶².

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.

Una vez enmarcada conceptualmente la ética de las organizaciones sanitarias de esta manera, es posible ahora alguna de las definiciones que de ella se han hecho en la bibliografía. En su artículo de 1996 Robert Lyman Potter proponía definir la ética de las organizaciones del siguiente modo:

"Definiré la ética de las organizaciones como el uso intencionado de los valores para guiar las decisiones de un sistema. El uso intencionado de esos valores implica que los miembros de un grupo cooperativo de personas han reflexionado sobre un conjunto de valores, los han articulado correctamente y los han aceptado como normativos para la cultura de su organización. Dado que consideran normativo ese conjunto de valores, éste constituye la primera guía que dirige la toma de las muchas decisiones que se requieren para conducir dicho sistema hacia el fin subyacente en dicho conjunto de valores consensuados."

En 1999, proponía una nueva definición, más explícitamente dirigida a las organizaciones sanitarias:

"La ética de las organizaciones sanitarias 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"⁶³.

En estas definiciones llama la atención la referencia al proceso de deliberación, discernimiento o consenso racional como método fundamental para la articulación de los valores y su aplicación práctica al nivel organizacional. Así, la deliberación moral es el método clave de la ética de las organizaciones, como lo es de la bioética clínica⁶⁴.

Por su parte, el Grupo de trabajo de Bioética de Virginia propone la siguiente definición:

"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."

Edward Spencer y Ann Mills, en 1999 encuentran que esta definición:

"Requiere que las actividades de ética organizacional articulen todos los aspectos del funcionamiento de la organización, de tal manera que se pueda desarrollar y mantener un clima ético adecuado. Este clima ético define la organización tanto interna como externamente y penetra toda la organización en su conjunto. Y se construye sobre las declaraciones de la organización en torno a su misión y sus valores, su código de ética, sus protocolos que regulan cuestiones éticas es-

pecíficas y, sobre todo, a través de su propio efecto en las actitudes y prácticas de todos los integrantes de la organización.”

Con ello tratan de evitar que se confunda la ética de las organizaciones sanitarias con una cierta manera de entender la *business ethics* más como ética de los negocios que como ética de la empresa, y acercarla más a la reflexión ética que bebe de la teoría de las organizaciones. Así, esta última perspectiva piensa que las organizaciones tienen siempre una identidad moral, defienden determinados valores, tienen responsabilidades sociales, y que en ellas se generan climas éticos que interactúan con las personas que integran dichas organizaciones. Por ello, no es de extrañar que, en su reciente libro, estos autores hayan propuesto una nueva definición que insiste en estos aspectos:

“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.” (Spencer et al, 2000; p. 5.)

Para terminar este recorrido conceptual por la ética de las organizaciones resulta interesante hacer referencia a la serie de enunciados abiertos sobre la ética de organizaciones sanitarias que Robert Lyman Potter exponía en su artículo de 1996 de *Bioethics Forum*. Una adaptación y retoque de esos enunciados podría hacerlos quedar condensados en los 10 siguientes:

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.
5. Todas las organizaciones se componen de personas, y todas (directivos y profesionales) toman decisio-

nes 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 ofrecer 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.

Los contenidos fundamentales de la ética de las organizaciones sanitarias

¿De qué trata entonces la ética de las organizaciones sanitarias? Pues recogiendo lo que dice la bibliografía antes señalada pueden apuntarse al menos cuatro grandes áreas de trabajo.

- Un primer contenido tiene que ver con la bioética clínica, a la que, como se ha dicho, la ética de las organizaciones asume y coloca en un nivel superior. Así, 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. En la tabla 1 se encuentra una lista de temas susceptibles de ser protocolizados. Por otra parte, todo proceso, vía, programa o protocolo clínico debería contener consideraciones éticas, bien 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.
- Un segundo contenido de la ética de las organizaciones sanitarias se acerca a las cuestiones más estricta-

Tabla 1. **Temas susceptibles de ser tratados en un protocolo ético**

Consentimiento informado
Evaluación de la capacidad de los pacientes
El paciente menor de edad
Decisiones de representación o sustitución en pacientes incapaces
Planificación anticipada de las decisiones al final de la vida (voluntades anticipadas)
Decir la verdad (hablando con los pacientes y familias sobre diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento en enfermedades de mal pronóstico)
Órdenes de no reanimar
Las creencias religiosas y culturales, y sus repercusiones en la práctica clínica
Aborto
Esterilización
Acceso a las técnicas de reproducción asistida
Ingresos forzados por enfermedad mental
Limitación del esfuerzo terapéutico (retirada o no inicio de terapias de soporte vital)
Restricciones mecánicas o químicas en pacientes agitados
Confidencialidad, privacidad y secreto profesional
Objeción de conciencia
Consejo genético
Detección y abordaje de la sospecha o evidencia de malos tratos (niños, mujeres, ancianos)
Uso racional del medicamento
Donación, extracción y trasplante de órganos
Investigación en seres humanos
Investigación en animales de laboratorio
Las relaciones de los profesionales y directivos con la industria farmacéutica y otros proveedores

mente económicas y de gestión, y bebe de la fuente de la ética de la empresa; por eso, se encuentran aquí los temas de financiación de la organización o institución 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. Además, son también importantes los temas relativos a las condiciones de acceso a las prestaciones o servicios sanitarios, a su uso eficiente, y a los recursos humanos: contratación, supervisión, remuneración, incenti- vación y participación en las decisiones. Por último, cabe señalar las cuestiones de relación con los provee- dores, publicidad y relaciones exteriores de la orga- nización, etc. Como puede verse el análisis de los *stakeholders* es, en todo este apartado, un punto inevitable⁶⁵.

- 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 or-

ganización los plasme 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 estrechos con las líneas de trabajo en calidad.

- Por último, la dimensión educativa es fundamental para la ética de las organizaciones, por la ineludible necesidad de generar un clima ético adecuado, sin el cual se bloqueará toda posibilidad de cambio. Si no se consigue un cierto grado de implicación de las per- sonas 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.

Las herramientas de aplicación

Dado que la ética de la organización supone la integra- ción de la bioética clínica en un nivel superior, obviamente la herramienta básica de trabajo con que ha contado la bioética clínica hasta ahora dentro de las organizaciones sanitarias debe sufrir un proceso similar. Es decir, los comités asisten- ciales de ética que se han desarrollado en muchas organiza- ciones e instituciones sanitarias norteamericanas se revelan ahora según la bibliografía norteamericana como simultánea- mente necesarios e insuficientes. *Necesarios* porque se consi- deran un punto de partida crucial, e *insuficientes* porque se piensa que necesitan ser seriamente reformados o integrados en otras estructuras, para poder responder así mejor en un horizonte más amplio como es el de la ética de las organiza- ciones sanitarias.

De hecho la tendencia actual parece ser la considera- ción de la ética organizacional como una gran línea estratégi- ca bajo cuyo amparo se creen programas o infraestructuras básicas de ética organizacional. En ese marco se integrarían los comités asistenciales de ética más tradicionales. Según David Renz y William Eddy toda infraestructura ética⁶⁶:

- Debe estar orientada a todo el sistema organizativo y contar con un conjunto de estructuras y procesos ade- cuadamente coordinados.
- Debe abarcar todas las posibles clases y categorías de problemas éticos, bien sean individuales, de colecti- vos profesionales o de toda la institución.
- Debe 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 di- versos grupos.
- Debe adoptar una perspectiva amplia y a largo plazo.
- Debe implicar a todos los niveles de la organización, incluyendo al equipo directivo, los profesionales sani- tarios, los pacientes y sus familias, y a los represen- tantes de la comunidad.

Para ello, estos autores señalan cuatro estrategias opera- tivas básicas:

- Llevar a cabo un proceso formal que permita clarificar y articular los valores de la organización y ligarlos a la misión y visión.
- Facilitar la comunicación y el aprendizaje sobre la ética y los problemas éticos, incluyendo una clarificación de los valores y una reflexión sobre la forma en que éstos están ligados a lo que se hace en la práctica.
- Crear estructuras que apoyen y alimenten una cultura corporativa de integridad ética.
- Crear procesos que monitoricen el cambio y ofrezcan una buena retroalimentación del desempeño ético de la organización.

Obviamente en aquellas instituciones u organizaciones donde exista ya un comité de ética asistencial, es éste el que se debería convertir en piedra angular y motor de este cambio. Según Edward Spencer y el Grupo de Trabajo de Bioética de Virginia hay varias razones para aconsejar que esto sea así. En primer lugar, porque habitualmente no existe en el interior de las organizaciones sanitarias ninguna otra estructura habituada y entrenada para abordar los conflictos éticos de una manera rigurosa, abierta y honesta. En segundo lugar, porque, 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. En tercer lugar, porque un comité de ética ya formado está menos expuesto a recibir presiones externas de los gestores, los financiadores o los juristas. Y en cuarto lugar, porque los aspectos de ética organizacional serán mejor comprendidos y aceptados por los usuarios, los profesionales o la comunidad si es un organismo independiente y con prestigio quien los plantea.

Según estos mismos autores, el asumir esta tarea exige que el comité entre en un proceso de reorganización. Este proceso debería comenzar por una revisión de la misión, funciones y actividades del comité, con el objeto de incluir en ellas el abordaje de la ética organizacional. La función de protocolización debe ser ahora, según estos autores, la principal del nuevo comité. A continuación habría que ampliar la gama de profesionales que participen en el comité, con el objeto de incluir a miembros del equipo directivo, de la dirección de gestión, etc., y si no se ha hecho de la comunidad de usuarios. Un tercer paso sería retomar la formación del nuevo comité, incluyendo ahora cuestiones de ética de la organización, la dirección y la gestión. Por último, proponen que el comité se subdivida en dos subcomités, uno de ética de la atención sanitaria y otro de ética organizacional, que trabajen coordinadamente. Las decisiones y recomendaciones serían tomadas y emitidas por el comité general de ética.

La ética de las organizaciones sanitarias en España: un reto para el futuro inmediato

El campo de la ética de las organizaciones sanitarias es todavía prácticamente desconocido en España. Las organi-

zaciones sanitarias, los profesionales y la sociedad todavía están en la fase de reconocer la importancia de desarrollar adecuadamente la bioética clínica. Por otra parte, siempre surge la duda de si algo ideado en un entorno sanitario tan distinto del nuestro como es el norteamericano puede trasladarse a nuestro país. Esta misma pregunta también se hizo en su día cuando se empezó a hablar de la bioética clínica y de algo tan extraño a nuestro paternalismo tradicional como era la reivindicación del principio de autonomía; una “moda” de los norteamericanos que ya irritaba a Marañón⁶⁷. Y sin embargo aquí estamos, con la bioética clínica en un momento de crecimiento expansivo en nuestros sistemas sanitarios. Quizá la cuestión no es, por tanto, si se debe copiar o no, sino reconocer que las cuestiones morales son inherentes a la condición humana, y que aunque sean formuladas y abordadas de formas diferentes en diferentes lugares y tiempos, siguen ahí, sin reconocer fronteras ni lenguas. En el globalizado mundo occidental, las ideas e inspiraciones circulan con mucha rapidez, y es poco inteligente rechazar algo simplemente porque llega del otro lado del Atlántico, como también lo es aceptarlo acríticamente. Por eso, a poco que se explore el horizonte que se avecina, con cambios acelerados en la composición y estructura de nuestro Sistema Nacional de Salud, cualquiera puede darse cuenta de que la ética de la organización sanitaria puede ser, en el futuro inmediato, uno de los elementos clave de diferenciación de unas organizaciones y otras. Y esto será esencial en un panorama previsiblemente menos rígido, cada vez más marcado, si no por la competencia entre proveedores públicos y privados, sí con seguridad por una profundización en el concepto de mercado interno en el ámbito público, una realización efectiva de la libre elección del usuario, a quien sin duda seguirá el dinero donde vaya.

Por ello es fundamental que las organizaciones sanitarias, los equipos directivos y los propios profesionales de España comiencen a pensar en la necesidad de colocar la ética organizacional como uno de los pilares de la planificación sanitaria. La implantación de sistemas de acreditación de la calidad –que previsiblemente va a ser una realidad más autónoma que estatal– es algo que sin duda impulsará su desarrollo, aunque se precisará una valoración más detenida al respecto.

Sin embargo, hay que reconocer algo obvio: que el entorno sanitario español tiene importantes diferencias con el norteamericano. El carácter fundamentalmente público de nuestro sistema de aseguramiento y provisión de servicios sanitarios colorean nuestra realidad de manera bien distinta. Por eso, el desarrollo de la ética de las organizaciones sanitarias en nuestro país habrá de tener una importante capacidad de adaptación e innovación, donde la experiencia norteamericana servirá de inspiración importante, pero donde habremos de desarrollar planteamientos más propios de nuestra cultura sanitaria, mediterránea y europea. Algunas ideas y propuestas, absolutamente tentativas y empíricas para avanzar en este camino, y que precisarían un desarrollo ulterior, podrían ser:

- Los líderes de las organizaciones sanitarias deben ser los primeros en implicarse en el desarrollo de la ética

de la organización, lo cual requiere a su vez que ganen más independencia y capacidad real de gestión. Construir ética de la organización al margen de, o de espaldas a, los equipos directivos es, como en calidad, asegurarse el fracaso total.

- Es fundamental la formación explícita de los cuadros directivos de nuestras organizaciones sanitarias en aspectos de ética organizacional para que puedan liderar adecuadamente este cambio de mentalidad. En general, como ya se ha señalado en otro lugar, aquí queda un gran recorrido por efectuar⁶⁸.
- No sólo hay que acometer la formación en ética de los cuadros directivos, también la de los evaluadores que integran los procesos de acreditación de sistemas sanitarios, en cuyo currículo habitualmente no se considera como esencial el entrenamiento en el análisis ético de la organización a la que evalúan⁶⁹.
- La planificación estratégica debe convertirse en una herramienta de trabajo ineludible en nuestras organizaciones sanitarias. En general la bibliografía norteamericana sobre ética de las organizaciones sanitarias presupone esto como algo ya realizado y que sólo precisa mejorarse o completarse en sus dimensiones éticas. Obviamente, no es ésta la realidad de nuestro país. Poder realizar de verdad planificación estratégica en nuestro sistema sanitario mayoritariamente público requiere simultáneamente atenuar la rigidez y el verticalismo planificador, y aumentar la autonomía de las unidades de gestión de manera real, para que dicha planificación estratégica no se quede reducida a un mero ejercicio de retórica sin posibilidad de ser llevada en realidad a la práctica.
- Es preciso que, en lo posible, todos los integrantes de una organización sean conscientes y asuman como propios los valores que soportan la misión y visión de la entidad. Por ello es imprescindible que la planificación estratégica implique un proceso de participación activa de todos los *stakeholders*, con el objeto de aclarar entre todos estos valores, visión y misión. Sólo si esto fuera así tendría algún sentido elaborar entre todos un código ético de conducta de la organización. Si la planificación se reduce a un informe de muchos folios, elaborado por encargo por una empresa de *consulting*, sin verdadera participación e implicación de los usuarios, los trabajadores, los profesionales sanitarios y los cuadros directivos, todo será inútil, la ética de la organización un fracaso y el código ético un mero recetario de etiqueta que nadie cumplirá. Y esto es algo que, en un entorno sanitario tan cambiante como el que vivimos actualmente, ninguna organización o institución sería y responsable puede permitirse.
- También es imprescindible que las líneas estratégicas de trabajo que surjan en el proceso de planificación establezcan procedimientos de decisión y ejecución acordes con los valores defendidos en la visión y la misión o que, en caso contrario, se aclaren los moti-

vos por los que se establece una excepción. La ética de la organización está esencialmente vinculada a los procedimientos de toma de decisiones, que no deben guiarse por la mera razón estratégica sino contemplarse como acciones morales comunicativas que tienen en cuenta los derechos, deseos y necesidades de los afectados por ellas.

- Una de las líneas estratégicas de trabajo debe ser precisamente el reforzamiento explícito de la ética de la organización sanitaria como opción por la excelencia y la calidad total. Esa línea estratégica debería establecer un plan de ética organizacional en el que se gestaran una serie de herramientas, como el comité o comités de ética que se estimen oportunos. La creación aislada de los comités de ética en las organizaciones o instituciones sanitarias es el resultado natural en la primera fase de desarrollo de la bioética, la de la bioética clínica. El resultado de tal fase se ha visto en muchos hospitales españoles, por ejemplo del INSALUD: al excluirse de los debates los aspectos organizacionales y evitarse por norma la presencia de cuadros directivos, muchos comités han quedado situados en la periferia de la organización, con posibilidades mínimas de influir realmente en la vida de la institución, como un reducto de unos seres tan puros como poco operativos, extraños tanto para los equipos directivos como para los profesionales y usuarios.
- Impulsados por los líderes de la organización, los Comités de Ética modernos deben abrirse al debate de todos los aspectos éticamente relevantes que afecten a la organización y sus *stakeholders*, y superar así la reclusión en los aspectos clínicos, que sólo en la pura teoría abstracta existen independientemente de los aspectos organizacionales. Esto exige comités amplios, bien preparados y donde participen cuadros directivos, profesionales y usuarios. Un comité de ética no puede ser coto privado ni de los gerentes o sus cuadros directivos, ni de los profesionales, ni de los sindicatos, ni de los usuarios, ni de los especialistas en bioética. Un comité debe ser un lugar abierto al diálogo crítico, racional, sensible y responsable desde el que pueda bombearse oxígeno a la vida moral de la organización. La dimensión preventiva, educativa y normativizadora de la ética organizacional debe tomar las riendas del comité y hacer pasar a un segundo plano el enfoque más casuístico de la bioética clínica.
- Por último, debemos empezar a practicar el *benchmarking* también en temas de ética, mirando a nuestro alrededor lo que otras empresas –no necesariamente empresas sanitarias– han hecho al respecto en nuestro país, o lo que las empresas sanitarias de otros países, como los EE.UU. o Canadá han puesto en marcha. Por ejemplo, en España la Fundación Etno (Ética de los Negocios y las Organizaciones) puede ser un buen punto para iniciar este proceso de búsqueda⁷⁰.

Agradecimientos

Deseo expresar mi agradecimiento al Dr. Javier Júdez, del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud (Madrid) haberme facilitado una buena parte de la bibliografía utilizada y citada en el presente trabajo.

Bibliografía

1. Emanuel E. Medical ethics in the era of managed care: the need for institutional structures instead of principles for individual cases. *J Clin Ethics* 1995;6:335-8.
2. García Calvente MM. Ética y salud. Granada: EASP, 1998.
3. Amor JR, Ferrando I, Ruiz J, editores. Ética y gestión sanitaria. Madrid: UPCO, 2000.
4. Conill J. ¿Adiós a Hipócrates? Claves de Razón Práctica 1999; 98:49-54.
5. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM. Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética. *Med Clin (Barc)* 1995;105: 583-97.
6. Lacadena JR. Van Resselaeer Potter: orígenes de la bioética. *JANO* 2002;62:926-7.
7. Potter VR. Bioethics: The science of survival. *Perspectives in Biology and Medicine* 1970;14:127-53.
8. Simón P. El consentimiento informado. Madrid: Triacastela, 2000.
9. Simón P. ¿Quién decidirá por mí? La ética de las decisiones de representación en la práctica clínica [en prensa]. Madrid: Triacastela, 2002.
10. Gafo J. La eutanasia. Madrid: Temas de Hoy, 1989; p. 27-33.
11. Veatch RM. Hospital ethics committees: is there a role? *Hastings Cent Rep* 1977;(June):22-5.
12. Wikler D. Institutional agendas and ethics committees. *Hastings Cent Rep* 1989;(September/October):21-3.
13. Khushf G. Administrative and organizational ethics. *HEC Forum* 1997;9:299-309.
14. Ibern Regás P, Meneu de Guillerna R. *Managed care* y gestión de la utilización. En: Del Llano Señarís J, Ortún Rubio V, Martín Moreno JM, Millán Núñez-Cortés J, Gené Badia J, editores. *Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, 1998; p. 219-39.
15. Iglehart JD. The American Health Care System: managed care. *N Engl J Med* 1992;327:742-7.
16. Heitman E, Bulger RE. The health ethics committee in the structural transformation of health care: Administrative and organizational ethics in changing times. *HEC Forum* 1998;10: 152-76.
17. Spencer EM, Mills AE, Rorty MV, Werhane PH. *Organization Ethics in Health care*. New York: Oxford University Press, 2000; p. 105-18.
18. Angell M. The Doctor as double agent. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 1993;3:279-86.
19. Pellegrino ED. Ethics. *JAMA* 1994;271:1668-70.
20. Pellegrino ED. El médico como gestor de recursos: la asistencia sanitaria desde la ética y la economía. En: VV.AA. *Fundación de Ciencias de la Salud. Limitación de prestaciones sanitarias*. Madrid: Editorial Doce Calles, 1997; p. 22-42.
21. Siegler M. La relación médico-paciente en la era de la medicina gestionada. En: VV.AA. *Fundación de Ciencias de la Salud. Limitación de prestaciones sanitarias*. Madrid: Editorial Doce Calles 1997; p. 22-42.
22. Spencer EM, Mills AE. Ethics in health care organizations. *HEC Forum* 1999;11:323-32.
23. Lozano JM. Ética y empresa. Madrid: Trotta, 1999.
24. Cortina A, editor. *Ética de la empresa*. Madrid: Trotta, 1994.
25. Collins JC, Porras JI. *Built to last: succesful habits of visionary companies*. New York: Harper Collins Publishers, 1994.
26. Greenberger NJ, Davies NE, Maynard EP, Wallerstein RO, Hildreth EA, Clever LH. Universal access to health care in America: a moral and medical imperative. *Ann Intern Med* 1990; 112:637-9.
27. American College of Physicians. Access to Health Care. *Ann Intern Med* 1990;112:641-61.
28. Khushf G. The case for managed care: Reappraising medical and socio-political ideals. *J Med Phil* 1999;24:415-33.
29. Kitzhaber JA. Prioritising health services in an era of limits: the Oregon experience. *Br Med J* 1993;307:373-7.
30. Brock DW, Daniels N. Ethical foundations of the Clinton Administration's proposed health care system. *JAMA* 1994;271: 1189-96.
31. Khushf G. The scope of organizational ethics. *HEC Forum* 1998;10:127-35.
32. Emanuel EJ. Justice and managed care. Four principles for the just allocation of health care resources. *Hastings Cent Rep* 2000;30:8-16.
33. Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations. *Manual de Acreditación para Hospitales* 1996. Barcelona: SG Editores-Fundación Avedis Donabedian, 1995; p. 48.
34. Suñol R, Bañeres J. Origen, evolución y características de los programas de Gestión de la Calidad en los servicios de salud. En: Saturno Hernández PJ, Gascón Cánovas JJ, Parra Hidalgo P, editores. *Tratado de calidad asistencial en atención primaria*. Tomo I. Madrid: Dupont-Pharma, 1997; p. 47-77.
35. Schyve PM. Patient rights and organization ethics: the joint commission perspective. *Bioeth Forum* 1996;12:13-20.
36. Patient Bill of Rights (revisada en 1992) [consultado 17/08/01]. Disponible en: www.aha.org/resources/pbillofrights.asp.
37. JCAHO. *Ethical Issues and Patients Rights across the continuum of care*. Oakbrook Terrace: JCAHO Press, 1998.
38. www.jcinc.com/international.asp [consultado 17/08/01].
39. JCAHO. *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*. Oakbrook Terrace: JCAHO, 1999; p. 13-6.
40. Joint Commission International Accreditation. *Estándares internacionales de acreditación de hospitales* 2000. Barcelona: JCAHO-Fundación Avedis Donabedian (Viena Serveis Editorials SL), 2001; p. 40-9.

41. Goodstein J, Potter RL. Beyond financial incentives: organizational ethics and organizational integrity. *HEC Forum* 1999; 11:293-305.
42. Corsino BV. Bioethics committees and JCAHO patient's rights standards: a question of balance. *J Clinical Ethics* 1996;7: 177-81.
43. Fletcher JC. Responding to JCAHO standards: everybody's business. *J Clinical Ethics* 1996;7:182-3.
44. AHA Management Advisory. Ethical Conduct for Health Care Institutions. [consultado 10/8/2001]. Disponible en: www.aha.org/resource/hethics.asp.
45. ACHE. Code of Ethics. [consultado 06/07/01]. Disponible en: www.ache.org/abt_ache/code.htm.
46. Spencer EM, Virginia Bioethics Network. Recommendations for Guidelines on Procedures and Processes to Address Organization Ethics in Health Care Organizations. Appendix 1. In: Spencer EM, Mills AE, Rorty MV, Werhane PH, editors. *Organization ethics in health care*. New York: Oxford University Press, 2000; p. 211-5.
47. Reiser SJ. The ethical life of healthcare organizations. *Hastings Cent Rep* 1994;24:28-35.
48. *Organizational Ethics* (monográfico). *Bioethics Forum* 1996; 12(2).
49. *Administrative and Organizational Ethics*. (monográfico). *HEC Forum* 1998;10(2).
50. Society for Health and Human Values, Society for Bioethics Consultation, Task Force on Standards for Bioethics Consultation. *Core Competencies for Health Care Ethics Consultation*. Glenview: ASBH, 1998.
51. Pentz RD. Beyond case consultation: an expanded model for organizational ethics. *J Clin Ethics* 1999;10:34-41.
52. www.nursingworld.org/ojin/topic8/intro.htm [consultado 28/08/01].
53. Bishop LJ, Cherry MN, Darragh M. Organizational ethics and health care: expanding bioethics to the institutional arena. *Scope Note* 36. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 1999; 9:189-208.
54. Potter RL, editor. Special issue on organizational ethics. *J Clin Ethics* 1999;10(3).
55. Ozar D, Berg J, Werhane PH, Emanuel L, for the National Working Group on Health Care Organizational Ethics of the Institute for Ethics at the AMA. *Organizational Ethics in Health Care: Toward a model for ethical decision making by provider organizations*. Chicago: Institute for Ethics-AMA, 2000.
56. Hall RT. *An introduction to healthcare organizational ethics*. New York: Oxford University Press, 2000.
57. Spencer EM, Mills AE, Rorty MV, Werhane PH. *Organization ethics in health care*. New York: Oxford University Press, 2000.
58. Boyle PJ, Dubose ER, Ellingson SJ, Guinn D, O'Connell LJ, McCurdy DB. *Organizational ethics in health care: Principles, cases, and practical solutions*. New York: Jossey-Bass Aha Press, 2001.
59. Kenny NP, Downie J, Eils C, McDonald C. *Organizational ethics Canadian style*. *HEC Forum* 2000;12:141-8.
60. Potter RL. From clinical ethics to organizational ethics: the second stage of the evolution of bioethics. *Bioethics Forum* 1996;12:3-12.
61. Jonas H. *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona: Círculo de Lectores, 1994.
62. Potter VR. Individuals bear responsibility. *Bioethics Forum* 1996;12:27-8.
63. Potter RL. On our way to integrated bioethics: clinical, organizational, comunal. *J Clin Ethics* 1999;10:171-7.
64. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)* 2001;117:18-23.
65. Werhane P. Business ethics, Stakeholder theory and the ethics of healthcare organizations. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2000;9:169-81.
66. Renz DO, Eddy WB. Organizations, ethics and health care: building an ethics infrastructure for a new era. *Bioethics Forum* 1996;12(2):29-39.
67. Marañón G. *Crítica de la medicina dogmática*. Madrid: Espasa-Calpe, 1950; p. 75-7.
68. Simón Lorda P. Formación de gestores en bioética. En: Amor JR, Ferrando I, Ruiz J, editores. *Ética y gestión sanitaria*. Madrid: UPCO, 2000; p. 125-33.
69. Zancajo JL. Propuesta de perfil competencial uniforme para los evaluadores que integran los procesos de acreditación de sistemas sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:208-14.
70. www.etnor.org [consultado 09/09/01].