

Mesa 5:

De la Gestión de la Calidad a la Calidad de la Gestión

“La mejora continua” como principio en la gestión

Manuel B. García-Suárez

Junta Nacional A.N.D.E.

*Director de Enfermería del Hospital Universitario Central de Asturias.
Oviedo.*

Introducción

Eficiencia, Equidad, Calidad y Orientación al Cliente son palabras clave que presiden las reformas emprendidas en todas las Organizaciones Sanitarias durante los últimos años.

Éstas mismas claves enmarcan el desarrollo de instrumentos de gestión destinados a facilitar la producción de Servicios Sanitarios adecuados a la demanda Social, coherentes con el nivel de desarrollo Científico Técnico alcanzado y razonables desde el punto de vista de la eficiencia.

Los conceptos producto enfermero y gestión de los cuidados enfermeros se enmarcan igualmente en dichas claves, respondiendo a la necesidad de especificar las intervenciones Enfermeras así como evaluar su calidad e impacto sobre la salud de los clientes a los que se ofertan, incluidas en la cartera de servicios de las Organizaciones Sanitarias.

En la actualidad es indiscutible que la mayor preocupación de las Organizaciones Sanitarias, como Empresas de Servicio, es la búsqueda de la Eficacia y la Eficiencia en la Gestión, y la mejora de la calidad de sus productos y especialmente de la gestión de los cuidados enfermeros, aspectos todos ellos que constituyen la base de lo que se conoce como excelencia.

Es frecuente que los términos de gestión de la calidad, la mejora continua de la calidad y excelencia, se utilicen como sinónimos porque se considera la calidad como algo bueno o adecuado, mejora continua como corrección de errores y excelencia como algo que sobresale. Destacar sobre las demás las definiciones de mejora, sobre la cual estará basada ésta ponencia:

En la actualidad es indiscutible que la mayor preocupa-

ción de las Organizaciones Sanitarias, como Empresas de Servicio, es la búsqueda de la Eficacia y la Eficiencia en la Gestión, y la mejora de la calidad de sus productos y especialmente de la gestión de los cuidados enfermeros, aspectos todos ellos que constituyen la base de lo que se conoce como excelencia.

Es frecuente que los términos de gestión de la calidad, la mejora continua de la calidad y excelencia, se utilicen como sinónimos porque se considera la calidad como algo bueno o adecuado, mejora continua como corrección de errores y excelencia como algo que sobresale. Destacar sobre las demás las definiciones de mejora, sobre la cual estará basada ésta Ponencia:

- En cuanto a las definiciones de mejora de los Servicios Sanitarios, gran parte de ellas derivan de las efectuadas por juran:

“Mejora significa avance, la creación organizada de un cambio ventajoso; el logro de unos niveles sin precedentes del comportamiento – más cerca de la perfección que nunca-. Toda mejora de la calidad tiene lugar proyecto a proyecto”.

- Aplicado a los Servicios Sanitarios, se puede definir como

“El compromiso y el método utilizado para mejorar de forma continua cualquier proceso de la organización, con el propósito de alcanzar y superar las expectativas y necesidades de los clientes”¹.

Es por ello y por todo lo anteriormente expuesto que la mejora continua, es y debe ser utilizada como criterio en nuestra gestión, siendo, por sus propias definiciones, la que mas nos acerca al desarrollo de nuestros Cuidados Enfermeros, a la Gestión de los mismos y a la propia excelencia, aquella que el propio Barker nos dice que “No es un acto sino un hábito”.

La excelencia en los cuidados enfermeros

Considerada la aspiración a la excelencia como una actitud, una predisposición a dejarse mover por el deseo de mejora continua, el ponerse en el camino de conseguir la excelencia en los Cuidados Enfermeros, es una postura de la Profesión Enfermera mas comprometida con las necesidades

de la Sociedad actual.

Para afrontar y gestionar el camino que conduce a la excelencia en los Cuidados Enfermeros se propone el siguiente enfoque:

- Gestión de cambio: Planificar y anticipar nuevas formas de hacer las cosas. Crear las condiciones emocionales para que el cambio sea posible. Desarrollar las competencias de los Profesionales.

- Gestión de la calidad de los cuidados: Planificar, realizar, evaluar y mejorar la calidad de nuestros procesos.

- Gestión de las personas: Movilizar el potencial de las personas para la mejora continua y crear un entorno laboral en el que las personas se sientan motivadas.

- Liderazgo y compromiso con el proceso de mejora: Adecuar el Liderazgo para la calidad y adoptar estilos de Dirección que aseguren la satisfacción de los Clientes internos y externos de nuestra Organización.

El compromiso Profesional está en el autoperfeccionamiento, el hacer cada día mejor el trabajo Enfermero. Parte de una premisa:

“No todo es perfecto, todo se puede mejorar y se desea hacerlo”

Esto requiere tener claro el objetivo hacia donde se quiere ir y respetar los valores que impulsan su consecución. Las enfermeras deben plantearse preguntas como las siguientes:

- ¿Quién es mi Cliente?
- ¿Cuáles son las necesidades de mi Cliente?
- ¿Cuáles son las expectativas de mi Cliente?
- ¿Que hago para satisfacer esas necesidades y esas expectativas?
- ¿Que puedo hacer para MEJORAR los resultados?

Necesidades profesionales

Y para la consecución de las necesidades y de los resultados a los que aludíamos anteriormente es necesario:

- Conocimiento: El qué hacer; Es preciso dominar el conocimiento de la disciplina Enfermera y las circunstancias del entorno en el que se desarrolla la Profesión.

- Capacidad: Como hacerlo; Es decir, desarrollar al máximo el potencial del saber que permita elaborar juicios acerca de la situación que demanda Servicios Enfermeros.

Como bien dice Drucker, “hacer trabajar al saber”, aplicando la metodología científica a todo el Proceso Enfermero, e incluso al propio saber incorporando nuevos conocimientos mediante la investigación en la gestión de los Cuidados Enfermeros.

- Autonomía: Poder hacerlo; Decidir entre varias posibilidades y disponer de la autoridad necesaria para llevar a término la acción.

- Deseo: Querer hacerlo.

- Responsabilidad: Responder de todo aquello que hacemos o se hace con nuestra tutela.

Y trabajar en estas dimensiones hasta convertir esta forma de actuar en un hábito. Según Aristóteles:

“Somos lo que hacemos cada día”

Éste quehacer diario que se manifiesta a la Sociedad, no solo es el que otorga nuestra identidad Profesional, también nos da la posibilidad de lograr unos Cuidados Enfermeros excelentes, que den respuesta a las necesidades y expectativas de nuestros Clientes y que dejemos de ser actos individuales para convertirnos en hábitos colectivos del uso y la práctica de la mejora continua en todos los Procesos Enfermeros.

Implicación de los directivos

Una Organización orientada al logro de la excelencia quiere cambiar:

- Su cultura.
- Modificar su estructura.
- Introducir un estilo de dirección adecuado.

La estructura organizativa ha de favorecer la descentralización de la gestión y la implicación de los profesionales.

Los directivos han de modificar su papel y convertirse en transmisores de:

- Valores.
- Facilitadores de procesos.
- Distribuidores y coordinadores de recursos.

Los responsables de las unidades y servicios enfermeros tienen que inculcar actitudes que motiven a los profesionales a:

- Alcanzar un nivel alto de calidad.
- Adquirir nuevos conocimientos y habilidades.
- Actuar con mayor autonomía.

Conclusiones

- La aspiración a la excelencia es una actitud, una predisposición por querer mejorar continuamente.

- Los diferentes modelos de gestión son, instrumentos que ayudan a evolucionar y nos permiten conocer en que nivel nos encontramos con relación a los objetivos que se persiguen.

- El análisis, la comprensión y la gestión de los Procesos es una condición imprescindible para la mejora continua.

- Los Sistemas de Información deben incluir el lenguaje del Cuidado Enfermero como elemento fundamental en la mejora continua.

- En el camino de la excelencia de los cuidados enfermeros se destacan tres aspectos a tener en cuenta:

- El respeto a los valores de la persona y a su entorno.

- La participación de la persona en la toma de decisiones que afectan a su salud.

- El estado de vulnerabilidad en el que se encuentra la persona en el momento que precisa servicios de salud.

- En definitiva: saber escuchar las demandas, identificar los problemas y resolverlos con criterios de calidad y con una gestión que su criterio y principio básico de funciona-

miento sea: "La mejora continua".

¿Somos Excelentes? La experiencia con la Q de oro del Hospital del Bidasoa

**Carlos Zulueta^a, M.^a Patricia Segura,
Carmen Castro, Fernando Martín, Pilar Sáiz,
Juan M.^a Rodríguez y Maiteder Elósegui**

^aDirector Gerente del Hospital Comarcal
del Bidasoa.

Introducción

Si el objeto de esta ponencia fuese responder a la primera parte del título de la misma, el asunto se podría expresar de forma sencilla: somos semiexcelentes, ya que respecto a la excelencia (1.000 puntos en el Modelo EFQM de Excelencia) estamos a mitad de camino (> de 500 puntos en la última evaluación externa). Pero la cuestión no es tanto si somos o no excelentes, sino "que camino estamos siguiendo" y "a dónde nos lleva ese camino". A la primera cuestión es a lo que se pretende responder con esta ponencia. Respecto a la segunda, barruntamos y deseamos que nos llevará a cumplir con nuestra misión y a alcanzar nuestra visión y con todo ello dar sentido a nuestra existencia como organización. Por un elemental principio de prudencia, nos hemos comprometido a medir regularmente nuestro avance, tanto en cuanto a la dirección como a la velocidad del mismo, tanto con organizaciones de nuestro entorno y ámbito como con otras de fuera de ellos, y poder, así, tener la posibilidad de realizar las correcciones oportunas. Dicho en pocas palabras, no se trata de hacer bien las cosas sino de hacer bien lo que hay que hacer (de la gestión de la calidad a la calidad de la gestión).

La estructura de la ponencia se basará, en una primera parte y al hilo de unos hitos, en la descripción del desarrollo e implantación (liderazgo) de los principales sistemas de gestión del Hospital, y en una segunda, al hilo de los criterios del Modelo EFQM de Excelencia, de los principales logros obtenidos.

Presentación del Hospital. Principales Indicadores

El Hospital Comarcal del Bidasoa es un hospital general básico que pertenece a Osakidetza/Servicio vasco de salud. Fue inaugurado en 1989 y se halla ubicado en Hondarribia (Gipuzkoa), próximo a Francia y a Navarra. Da cobertura a las poblaciones de Irún, Hondarribia y a los municipios de Cinco Villas de Navarra (dada su proximidad geográfica y cultural) que supone unos 80.000 ciudadanos. Tiene una plantilla estructural de 329 profesionales y cuenta con 110 camas instaladas. Durante el año 2002 se realizaron 6.622 ingresos hospitalarios con una estancia media de 5,0 días, 34.870 primeras consultas, 62.151 consultas sucesivas y se atendieron 45.460 urgen-

cias con un índice de urgencias ingresadas del 7,4% y con una presión de urgencias del 50,9%. El gasto ejecutado (sin amortizaciones ni otras provisiones) fue de 22,19 millones de euros, correspondiendo el 72% a gastos de personal y el resto a gastos de funcionamiento.

Uno de los principales hitos en la gestión del Hospital fue la determinación de iniciar, durante el año 1995, el cambio cultural de una gestión basada en funciones a una gestión basada en procesos mediante la implantación de la Norma ISO, consiguiendo la certificación por AENOR de la Unidad de Cirugía sin Ingreso, siendo éste el primer servicio clínico certificado en el Estado español. De forma concomitante se inició el proceso de planificación estratégica así como la utilización del Modelo EFQM de excelencia para las autoevaluaciones. Se presentan, a continuación, los principales hitos en gestión del Hospital.

Normas ISO

Aspectos generales

Las Normas ISO se desarrollan en 1987, realizándose una revisión superficial en 1994. Ante las nuevas necesidades, en el año 2000 se realiza una revisión en mayor profundidad, mejorando la terminología, incluyendo la mejora continua, una mayor orientación a los procesos, a la satisfacción de los clientes y a la gestión del negocio, lo que conlleva un elevado nivel de convergencia hacia el Modelo EFQM de Excelencia. La Norma ISO 9.001 sustituye a las 9.001, 9.002 y 9.003 de 1994 y constituye, junto a la 9.004, un "par coherente", donde la 9.001 se orienta a los requisitos del sistema de gestión de la calidad y la 9.004 proporciona recomendaciones para mejorar el desempeño de las organizaciones.

¿Por qué la Norma ISO?

Se eligió la Norma ISO como un soporte para avanzar en la Calidad Total, ya que constituía un sistema sólido, orientado a la gestión por procesos, otorgado por una agencia independiente y coherente con un sistema de Calidad Total. Además, el hecho de ser auditados anualmente constituiría un revulsivo permanente en este difícil camino.

Implantación de la ISO en la Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI)

Para su implantación se eligió la UCSI ya que se involucra directa o indirectamente, al tratarse de un servicio final, a casi todo el hospital, y además por la existencia de otras características favorables en dicho servicio. El proceso duró aproximadamente dos años, obteniéndose la certificación en 1997, no estando el proceso de implantación exento de dificultades, especialmente dada la situación de "no necesidad", lo novedoso del sistema y la "resistencia cultural". El liderazgo de la Dirección fue esencial, así como el papel del

coordinador.

Implantación de la ISO en otros servicios

Una vez vencidas dichas dificultades se valoró muy positivamente la experiencia, por lo que se decidió ampliar la implantación del sistema a los servicios clínicos centrales (Laboratorio de Análisis Clínicos, Anatomía Patológica y Radiología). Aquí se contó con el fuerte liderazgo de los jefes de estas unidades, pasando la Dirección a realizar funciones de supervisión general y facilitadora de medios (se certificaron en 1999). Simultáneamente se inició la implantación del sistema en Admisión y Archivo de Historias Clínicas y en otro servicio, certificándose, el primero, en 2001. En 2002 se unificó el alcance y se certificó con la nueva norma. En la actualidad se ha pasado la primera auditoría de seguimiento con la nueva norma, estando claramente implantado el sistema, según los auditores externos. Además se está implantando el sistema en el Bloque Quirúrgico y Esterilización, Restauración y Gestión de Residuos Sanitarios y está en fase de valoración la implantación de la

Norma ISO 14.001 (Gestión Medioambiental) y la Norma UNE 81.900 (Sistema de Prevención de Riesgos Laborales).

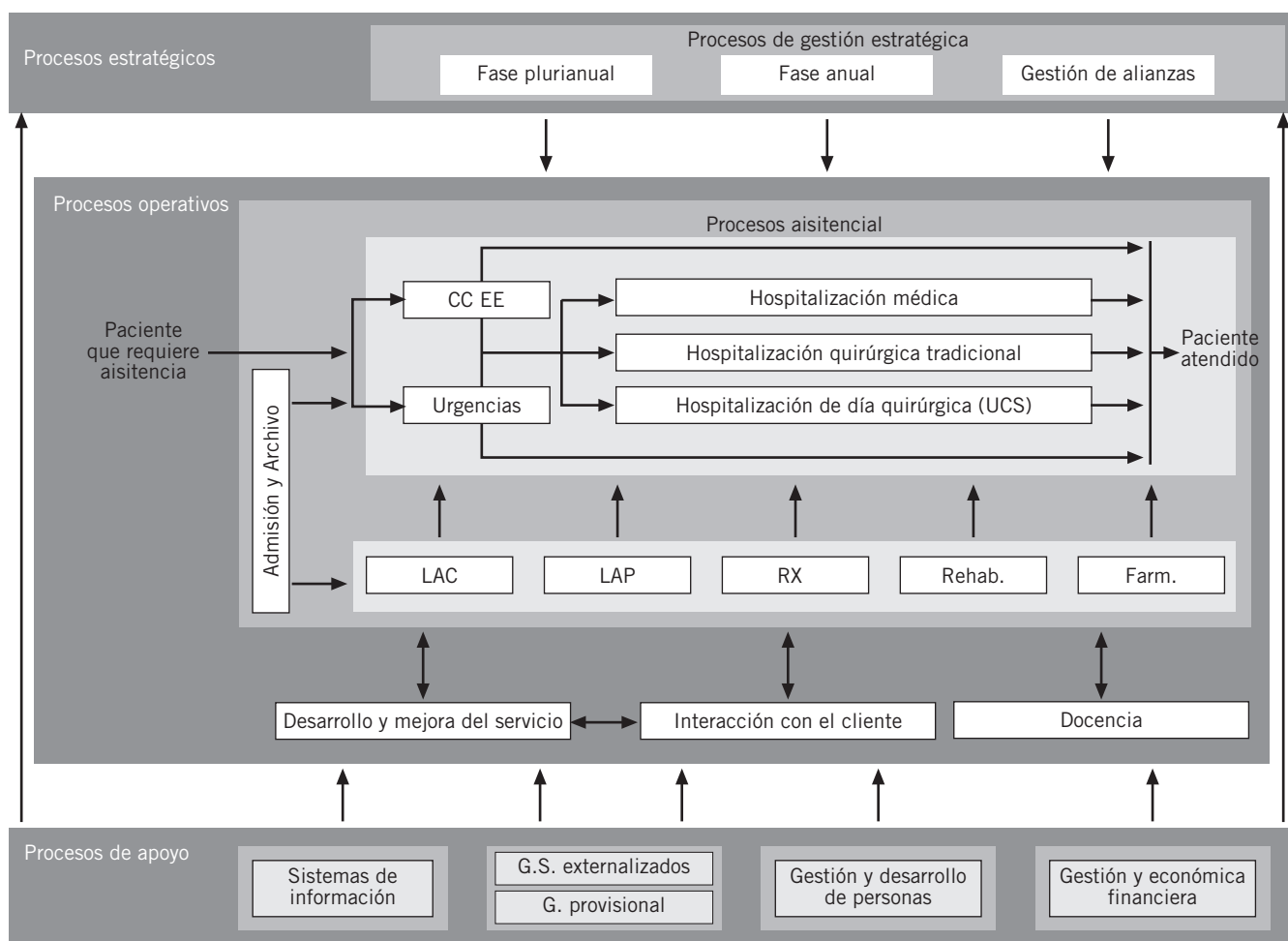
Valoración por los profesionales

Los profesionales valoran positivamente aspectos como un mayor control sobre los procesos, aparatos e instalaciones, un mayor nivel de autonomía y un sistema para mejorar, y negativamente la excesiva carga documental. En este sentido se ha incluido la documentación básica (manual de calidad, procedimientos, protocolos, etc.) en la web local del Hospital, con lo que solo existen dos copias controladas (una en papel y otra en soporte informático).

Modelos de Excelencia vs. ISO

Como se ha señalado, simultáneamente a la implantación del sistema ISO se estaba utilizando el Modelo EFQM de Excelencia como referente para realizar autoevaluaciones. La

Figura 1. Mapa de Procesos del Hospital del Bidasoa.



diferencia fundamental entre ambos sistemas es que el Modelo de Excelencia se aplica a todas las actividades del Hospital y a todas las partes interesadas del mismo, haciéndose hincapié en la orientación a los resultados y en la responsabilidad social.

Calidad total/excelencia

Así, la Calidad total/excelencia constituye una estrategia de gestión que, de acuerdo a unos principios y con unas metodologías de mejora, permite la utilización de unos modelos como valiosas herramientas de gestión, bien como modelos de evaluación (autoevaluación o evaluación externa), bien como modelos de referencia tal y como lo hemos adoptado en este Hospital, interpretando el Modelo EFQM de Excelencia como un marco "semiprescriptivo".

El Modelo consta de 9 criterios, 32 subcriterios y múltiples área a tratar, y fundamentalmente señala: "La Satisfacción de Clientes, Empleados y el Impacto en la Sociedad se consiguen mediante un Liderazgo que impulse la Política y Estrategia, las Personas, las Alianzas y Recursos y los Procesos hacia la consecución de la Excelencia en los Resultados de la organización". Las autoevaluaciones se han realizado mediante el enfoque proforma y las memorias fueron evaluadas mediante el enfoque REDER (Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión).

Aplicación del Modelo EFQM de Excelencia en el Hospital

Primera autoevaluación

La primera autoevaluación se realizó, al inicio de 1997, por el equipo directivo tras recibir formación parte de los directores y formar al resto. Se repartieron los criterios por afinidades y, tras realizar reuniones parciales, se realizó una reunión final de consenso con el apoyo de dos evaluadores externos expertos. Se identificaron los puntos fuertes y las áreas de mejora, las cuales, tras priorizarse, se incluyeron en el Plan de Gestión de ese año.

Segunda autoevaluación

El siguiente ciclo autoevaluativo se realizó a final de 1998, ampliándose el equipo evaluador. La evaluación se hizo de forma más ágil (194 frente a 451 horas), se contó con el apoyo de un evaluador externo en la reunión final de consenso y se obtuvo una mejora significativa en la puntuación.

Primera memoria para evaluación externa

Al obtener una puntuación entre los 300 y 400 puntos en la 2.ª autoevaluación, a principio de 2000 la Dirección General de Osakidetza propuso a nuestro hospital, junto a otro de la red, la elaboración de una memoria para su presentación a evaluación externa. Se elaboró dicha memoria y a final de 2000 fue galardonada por el Gobierno Vasco, junto al Hospital de Zumá-

rraga, con la Q de plata, al haber obtenido más de 400 puntos.

Tercera autoevaluación y segunda memoria para evaluación externa

La tercera autoevaluación se realizó a finales de 2001 y principios de 2002, con amplia participación de los líderes (24 de 44). A la vista de los resultados, se preparó, durante el año, una segunda memoria que a final de 2002 fue galardonada por el Gobierno Vasco con el reconocimiento de la Q de oro, al haber obtenido más de 500 puntos.

Puntuaciones obtenidas

Respecto a la evolución de la puntuación en las evaluaciones externas, se obtienen claras mejoras en los criterios de resultados, en el de política y estrategia y en el de personas; se mantienen las puntuaciones en los criterios de alianzas y recursos y en procesos; y disminuye la puntuación, ligeramente, en el criterio de liderazgo.

Política y estrategia

Durante el año 2000 se revisa el Plan Estratégico 1997-2000 con una metodología mejorada y de acuerdo al Proceso de Gestión Estratégica. Se incorporan, de forma clara y explícita los principios de la excelencia en la misión, visión, valores y objetivos estratégicos. Igualmente se incorporan en los Planes de Gestión, de acuerdo con el subproceso "Fase Anual", aquellos elementos procedentes de los grupos de interés o del propio rendimiento del Hospital que no se han considerado en el Plan Estratégico y que se entienden pertinentes. Se señala una visión ambiciosa y se establecen los mecanismos para medir el avance hacia la visión. Igualmente se establece un mecanismo para el despliegue de la política y estrategia a través de los procesos clave.

Personas

Respecto a las personas, se definen y delimitan las políticas a seguir, se conceptualiza y documenta el proceso de gestión y desarrollo de las personas y elaboran planes de formación para líderes, de comunicación y de reconocimiento como resultado del segundo ciclo de medición de la satisfacción de las personas. Se realiza una revisión en profundidad de los foros de comunicación con una clara orientación a aquellos relacionados con la gestión por procesos.

Alianzas y Recursos

Desde una perspectiva de asistencia integral, se establecen tres niveles de alianzas (asistenciales, con proveedores y con instituciones docentes) determinándose los aliados "clave". Se conceptualiza y documenta los procesos de apoyo: gestión económico-financiera, gestión de aprovisionamientos, ges-

ción de servicios externalizados y gestión de la información.

Procesos

Por otra parte, durante 2002 se lleva a cabo el proyecto "Gestión Sistemática de Procesos", mediante la revisión del mapa de procesos a fin de tener una visión más equilibrada (inclusión del subproceso gestión de alianzas dentro del proceso de gestión estratégica, o la inclusión de los procesos "desarrollo y mejora de servicio" o "interacción con el cliente" como procesos operativos), asignándose propietarios a todos los procesos y subprocesos. Igualmente se reenfoca el antiguo proceso de hostelería como "proceso de gestión de servicios externalizados". Se presenta, a continuación, un esquema con el mapa de procesos del Hospital.

Se realiza una integración conceptual entre los elementos de la nueva norma ISO y los criterios del Modelo EFQM y se establece una metodología de análisis y documentación para todos los procesos y subprocesos en base a los criterios REDER y según el ciclo PDCA (de ahí la interpretación del Modelo de Excelencia como un modelo de gestión). Además de la UCSI, cabe señalar como principales innovaciones en los procesos operativos, la creación de la Unidad de Corta Estancia, el rediseño del subproceso de urgencias o la digitalización del Servicio de Radiología.

Resultados en los Clientes

Desde el comienzo de los años 90 se realizan encuestas de satisfacción a los pacientes hospitalizados. A partir de 1997 las encuestas son telefónicas y se incorporan Urgencias (1997) y Consultas y Cirugía Mayor Ambulatoria (1999). Estas encuestas son homogéneas para los hospitales de agudos de Osakidetza por lo que es posible su comparación. Los resultados son excelentes, habiéndose obtenido durante 2002 los mejores resultados de la Osakidetza para las dimensiones de trato humano (dimensión valorada como más importante por los pacientes) e información, dentro de hospitalización.

Resultados en las Personas

Se han realizado dos ciclos de medición de resultados en las personas (actualmente se está realizando el tercero). En el segundo ciclo se introdujeron mejoras como la constitución de grupos focales para evaluación de los resultados. Los resultados son mejorables, habiéndose pasado de un nivel de satisfecho o muy satisfecho para el ítem de satisfacción general del 44,5% (1999) al 52,8% (2001). Ya se han señalado las áreas de mejora introducida el Plan de Gestión de 2002 en el apartado "Personas".

Resultados en la Sociedad

Durante el año 2002 y como consecuencia de la evaluación externa de la primera memoria, se diseñó y elaboró una encuesta a la sociedad con la medición de nueve factores. Se obtuvieron buenos resultados (puntuación media de 7,6 sobre 10) siendo la percepción positiva más alta en Irún y Hondarribia que en Cinco Villas. Como consecuencia de dicha encuesta se realizaron acciones de mejora (tríptico informativo, jornada de puertas abiertas, etc.) a fin de mejorar la percepción de la población.

Resultados Clave

Respecto a los resultados e indicadores clave cabe señalar respecto a la contabilidad externa un adecuado ajuste tanto entre los presupuestos de gastos e ingresos y los gastos e ingresos reales, con desviaciones globales inferiores al 1,5% y con cuentas de resultados equilibradas. Respecto a la contabilidad interna, nuestros costes unitarios de hospitalización

Hospitalización (55,6% de los costes)	1993	2002	Variación
Camas en funcionamiento	105	106	1%
Ingresos	4.464	6.622	48,3%
Estancias	30.775	33.183	7,8%
Estancia media	6,9	5,0	-27,5%
Índice de ocupación	80,3	85,7	9,2%

y urgencias son los mejores de los hospitales de Osakidetza. Se señala el impacto en el negocio de cada una de las líneas de servicio mediante el porcentaje de costes; el resto de los costes, el 18,8%, corresponde a la prestación de servicios exteriores a la atención primaria (estudios radiográficos y de análisis clínicos)

Se observa una clara eficiencia en la gestión de las camas, fundamentalmente por disminución de la estancia me-

Consultas (13,9% de los costes)	1993	2002	Variación
Primeras consultas	29.572	34.870	31,4%
Consultas sucesivas	59.873	62.151	3,8%
Consultas ponderadas (1. ^a = 2 sucesivas)	119.017	131.891	10,8%
Índice sucesivas/primeras	2,0	1,8	10%

día (ambulatorización de procesos, disminución de estancias preoperatorias, etc.) así como por un incremento de la ocupación de las mismas. La demora media de la lista de espera quirúrgica a 31/12/2002 fue de 32,2 días frente a la media de la red de Osakidetza de 55,2 días, habiéndose mantenido la lista de espera del Hospital en estos niveles durante el periodo considerado.

Se observa un incremento moderado de las primeras

Urgencias (11,7% de los costes)	1993	2002	Variación
Urgencias atendidas	25.219	45.460	80,3%
Urgencias ingresadas	2.643	3.369	27,5%
% de urgencias ingresadas	10,5%	7,4%	-29,5%
Presión de urgencias	59,2%	50,9%	-14,3%

consultas y mantenimiento de las sucesivas, lo que supone una mayor eficiencia en la resolución de los procesos ambulatorios. Las listas de espera, tanto de consulta como de pruebas complementarias, se han mantenido, durante el periodo considerado (salvo alguna excepción), dentro de estándares aceptables (<30 días de demora máxima para primera visita ordinaria).

Se observa un notable incremento en el número de urgencias atendidas, que junto a la "banalidad" (de acuerdo al

Gastos (millones de € corrientes)	1993	2002	Variación
Gastos de personal	9,79	15,88	62,2%
Gastos de funcionamiento	4,11	6,31	53,5%
Total Gastos	13,90	22,19	59,6%

Gastos (millones de € constantes)	1993	2002	Variación
Gastos de personal	13,16	15,88	20,7%
Gastos de funcionamiento	5,52	6,31	14,3%
Total Gastos	18,68	22,19	18,8%

índice de urgencias ingresadas) de las mismas, tanto en cuanto a su evolución como a su comparación con la media de la red (13,8% para el 2002). Este fue el condicionante fundamental de la reforma del Área de Urgencias realizada durante 2001 y la adaptación de su estructura y funcionamiento a esta situación. La presión de urgencias desciende significativamente lo que supone, junto a otras actuaciones, un incremento de la capacidad para realizar procesos de hospitalización programada (fundamentalmente cirugía electiva) sin incremento de la estructura de hospitalización. Se presentan los gastos, tanto en euros corrientes como en euros constantes a 2002, al efecto de comparar las variaciones de la actividad con las variaciones de costes.

Conclusión

Por todo lo expuesto podemos concluir que el camino, de entre los posibles, es adecuado para el cumplimiento de nuestra misión: "Restablecer la salud de nuestros pacientes de manera eficaz y ágil, mediante la aplicación de los conocimientos integrados de nuestros profesionales y el uso eficaz y eficiente de los recursos y tecnologías adecuadas". Además, la gran mayoría de las organizaciones de servicios de Osaki-

detza/Svs se hallan comprometidas formalmente con la Excelencia, habiendo obtenido algunas de ellas reconocimientos respecto a los niveles alcanzados.

Por otra parte estamos avanzando a buen ritmo en la consecución de la visión "... ser reconocidos, dentro de la CAPV, por la satisfacción de nuestros clientes, por la aplicación eficaz de las herramientas de gestión y por el aprovechamiento eficiente de los recursos", estando determinados los indicadores que miden dicho avance por: "grado de satisfacción de los pacientes; grado de satisfacción de las personas; comparación con los centros comarcales de la CAPV en cuanto a rapidez en el diagnóstico y tratamiento; consecución de puntos en EFQM". Todo ello sin perjuicio de las innumerables oportunidades de mejora que nos brindan los instrumentos de gestión que estamos utilizando.

Estándares éticos para una organización sanitaria excelente¹

Pablo Simón-Lorda, Pablo Hernando-Robles, Sagrario Martínez-Rodríguez, Francisco J. Rivas-Flores, Manuel de los Reyes-López, Ana Sainz-Rojo, Jesús González-Cajal y Fernando Márquez-Gallego

Grupo de Trabajo de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC) sobre "Ética de las Organizaciones en los Modelos de Calidad"

El objetivo de la presente ponencia será proponer algunos estándares de contenido ético que toda organización sanitaria debería tratar de cumplir para avanzar por el camino de la excelencia. Para ello analizaremos cómo afrontan algunos de los modelos de evaluación o acreditación de la calidad con prestigio internacional las cuestiones éticas, y cómo los plasman en sus estándares. A partir de dicho análisis trataremos de esbozar nuestra propuesta. Pero antes resulta obligado aclarar dos cuestiones cruciales para centrar adecuadamente este tema. Una es la relación entre ética y calidad. Otra es profundizar en el concepto de "excelencia".

Aclaraciones preliminares: sobre la relación entre ética y calidad

Lo primero que hay que señalar es que cualquier reflexión teórica o actuación práctica sobre la "calidad" lleva implícita siempre una dimensión ética. El propio término "calidad" no es un mero término descriptivo, como pueden ser "casa" o "árbol", sino un término *valorativo*. La "calidad", más que medirse y cuantificarse objetiva y científicamente, se *estima* mediante un juicio de valor que colorea o ennegrece aquello a lo que está referido, lo hace apreciable o despre-

ciable, lo significa como más o menos *bueno*². Es importante insistir en esto: cuándo se habla de “medir la calidad” de lo único que se habla es de la medición y cuantificación de algunos indicadores o parámetros, a partir de los cuales inducimos, inferimos o, mejor, *estimamos* la calidad, que tiene grados: mínimo, óptimo, excelente. En resumen, hablar de calidad es situarnos ya, de entrada, en el mundo de la ética. Ética y calidad están indisolublemente unidas, y por tanto ésta última no puede buscar su fundamento exclusivamente en un discurso científico de corte positivista, sino que habrá de contar además con referentes propios de las ciencias sociales, la hermenéutica y, claro está, la ética. Sólo así será posible acercarnos a una comprensión de la “calidad” en términos más radicalmente humanos, una comprensión que ahonde en el bien interno que da verdadero sentido a las organizaciones sanitarias, que no es otro que promover efectiva, eficientemente y con sensibilidad y respeto, la salud, la vivencia de enfermedad y la calidad de vida –y de muerte– de cada uno de los hombres y mujeres con rostro concreto, y de las colectividades sociales, que constituyen sus usuarios o clientes. No muy lejos de esta idea se situaba Archie Cochrane cuando escribía, en 1973 en un “postscriptum” a su famoso libro “Efectividad y Eficiencia” (1971):

“Tenía un joven prisionero de guerra soviético que se estaba muriendo y apacecía mucho dolor. Estaba haciendo un ruido espantoso en un pabellón muy grande. Yo no tenía ni medicamentos ni ningún lugar aislado paél. Nadie era capaz de hablar el ruso. Desesperado, y de manera puramente instintiva, me senté en su cama y le tomé en mis brazos. El efecto fue casi mágico, pues se calló de golpe y murió pacíficamente unas horas más tarde. Yo aún me encontraba con él, medio dormido y muy tieso. Creo que mi intervención personal mejoró enormemente la calidad asistencial en este caso, y sé que estuvo basada en el instinto y no en la razón. Me siento más bien tímido a la hora de discutir racionalmente acerca de la calidad. Todos somos capaces de reconocer la calidad cuando la observamos y, de manera particular cuando nos beneficiamos de la misma. En la *curación*, los resultados juegan un papel importante a la hora de determinar la calidad, pero ciertamente no se trata de la historia completa. Los factores realmente importantes son la amabilidad y la capacidad de comunicarse con el resto del equipo médico. En la *asistencia* está claro que estos dos últimos factores juegan un papel todavía mucho más importante”³.

La segunda cuestión que conviene aclarar es que el contenido que tenga el juicio sobre la calidad no es algo fijo e inmutable con el tiempo, sino que varía en función de los valores a los que se da relevancia en cada momento. De hecho, si se utiliza el análisis principalista^{4,5} que ha desarrollado la bioética actual para tratar de iluminar los aspectos a los que se ha ido dando relevancia en el desarrollo de la calidad en el mundo sanitario, podría dibujarse un esquema de evolución moral que, aun a fuerza de simplificador e inexacto, sin duda resulta ilustrativo. Este esquema trazaría 4 fases o estadios de desarrollo moral:

- En la primera fase, que llegaría hasta principios de los años 50, la calidad se centra en controlar y asegurar que

la asistencia sanitaria proporcionada satisfaga al menos unos requisitos mínimos de efectividad científico – técnica y seguridad para los pacientes. Se trata de una preocupación orientada fundamentalmente por el *principio de no-maleficencia*.

- En la segunda fase, que se alargaría hasta principios de los años 70, a las preocupaciones anteriores, que continuaban desarrollándose, se añaden otras que tienen que ver con el aumento del bienestar de los pacientes y de su satisfacción mediante la evaluación y mejora continua de las estructuras y sistemas organizativos. Se trata de preocupaciones ligadas obviamente al *principio de beneficencia*.

- En la tercera fase, que abarca hasta primeros de los noventa, a todo lo anterior se añade ahora la necesidad de respetar un tercer valor, el del *principio de autonomía* de los pacientes y de sus derechos como tales. En esta tercera fase la interacción entre la *bioética clínica* y el desarrollo de la calidad resulta decisiva.

- Y, por último, todavía puede señalarse una cuarta fase, quizás más atenuada y difusa que las anteriores, que sería en la que nos encontramos. En ella, a lo anterior se añade la preocupación por la *justicia*, aunque entendida de varias posibles maneras, según se adopta un punto de vista más europeo o más norteamericano, más público o más privado, más sanitario o más empresarial. Calidad sería aquí sinónimo, unas veces simplemente de procedimientos que garanticen la no discriminación en el acceso a servicios sanitarios por motivos de sexo, edad, raza, religión o dotación genética, otras veces se identificaría como capacidad para garantizar el acceso en condiciones de equidad, otras como éxito económico, otras, sin más, como evitación del fraude o del abuso en la facturación económica, o de la deshonestidad en el mundo de los recursos humanos. En el desarrollo de esta fase se ha producido una interesante interacción entre calidad y *ética de la empresa*.

Una tercera cuestión importante viene a enlazar las dos anteriores. Si toda reflexión sobre la calidad comporta una dimensión ética, y si pueden señalarse etapas de desarrollo moral en la configuración histórica de los criterios y estándares de calidad, entonces todos los criterios y estándares de calidad que usan los sistemas de acreditación, son, de alguna forma, también criterios y estándares éticos en los que subyace un imperativo moral de “deber”, vinculado al juicio sobre la calidad, y están sustentados por un principio ético. Por ejemplo, el criterio que obliga a que un hospital tenga un plan de evacuación ante emergencias o catástrofes, o el que exige que existan líneas de actuación clínica definidas (protocolos) para los procedimientos de atención sanitaria habitualmente realizados en un servicio hospitalario, tienen una entraña ética evidente, vinculada al principio de no-maleficencia. Y los criterios que exigen que no exista más de un determinado número de camas por habitación, o que haya salas de estar para los pacientes y sus familiares, remiten directamente al principio de beneficencia.

Sin embargo cuando alguien habla de criterios o estándares éticos, habitualmente se refiere más bien, en un sentido estricto, a aquellos que, nacidos bajo la influencia de la bioética clínica, han venido a dar cuerpo al principio de

autonomía. Son los criterios que regulan cuestiones como el consentimiento informado, la confidencialidad de la información o las instrucciones previas (testamentos vitales) y, en general, todo lo vinculado a los derechos de los pacientes y sus familias, y a su participación activa en el proceso de toma de decisiones sanitarias... o de planificación o gestión.

Los criterios y estándares vinculados al principio de justicia son quizás los más difíciles de encasillar y evidenciar, pero sin duda son todos aquellos que hacen referencia a los modos de enfocar la gestión de la organización desde la perspectiva ética de la justicia, sea esta la que sea.

Queda aún por anotar una cuarta cuestión. Todos los criterios y estándares de acreditación o evaluación hacen primariamente referencia a la organización como sistema, y sólo a partir de ahí, de forma subsidiaria, responsabilizan a los individuos particulares. Es decir, todo criterio y estándar de acreditación constituye una exigencia estructural, organizacional. Por tanto, la médula ética que, como hemos dicho, en teoría entraña todo criterio y estándar sería, en un sentido amplio y global, de ética organizacional. Esto quiere decir que, por definición, de alguna manera, todo modelo de acreditación trata de configurarse como un modelo de *ética organizacional*. Otra cosa es que una visión más circunscrita y operativa, que será la que se utilizará en este trabajo, sólo identifique como criterios de *ética organizacional* a aquellos cuyos principios fundantes sean los de autonomía o justicia. Una visión todavía más reduccionista, y que de hecho es la que se utilizó en un principio cuando apareció este término en 1995, reduciría la ética de la organización sanitaria a la introducción de criterios éticos para determinados aspectos de la gestión, sobre todo de la gestión económica de las empresas sanitarias. Esta visión simplista, ya superada, identificaba ética de la organización sanitaria con ética de los negocios de las empresas sanitarias.

El término *excelencia*

En la intersección entre bioética, ética de la empresa, calidad y sistemas de evaluación o acreditación parece haberse instalado un concepto que precisa ser analizado con cierto detenimiento: la "Excelencia". Este término parece marcar en la actualidad el horizonte del trabajo en Calidad, y constituye el concepto de fondo de la Gestión de la Calidad Total.

La palabra "excelencia" tiene fuertes connotaciones éticas, pues como dice el Diccionario de la Real Academia Española (2001), es la "superior calidad o bondad que hace digna de singular aprecio y estimación una persona o cosa". Dentro de la historia de la ética, este término se ha desarrollado siempre de la mano de las éticas de la virtud, cuyo prototipo es la ética aristotélica. Y dentro de la historia de la ética de las profesiones, remite de forma preferente a la ética de los médicos hipocráticos. Excelencia se dice en griego *areté*, que los latinos tradujeron por *virtus*, y tiene que ver con los hábitos, actitudes, disposiciones o modos de vida que nos acercan a un ideal de perfección⁶. En el caso de los médicos

hipocráticos este ideal de perfección consistía en la realización del *fin o bien interno* que da sentido a la actividad de la profesión médica: el cuidado de la salud de los pacientes. Para realizar este fin, los médicos hipocráticos necesitaban conocimientos, habilidades y actitudes. Sólo la combinación de las tres les ponía en el camino de la excelencia. Sin embargo el uso que se hace actualmente del término excelencia lo enlaza más con el mundo de la economía, o mejor dicho, de la crematística.

En efecto, en el Libro I de la *Política*, Aristóteles, hablando sobre la propiedad y los modos de adquisición de la misma, distingue entre *economía* y *crematística*⁷. Lo propio de la primera es la utilización adecuada de los bienes para una correcta administración de la casa y el logro de la armonía en la comunidad familiar. Implica también una vertiente de adquisición de bienes, fundamentalmente mediante el trueque o cambio natural. Dicha adquisición tiene como fin la satisfacción de las necesidades de los miembros de la casa, que son para Aristóteles, limitadas. Así pues, los bienes constituyen riquezas, porque tienen valor de uso y valor de cambio. Pero este último está supeditado al primero, que es el que se orienta al fin último, la satisfacción de las necesidades y la armonía de la comunidad.

Sin embargo la orientación de la crematística es bien diferente, porque surge vinculada a la aparición del dinero como objeto que únicamente tiene valor de cambio, y al desarrollo de la actividad comercial. La crematística ya no se centra en la utilización de los bienes, como la economía. Su fin es el incremento continuo de la adquisición de riquezas que sólo tienen valor de cambio: el dinero. Pero este afán de lucro lleva a la usura, conducta que Aristóteles considera antinatural y, por tanto, moralmente desordenada.

No hace falta decir que el desarrollo histórico de la economía desde los tiempos de Aristóteles hasta la actualidad no es sino un proceso progresivo de reforzamiento de la idea crematística, cuyos hitos más sobresalientes pueden identificarse con el capitalismo manchesteriano industrial de finales del siglo XIX, o con el capitalismo neoliberal financiero de finales del siglo XX. Pero lo que sí que hay que señalar es que el desarrollo de la crematística económica se acompaña de un proceso progresivo de remoralización que, apartándola del duro juicio aristotélico, la convierte en una actividad ética lícita y deseable, y en un camino a la salvación eterna. Este es el fenómeno que, aun necesitado hoy en día de muchas matizaciones⁸, cuenta magistralmente Max Weber en "La ética protestante y el espíritu del capitalismo"⁹. En la vertiente filosófica será el utilitarismo la teoría ética, desarrollada por autores a la vez economistas y filósofos como Stuart Mill o Adam Smith¹⁰, la que se encargará de dar soporte y legitimidad al capitalismo crematístico moderno. Al final de ese camino, la economía (capitalista) tendrá un bien interno, un fin que le dará sentido, un fin bueno y loable: el enriquecimiento ilimitado. Alcanzar la excelencia moral será alcanzar el éxito económico, o sea, ganar más dinero y durante más tiempo que los demás. Milton Friedman lo dijo bien claro.

Y en el fondo, parece que Tom Peters y Robert Watermans, también. Como es sabido el término "excelencia" adquirió una relevancia importante en el mundo empresarial,

como forma de apelar a la conducta ética, a partir de la publicación del libro de Peters y Waterman "En busca de la excelencia", en 1982¹¹. El libro, que llegó a ser un auténtico *best-seller*, a partir de un estudio de las 43 empresas más exitosas del mercado norteamericano, plantea los 8 principios que, a juicio de los autores, permiten alcanzar ese éxito y la "excelencia". Estos 8 principios son: énfasis en la acción, proximidad al cliente, autonomía e iniciativa en toda la organización, productividad teniendo en cuenta a las personas, valores claros, actuar en aquello en lo que se es competente, estructuras sencillas y personal reducido, simultáneamente centralizadas y descentralizadas. El énfasis se pone, por tanto, en el desarrollo de culturas organizativas impregnadas por valores compartidos, como forma de obtener el éxito.

Este libro es enormemente interesante, recomendable y atractivo por muchos motivos. Pero como señala Lozano, su punto débil es aclarar quién determina los valores que guían a la compañía y en función de qué fines se escogen¹². Si, como parece ser, el fin único y último que proponen Peters y Waterman, sigue siendo sólo la cuenta de resultados económicos, el éxito económico y empresarial en el mercado, entonces todos los valores afirmados, y los procesos y culturas "excelentes" que sustenten, estarán ordenados a ese fin.

Toda una corriente de la ética empresarial ha seguido esta línea de trabajo, empeñada en reforzar moralmente la actividad lucrativa, y en convertirla en excelente. Es importante tener en cuenta esto porque desde este tipo de planteamientos del mundo de la gestión (*management*) y de la ética, se ha producido un trasvase conceptual al mundo de la calidad empresarial: calidad, excelencia, ética y éxito económico se han hecho intercambiables.

Pero también hay que señalar que existe otra línea de trabajo de la ética empresarial, aquella que trata de recuperar para la economía su sentido aristotélico primigenio, tamizado lógicamente por los logros de la Modernidad respecto a la Ética y a la propia Ciencia económica¹³. Esta versión de la ética empresarial, que es la que desde este documento secundamos, trata de desarrollar, en todo caso, un capitalismo social, solidario, distributivo y de bienes, que en su concepto de excelencia anude la inevitable eficiencia económica con la responsabilidad social y el respeto a los derechos humanos, siempre en clave de participación real de los afectados por las decisiones económicas y empresariales¹⁴.

Todo lo anterior es importante tenerlo en cuenta porque el trasvase conceptual del mundo empresarial al mundo de lo sanitario está siendo continuo, como no puede ser de otra manera, pero hay que ser conscientes de las necesarias diferencias.

Las organizaciones sanitarias, los centros sanitarios, no son simples empresas productoras de bienes o, mejor, de servicios.. Más bien son unas empresas especiales, porque a diferencia de las empresas normales, se orientan simultáneamente hacia dos bienes, hacia dos fines, de los cuales uno es, *prima facie* superior al otro. Este es el que toma prestado de la Medicina, en tanto que estructura organizativa a su servicio. El otro fin lo toma prestado de la Economía. En las empresas sanitarias públicas, este segundo fin debe ser más el de la economía aristotélica que el de la crematística, pues el

objetivo de la gestión de lo público no es –o no debe ser– la adquisición de riqueza, sino la administración y uso de los bienes de la "casa" para satisfacer adecuadamente, efectiva y eficientemente, el fin superior, el cuidado de la salud de los ciudadanos. Sin embargo, en las empresas sanitarias privadas, aun existiendo también el concepto económico aristotélico, resulta difícil evitar la irrupción de la orientación crematística. Esto es lo que está en la base de los conflictos éticos de la medicina gestionada ya comentados y, por tanto, del surgimiento de la ética de las organizaciones sanitarias como instancia para la deliberación sobre el posible conflicto que ello supone.

¿Qué será pues una organización sanitaria de calidad excelente? Pues a nuestro modo de ver, aquella que sea capaz de deliberar prudente y responsablemente sobre estos fines y elegir, en cada momento, el que debe priorizarse, pero teniendo en cuenta que existe *a priori* una jerarquía *prima facie* de los mismos¹⁵. Esta capacidad de deliberación deberá traducirse en estructuras internas y formas de funcionamiento flexibles que permitan compatibilizar ambos fines y lograr los resultados perseguidos.

Cuando Donabedian, en uno de sus famosos artículos (1993) comparaba y trataba de armonizar el modelo industrial y el modelo sanitario de desarrollo de la calidad, parecía situarse claramente en esta perspectiva¹⁶. Y esta parece ser también la posición del Grupo de Trabajo sobre ética de las organizaciones sanitarias de la *American Medical Association*¹⁷.

Por último aún queda por apuntar una última cuestión en torno al término "excelencia". Es la relación que tiene con los conceptos de *ética de máximos* y de *ética de mínimos*. La ética de mínimos tiene que ver con la exigencia ineludible de respetar aquellos contenidos morales que las sociedades van considerando imprescindibles para realizar efectivamente la idea de respeto a las personas, y para garantizar la convivencia pacífica. Contienen pues deberes de obligación perfecta, que son aquellos que son correlativos de derechos reconocidos intersubjetivamente, y con frecuencia se convierten en normas jurídicas. Entre nosotros se les relaciona con los principios de no-maleficencia y de justicia. La ética de máximos, por el contrario, tiene que ver con la realización de los ideales y planes de vida buena y feliz, que tienen un carácter subjetivo. El respeto a sus contenido es un deber de obligación imperfecta, pues no es correlativo de ningún derecho vinculante. Su cumplimiento sólo es obligado para aquel que se lo fija como objetivo de valor. Lo que sí se ve a lo largo de la historia de la ética occidental es que, contenidos que al principio eran considerados "de máximos", con el tiempo son reconocidos intersubjetivamente como valiosos e incorporados al acervo de la ética de mínimos: los derechos humanos son un buen ejemplo de ello. Y es que el progreso moral no se produce por el consenso inicial de unos mínimos que luego cada uno completa con los máximos que le parece. Más bien se trata del desarrollo de unos máximos –planes de vida o propuestas de vida feliz– por parte de determinados grupos sociales, culturales o religiosos que luego, con el tiempo, se extienden socialmente y, en parte o en su totalidad, son redefinidos intersubjetivamente como de interés moral para

toda la colectividad, convirtiéndose así en mínimos comunes para todos.

Decimos todo esto porque hay que tener en cuenta, para lo que nos ocupa, que la idea de excelencia en el mundo de la ética siempre se ha considerado vinculada a las éticas de máximos. Y esto entronca directamente con algunas cuestiones clave para el mundo de la calidad y la acreditación. Así, la autorización de un centro sanitario, como procedimiento obligatorio, forma parte de una ética de mínimos. Sin embargo la acreditación o certificación, en función del grado de voluntariedad real con el que se lleve a cabo, podrá participar de ambos tipos de ética. De hecho, algunos sistemas de acreditación, como el norteamericano de la *Joint Commission International Accreditation* (JCIA), o el británico del *Health Quality Service* (HQS), distinguen dos tipos de normas evaluadoras, unas de obligado cumplimiento (ética de mínimos) y otras que no lo son (ética de máximos). En el fondo, el grado de excelencia de la organización está vinculado más bien a su grado de cumplimiento de las normas “no obligatorias”. El proceso histórico de conversión de los máximos en mínimos queda muy bien ilustrado, por ejemplo, por el hecho comentado por el Dr. David Freyre Sanders de que con el paso del tiempo muchos de los estándares de “clase B” del Manual del HQS, que son de cumplimiento potestativo, se van convirtiendo en clase A, de obligado cumplimiento¹⁸.

Análisis de la perspectiva ética de algunos modelos internacionales de evaluación o acreditación de la calidad con impacto real o potencial en España

Una vez aclarados los dos conceptos anteriores, en este apartado trataremos de ahondar en la perspectiva ética de cinco sistemas o modelos de evaluación o acreditación de la calidad de origen internacional con relevancia actual o potencial para nuestro país: el Modelo europeo de Excelencia de la *European Foundation of Quality Management* (EFQM), el de la *International Organization for Standardization* (ISO), el modelo de la JCIA, de origen norteamericano, el modelo británico de la *King's Fund/HQS* y el modelo canadiense del *Canadian Council of Health Services Accreditation* (CCHSA).

Para analizarlos se utilizará, cuando exista, la documentación adaptada a la situación española y a la realidad sanitaria. Eso quiere decir que, en el caso del modelo europeo de excelencia EFQM se empleará sobre todo la adaptación del modelo a las instituciones sanitarias realizada por un grupo de expertos de calidad en el marco de un Proyecto FIS (98/0214)¹⁹. En el caso de las normas ISO se utilizará la adaptación española de la serie ISO 9000:2000 para las organizaciones sanitarias, contenida en el Informe UNE 66924 IN de AENOR²⁰. Para los estándares de la JCAHO se empleará la versión del manual 2000 de acreditación de hospitales de la JCIA realizado en España por la Fundación Avedis Donabedian²¹. En el análisis del modelo canadiense se utilizará como fuente primaria la última versión original de su manual de acreditación.

El análisis se limitará en esta ocasión a la búsqueda directa, en los Manuales de acreditación o evaluación, de es-

tándares con contenido ético explícito, fundamentalmente relacionados con los principios de autonomía o justicia –aunque exclusivamente–. En esta ocasión, por razones de brevedad obviaremos tanto la introducción general a cada uno de los modelos, su historia, metodología, etc, como el análisis del tipo de fundamentación ética que sustenta sus estándares¹.

El Modelo EFQM de Excelencia

El Modelo EFQM se identifica a sí mismo como un “marco de trabajo no-prescriptivo”, tratando de dar a entender con ello que carece de presupuestos de fundamentación normativa. Dicha imagen “no prescriptiva”, se potencia por el hecho de ser un modelo basado en la autoevaluación interna de las organizaciones más que en su evaluación externa por sujetos u organizaciones independientes. Sólo la propia organización –a no ser que se presente al Premio europeo, en cuyo caso sí existe evaluación externa– juzga autónomamente en qué grado se ajusta a los criterios y subcriterios establecidos por el modelo.

Sin embargo esta aparente neutralidad ética necesita ser matizada. A nuestro juicio sí existe un cierto ideal ético, un patrón de referencia con tintes normativos y prescriptivos. Y en el fondo es el que utilizan los evaluadores externos para juzgar a la organización. Este patrón viene definido por el término “Excelencia”, que ya se comentó en el apartado 2 del presente trabajo.

Para la EFQM la Excelencia se define, un tanto críptica y redundantemente, como “prácticas *sobresalientes* en la gestión de la organización y logro de resultados, basadas en la aplicación de un conjunto de ocho conceptos fundamentales”²². Estos ocho conceptos o principios son los que definen la Calidad Total, por lo que existe una identificación entre ambos términos, Excelencia y Calidad Total^{23,24}.

No es difícil encontrar una cierta sintonía entre esta manera de describir la excelencia y los ocho principios de la excelencia de Peters y Waterman que comentamos en el apartado 2. La duda razonable que cabe es si en el fondo del modelo EFQM, al menos en el modelo general, creado por 14 empresas europeas “excelentes”, no estará latiendo la filosofía crematística para la que “excelencia” es fundamentalmente éxito económico en el mercado.

Con todo hay que reconocer que el modelo EFQM general avanza algunos pasos con respecto a los planteamientos más crematísticos pero, quizás, sin acabar de distanciarse de ellos totalmente. Por ejemplo:

- El Modelo parece incorporar la teoría de los *stakeholders*, que en el momento de la publicación del libro de Peters y Waterman estaba comenzando a desarrollarse²⁵. Pero un desarrollo moderno adecuado exigiría la pregunta por la forma de identificar a dichos *stakeholders* y reconocerlos como interlocutores, de darles peso y valor, a fin de que dicha identificación, evaluación y búsqueda del “equilibrio” final no se haga exclusivamente desde el punto de vista funcional y estratégico de la organización²⁶.
- La orientación al cliente sólo parece ser importante

en tanto que éste resulta fundamental para lograr los objetivos económicos: aumentar la cuota de mercado. Los clientes sólo parecen ser vistos como potenciales rehenes de los intereses económicos de la organización, como simples medios, no como fines en sí también. La única “autonomía” de las personas que parece importante, y que además se pretende condicionar en lo posible, es aquella que las considera con capacidad de elección dentro del mercado. Otras formas de participación más integrales y humanas no parecen resultar tan importantes, pues lo que parece priorizarse es la “fidelización del cliente”.

- El desarrollo de los valores y modelos éticos dentro de la organización es una función casi exclusiva de los líderes. Este es un planteamiento que sintoniza especialmente bien con Peters y Waterman. No existe pues una visión constructivista, cooperativa y participativa del *ethos* organizativo, sino preformada y heterónoma. Las personas se desarrollan e implican en la organización en un clima de “valores compartidos”, pero no porque hayan sido buscados y contruidos entre todos, sino porque “alguien” los creó y los introdujo en la cultura de la organización. Este “alguien” sólo son los líderes; luego los trabajadores se “adhieren” a estos valores, y sólo en esa cultura prefijada por los objetivos de la organización, son innovadores y comparten experiencias.

- El “enfoque ético” de la responsabilidad social de la organización sólo parece ser importante por su potencial utilidad para los intereses económicos de la organización, y no además por convicción moral propia, posconvencional e incondicionada. Da la impresión de ser una visión preconven-cional y utilitaria, que no satisfaría adecuadamente lo que la moderna ética de la empresa ha reflexionado sobre el concepto e implicaciones de la “responsabilidad social” de las organizaciones²⁷.

En resumen, el discurso ético que parece subyacer de forma predominante en la “Excelencia” del modelo EFQM –al menos del modelo general aplicado a las empresas– tiene sus raíces en una visión predominantemente utilitarista de la ética y en una concepción básicamente crematística de la economía. Así, lo “bueno”, lo “excelente” parece ser todo aquello que maximiza la utilidad, que se identifica con el éxito económico de la organización en un mercado altamente competitivo.

Sin embargo también hay que reconocer que la versión del modelo EFQM para organismos públicos introduce una corrección interesante²⁸. Y es que el propio marco público ofrece un contexto normativo y de valores, diferente al que proporciona el Mercado, para concretar lo que sea la “Excelencia” (Anexo 2). Así, una organización pública “excelente” será aquella cuyas prácticas le permitan realizar con la mayor efectividad y eficiencia posible el marco de valores definido públicamente por la sociedad, y al mismo tiempo conjugarlo con la satisfacción individual de los clientes y los trabajadores. Obviamente ese marco público de valores puede ser tan insuficiente o cuestionable como el del puro Mercado, pero a priori resulta éticamente más consistente por estar orientado hacia beneficios diversificados –y no sólo al lucro–, beneficios que son al mismo tiempo individuales y colectivos. Ahora estamos pues en una orientación de la ex-

celencia más hacia la “economía” aristotélica que hacia la “crematística”. Además este marco de valores está generado –al menos en teoría– por procedimientos deliberativos y participativos democráticos. En una realidad sanitaria como la nuestra, mayoritariamente pública, esta corrección resulta importante, por cuanto puede atenuar o matizar el marcado utilitarismo crematístico del modelo EFQM general.

Pasando ya a una valoración explícita de los 9 criterios, cabe señalar en primer lugar una obviedad: que por la propia filosofía aparentemente “no prescriptiva” el modelo no aporta estándares normativos. Sin embargo, a la hora de señalar las áreas a evaluar en cada criterio, sí pueden encontrarse algunas referencias a cuestiones éticas, como las siguientes:

Criterio 1: Liderazgo

- Los líderes desarrollan los valores de la organización mediante el desarrollo de acciones orientadas a su consecución dentro de la organización y actuando ellos mismos como modelos para los demás, mediante su comportamiento ético comprometido con dichos valores. Es decir, los líderes deben encarnar en ellos mismos el ideal de la excelencia, aunque resulta difícil saber cómo puede medirse esto.
- No señala qué valores son los deseables para la organización, aunque en el Sector Público se especifica que dichos valores deben armonizar el marco definido por la Administración Pública y el de sus diferentes clientes.
- Citan específicamente el “*empowerment*” que implica corresponsabilización del personal y potenciación de su autonomía y participación. Asimismo aparece la necesidad de apoyo, motivación y reconocimiento del personal, pero sin concretar cómo.

Criterio 2: Estrategia

- Este criterio se orienta a la formulación del Plan estratégico de la organización y su despliegue.
- Dicho Plan debe ser redactado en coherencia con el marco ético definido por la Misión, Visión y Valores de la Organización. En el caso de Centros Públicos dicho marco ético debe armonizar las orientaciones de la Administración Pública con las expectativas de usuarios, trabajadores y demás partes interesadas (*stakeholders*). Se resalta la dificultad de lograr el equilibrio entre los intereses de todos los *stakeholders*, aunque se propone como objetivo deseable.
- La Misión, Visión y Valores deben ser conocidos y compartidos por los profesionales, pacientes y comunidad.
- Se señala la necesidad de que el Plan estratégico se realice de manera participativa y comunicativa.
- El despliegue de la estrategia también debe ser coherente con el marco ético.

Criterio 3: Recursos Humanos

- Cuestiona en qué medida la planificación y manejo de los recursos humanos es coherente con la estrategia, por lo tanto con el marco ético en que esta a su vez se encuadra.
- Alude explícitamente a criterios de transparencia, equidad e imparcialidad en la contratación, que vienen marcados por la normativa vigente tanto para el ámbito privado como público.

- Alude a la transparencia en la evaluación del desempeño así como a delegación y transferencia de autonomía. Da valor a la comunicación entre los profesionales e insiste en sistemas de reconocimiento del desempeño. Sin embargo en aplicaciones concretas no aparecen indicadores o estándares específicos de lo anterior.

- Insiste en la necesidad de mejorar la el conocimiento y capacidad técnica de sus profesionales, con el objeto de optimizar su *empowerment*.

- Potencia la comunicación interna como forma de reforzar la cultura de la organización

Criterio 4: Recursos y Alianzas

- Alude a la planificación y gestión de sus alianzas externas y recursos internos como continuación a su estrategia.

- Establece una reflexión sobre la limitación de la Administración Pública para generar recursos adicionales pero es una reflexión fáctica ya que no alude en qué medida se ha de superar o no.

- Da valor a la identificación de colaboradores o socios en la medida que desarrollen la misión de la empresa o institución. Su dimensión es, pues, pragmática (por ejemplo alude a inversiones en función de su efectividad, en función del “beneficio mutuo”, racionalización de consumos, seguridad de sus activos, etc...).

- Alude explícitamente a una responsabilidad ecológica en el manejo de los residuos y a la seguridad e higiene en el trabajo.

- Insiste en la generación de un sistema de información que sea al mismo tiempo fiable, accesible y seguro.

Criterio 5: Procesos

- Aborda la necesidad de definir los procesos clave en la organización (operativos, de gestión y de soporte). En su diseño insisten en la necesaria incorporación de las expectativas de los clientes y en su adecuada información (en qué medida hay procesos en marcha para tenerlas en cuenta). Hay un valor que se repite continuamente: la orientación al cliente, que al fin y al cabo es uno de los principios de la calidad total. Se insiste en la autonomía de los profesionales cuando se habla de creatividad y capacidad de innovación.

Criterio 6: Satisfacción del cliente

- Es el primer criterio de resultados y el más explícito de la orientación al cliente. Es un claro ejemplo de la importancia que se le da al dedicar todo un criterio a este punto.

- Se da relevancia a la medición de la percepción que tienen los clientes sobre la manera en que la organización respeta o potencia algunos valores importantes como accesibilidad, equidad, cortesía, calidad técnica, información, fiabilidad o seguridad. Pero de una manera muy general, poco precisa.

- Se valoran actuaciones que tratan de mejorar la satisfacción y fidelización de los clientes, tales como información para pacientes o familiares, plan de acogida, etc.

Criterio 7: Satisfacción del personal

- Insisten en los valores enunciados anteriormente (au-

tonomía de los profesionales), pero en esta ocasión a nivel de resultados y se tiene en cuenta la motivación, satisfacción, implicación, etc...

Criterio 8: Resultados en la sociedad

- Valora los resultados (por ejemplo medidos en la percepción) de la organización en la sociedad en aquello que no está directamente relacionado con sus responsabilidades u obligaciones normativas.

- Se valora la repercusión de la organización en la comunidad y la repercusión ecológica.

Criterio 9: Resultados clave

- El modelo es preciso, dentro de su no prescriptividad y ambigüedad en comparación con otros modelos, en este apartado en cuanto a indicadores económicos.

- Del mismo modo propone indicadores asistenciales (de utilización de recursos, de proceso y finales). Como ejemplo, identifican de forma expresa los documentos de consentimiento informado, la necesidad de protocolos de información o la necesidad de protocolos o guías de práctica clínica y calidad de vida. Se insiste, sin embargo, que estos indicadores son orientativos y de carácter general.

El Modelo de acreditación de la JCIA/JCAHO

El grupo más importante de estándares de acreditación con contenido ético explícito se encuentra en la Sección I del Manual de la JCIA, “Estándares centrados en el paciente”, en un capítulo denominado “Derechos del paciente y de su familia” (DPF). Este capítulo contiene una introducción denominada “Visión General” y un listado de 10 estándares y 25 subestándares. De los 10 estándares principales, 9 están en negrita, y 17 de los 25 subestándares. Eso da una buena idea de la gran relevancia que otorga la JCIA/JCAHO a este capítulo.

Los dos últimos párrafos de la “Visión General” son muy interesantes desde el punto de vista ético, y también problemáticos. En el penúltimo párrafo se acepta que la exigencia de cumplimiento de estos estándares está condicionada y limitada por el propio marco legal y de ética pública del país, que puede ser más o menos amplio, por ejemplo respecto a las exigencias del respeto a los Derechos Humanos. Es decir, la JCIA/JCAHO no exige directa y llanamente que el país donde esté ubicada la organización que desea acreditarse, y por tanto por la propia organización, muestren decidido y expreso respeto a los Derechos Humanos. Ello podría explicar que haya estándares tan relevantes para la bioética actual, como el respeto de los deseos de los pacientes de renunciar a la reanimación cardiopulmonar (DPF23), o el manejo protocolizado del dolor (DPF24), no se consideren de obligado cumplimiento. Por otra parte hay que reconocer que tampoco la JCAHO exige a su propio país este respeto a los Derechos Humanos.

Con respecto al análisis general de los estándares hay dos cosas que llaman inmediatamente la atención. Una es que de los 10 estándares, 7 comienzan su redacción con el mismo encabezamiento: “La organización...”. Esto es importante porque pone de manifiesto que el sujeto agente del

cumplimiento de estos requisitos normativos es toda la organización en su conjunto, y no “el hospital” o “el profesional”. Hay aquí, a nuestro modo de ver, una maduración de la JCIAHO en su manera de entender la ética de las organizaciones, que ya no se circunscribe, como sucedía en 1995, a un grupo de estándares muy concretos. De hecho, el término “ética de la organización” ha desaparecido como tal, y, como dice el “*Propósito de DPF.10 hasta DPF.10.2*”, los líderes de la organización entienden que las responsabilidades éticas y legales de la organización están referidas tanto a las actividades clínicas como al negocio de la organización.

La segunda cosa sorprendente es el papel que se da a la familia de los pacientes, que en no pocos casos actúan como co-protagonistas al mismo nivel que los propios pacientes (DPF11, DPF2, DPF21, DPF22, DPF3, DPF4, DPF5, DPF91). Esto es llamativo porque en la cultura moral estadounidense la familia juega un papel secundario en la toma de decisiones sanitarias, cuyo único y solitario protagonista es el paciente autónomo. Sin duda este giro habla a favor de la aceptación por parte de la JCIA/JCAHO de diferencias sociológicas y culturales entre los EE.UU. –donde el principio de autonomía es considerado el eje moral central de la toma de decisiones–, y otros países, donde la autonomía tiende a balancearse más con otros principios como por ejemplo el de beneficencia. Con todo, desde la perspectiva bioética actual, cuesta aceptar que el giro haya sido tan copernicano, y que no se hayan introducido algunos matices que, dejando margen para la necesaria y saludable participación de la familia, protejan al mismo tiempo la autonomía, intimidad y confidencialidad del paciente. Esta formulación de “los pacientes y sus familias” recuerda mucho a la polémica expresión “a él y a sus familiares” del apartado 5 de nuestro famoso, y casi en su totalidad ya derogado, Artículo 10 de la Ley General de Sanidad (1986).

Un análisis más pormenorizado del contenido ético de estos estándares y de la “visión general” del capítulo, permite agruparlos en varios grandes temas, que definirían áreas de responsabilidad ética de la organización. A cada una de esas áreas pueden asignarse uno o varios estándares (tabla 1). Como puede apreciarse en dicha Tabla el área 1 es una precondición ética de tipo general; las áreas 2, 3, 4 y 8 tienen relación con el principio de no-maleficencia; la 5 se relaciona simultáneamente con la no-maleficencia y la autonomía; la 6 y 7, que contienen la mayoría de los estándares, y donde el consentimiento informado es la gran estrella, remiten de manera directa al principio de autonomía; la 9 se relaciona con los cuatro principios; por último, las áreas 10 a 14 tienen que ver de manera más directa con cuestiones de estructura y funcionamiento de la organización con criterios éticos, en los que todos los principios están implicados, pero donde el trasfondo del principio de justicia es más perceptible.

Por otra parte, un rastreo de estándares con perfil ético por los demás capítulos del manual permite detectar algunos más que pueden incorporarse perfectamente a la Tabla 1.

Para terminar señalar que en ningún momento la JCIA establece normativamente la creación de Comités de Ética Asistencial, como sí lo hace en relación con los de investigación. Sin embargo el propósito de algunos estándares, como por ejemplo el DPF23, sobre retirada o no inicio de trata-

mientos, los presupone implícitamente.

El Modelo de acreditación/certificación mediante las normas UNE-EN-ISO 9000:2000

No se encontrará en el texto UNE 66924 IN un listado de criterios o estándares éticos, similar al de la JCIA, que las organizaciones sanitarias deban cumplir para ser certificadas mediante la norma 9001:2000. Sin embargo, a lo largo del texto sí pueden rastrearse algunas propuestas o requisitos de actuación que traducen una inquietud por cuestiones éticas relacionadas con los principios de autonomía o justicia. Un listado de dichas cuestiones, junto con el apartado del documento al que pertenecen, es el siguiente:

- El establecimiento, implementación y mantenimiento de un sistema de gestión de la calidad de la organización requiere que la dirección defina la documentación relevante para dirigir el proceso de trabajo dentro de la organización (4.2). Entre dicha documentación se encuentra la relativa a:
 - La aceptación de normas internacionales, nacionales, regionales, etc (como por ejemplo serían los códigos éticos nacionales o internacionales de investigación, las cartas de derechos de los pacientes, etc) (4.2).
 - Los procedimientos de toma de decisiones dentro de la organización, mediante protocolos sobre instrucciones previas (voluntades anticipadas o testamentos vitales), órdenes de no reanimar, contención física o aislamiento. (4.2, nota 2).
 - Asimismo, deben definirse los registros, que son la evidencia de que el trabajo se ha hecho (4.2., nota 1). Entre dichos registros se encuentra la historia clínica. La historia clínica es la documentación que contiene la información sanitaria relevante referida a una persona o a un grupo de personas que recibe servicios sanitarios. Puede incluir el material para la educación sanitaria del paciente/cliente, las formas de pago necesarias, y/o los documentos requeridos para el ingreso involuntario del paciente/cliente, instrucciones previas (voluntades anticipadas, testamento vital) o el alta voluntaria. (3.1.12).
 - Estos registros deben controlarse mediante un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para (4.2.3):
 - Aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión.
 - Revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente.
 - Asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de revisión actual de los documentos.
 - Asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso.
 - Asegurarse de que los documentos permanecen legibles, fácilmente identificables y recuperables (4.2.4).
 - Al determinar las necesidades y expectativas del paciente/cliente, los profesionales sanitarios deberían evaluar la comprensión del paciente/cliente de los resultados y consecuencias esperados de la asistencia. Asimismo, el paciente/cliente tiene obligación de proporcionar al profesional sanita-

Tabla 1. Áreas de responsabilidad ética de una organización que pueden identificarse en el análisis del contenido de los estándares de acreditación de la JCIA.

**Áreas de responsabilidad ética de una organización sanitaria
y estándares JCIA (I)**

1. Se definen explícitamente los derechos de los pacientes y su familia: (DPF) "Visión general"
 2. Se respetan los valores y creencias de los pacientes: DPF.1.2, Educación del paciente y su familia (EPF) "Visión general", EPF.4
 3. Se tienen en cuenta las preferencias de los pacientes: Evaluación del paciente (EDP). "Visión general", DPF.2.3
 4. Se respeta la intimidad: DPF.1.3
 5. La atención es respetuosa y compasiva al final de la vida: DPF.2.5
 6. Se protege a las personas y sus pertenencias frente a daños de cualquier tipo: DPF. 14, DPF.15, DPF.16
 7. Se informa a los usuarios sobre sus derechos: DPF.1, DPF. 8
 8. Se protege la confidencialidad de la información sobre el paciente: DPF.17
 9. Se facilita la participación activa de los usuarios en el proceso de toma de decisiones sanitarias (información, consentimiento y registro adecuado del proceso): DPF.2, EPF.1.2
 - En la asistencia sanitaria: DPF.2.1, DPF.2.2, DPF.2.3, DPF.9, DPF.9.1, DPF.9.1.1, DPF.9.2, DPF.9.3, DPF.9.3.1, DPF.9.4, DPF.9.4.1, DPF.9.6, ACA.1.2, AAP.7.1, AAP.10.1
 - En la donación de órganos y tejidos: DPF. 3, DPF.9.6
 - En la investigación: DPF.4, DPF.5, DPF.9.5, DPF.9.6
 10. Se educa al paciente y su familia para participar en la toma de decisiones: EPF.1.2
 11. Los métodos educativos tienen en cuenta las preferencias y valores del paciente y su familia. EPF.4
 12. Se trata adecuadamente el dolor: DPF.2.4
 13. Se proporciona atención adecuada al final de la vida: DPF. 2.3, DPF.2.5
 14. Se realizan evaluaciones individualizadas de manera confidencial a pacientes que pertenecen a grupos con necesidades especiales: pacientes terminales, víctimas de abusos, mayores, etc: EDP.2.3
 15. Se informa a los usuarios de los servicios que se prestan, la forma de acceder a ellos, y las alternativas existentes: DPF.1.1.
 16. Se informa a los usuarios sobre la manera de actuar ante situaciones de conflicto con la organización: DPF.6
 17. Se actúa en un marco empresarial y financiero con criterios éticos y legales definidos: planificación estratégica con contenidos éticos: DPF.10, DPF.10.1, DPF.10.2.
 18. Se proporciona formación ética a los profesionales: DPF.7
 19. Se crean Comités éticos de investigación o mecanismos similares de supervisión de la investigación: DPF.9.5.1
 20. Se promueve la utilización adecuada de recursos: ACA.1.4, ACA.1.5, ACA.1.6, EDP.1.2, AAP.3, AAP.4, AAP.11
 21. Se establecen normas que regulan la inmovilización de pacientes: AAP.5.7
 22. Se promueve el uso de procedimientos para identificar e informar de los errores en la administración de fármacos: AAP.11.6.3
 23. La monitorización incluye la vigilancia, el control y la prevención de incidentes que pongan en peligro la seguridad de los pacientes, sus familias y el personal: GMC.3.18
 24. Un gerente tiene la responsabilidad de gestionar la organización y hacer que se cumplan las leyes y normativas vigentes. GLD.2
 25. La organización participa en bases de datos externas de acuerdo con la ley y las normativas vigentes: GIN.3.3.1
 26. El plan de información de la organización contempla la manera de mantener la confidencialidad, la seguridad y la integridad de los datos y de la información: GIN.1.4
 27. Se protege la información y las historias clínicas de la pérdida, la destrucción y el acceso o uso indebido o no autorizado: GIN.1.12
-
- | | |
|---|--|
| <p>rio la información pertinente y que concierna (5.2.2. Nota 1).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entre las necesidades y expectativas que cabe esperar tengan los pacientes/clientes de las organizaciones sanitarias, pueden incluirse (5.2.2. notas 4 y 5): <ul style="list-style-type: none"> • La protección de la intimidad • La protección de la confidencialidad de la información (6.5) | <ul style="list-style-type: none"> • Entre las necesidades y expectativas que cabe esperar tenga la sociedad pueden incluirse (5.2.2): <ul style="list-style-type: none"> • Demostrar su responsabilidad para con la salud y la seguridad. • Considerar el impacto ambiental, incluyendo la conservación de energía y recursos naturales. • Identificar los impactos actuales y potenciales en la |
|---|--|

sociedad en general y en la comunidad en particular de sus productos, procesos y actividades.

- Considerar la necesidad de proporcionar planes y/o programas de salud a la comunidad (5.2.2.4).
- Considerar su responsabilidad social y su papel en un sistema de servicios sanitarios comunitarios (5.2.2.5.).
- Debe considerarse el cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios, códigos, normas y directivas que afecten a la calidad del servicio sanitario y de los servicios de apoyo, de un modo ético, eficaz y eficiente (5.2.3 y 5.2.4).
- En la planificación empresarial de la organización deberían tenerse en cuenta planes de satisfacción del cliente, por ejemplo, del tiempo empleado por los profesionales sanitarios contestando preguntas (5.4.3).
- La gestión debería asegurarse de que se han dispuesto mecanismos para comunicar la información sobre los derechos y responsabilidades del paciente/cliente; por ejemplo hacerlo público en áreas destacadas, por correo electrónico en Intranets o en actas de reunión registradas (5.5.1.1 y 5.5.3).
- La organización debería promover la participación y el desarrollo de su personal (6.2.1)
- La dirección debería definir criterios para asegurarse de que todo el personal cuenta con habilidades adecuadas de comunicación, incluyendo destreza lingüística cuando sea necesario, para comunicarse con los colegas y los clientes, incluyendo pacientes/clientes y sus familias (6.2.2.1.3).

- En la planificación de la asistencia al paciente/cliente deberían considerarse (7.1.3.2.1):
 - Los derechos del paciente/cliente.
 - El uso de guías y protocolos clínicos basados en las mejores prácticas y, cuando sea posible, en las preferencias del paciente cliente.
 - La organización debería tener procedimientos para la custodia de las pertenencias del cliente/paciente (7.5.3. Nota).
 - La medición, el análisis y la mejora en la organización incluye consideraciones sobre la eficacia y eficiencia de la comunicación con las partes interesadas para determinar si la información es oportuna y claramente entendida (8.1.2. h).
- Si ahora tratamos de agrupar todos estos contenidos por grandes temas se obtendría un listado como el de la Tabla 2.

El Modelo de acreditación del Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA)

En este caso, un primer contenido ético que merece la pena señalar no se encuentra propiamente en los estándares del Manual del CCHSA, sino en el *Glosario*. De los aproximadamente 150 términos definidos en él, unos 25 tienen que ver directamente con la ética. Ello pone de manifiesto una notable preocupación del Programa por estos aspectos.

En las 4 secciones generales del Manual (Liderazgo, Medio Ambiente, Recursos Humanos y Gestión de la Informa-

Tabla 2. **Áreas de responsabilidad ética de una organización que pueden identificarse en el análisis del contenido del documento UNE 66924 IN.**

Áreas de responsabilidad ética de una organización sanitaria según ISO 9004:2000
<div>1. La organización acepta explícitamente el cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios, códigos, normas y directivas internacionales, nacionales o regionales que afecten a la calidad del servicio sanitario y de los servicios de apoyo, de un modo ético, eficaz y eficiente.</div> <div>2. En la planificación de la asistencia al paciente cliente se tienen en cuenta:<ul style="list-style-type: none">• Los derechos de los pacientes.• Las preferencias del paciente, cuando sea posible.</div> <div>3. Se informa activamente a los usuarios sobre sus derechos.</div> <div>4. Se protocolizan explícitamente algunos procesos de toma de decisiones difíciles, como instrucciones previas, órdenes de no reanimar, contención física o aislamiento.</div> <div>5. Se establece un procedimiento documentado y explícito para que los registros propios de estos protocolos se aprueben, revisen, actualicen, sean legibles y estén disponibles para su uso por los profesionales y su posterior inclusión en la historia clínica.</div> <div>6. Se evalúa la comprensión que el paciente/cliente tiene de la información que le facilitan tanto los profesionales como la organización en su conjunto, para analizar si es oportuna y entendible.</div> <div>7. Se buscan formas de mejorar dicha comprensión, como por ejemplo, la mejora de las habilidades comunicativas de los profesionales.</div> <div>8. Se ponen los medios necesarios para respetar la intimidad y la privacidad.</div> <div>9. Se protege la confidencialidad de la información sobre el paciente.</div> <div>10. Se establecen procedimientos para la custodia de las pertenencias del paciente.</div> <div>11. La organización facilita la formación de los profesionales.</div> <div>12. La organización facilita la participación de los profesionales.</div> <div>13. El sistema de gestión de la organización tiene en cuenta las expectativas de la sociedad en lo relativo a su incidencia en la salud de la comunidad, su impacto ambiental y su contribución a la seguridad.</div>

ción), que son las que se exigen a todo tipo de organizaciones sanitarias, pueden encontrarse contenidos éticos bastante variados. En cambio los contenidos de las secciones específicas para cada tipo de servicio a acreditar son muy similares, con mínimas diferencias entre ellas. El extraordinario peso que adquieren las cuestiones éticas en las secciones específicas queda bien ilustrada por el hecho de que puedan identificarse contenidos éticos explícitos en hasta 9 de los habituales 17 estándares (más del 50%) que contienen estas secciones.

Si ahora tratáramos de agrupar todos estos contenidos por grandes temas se obtendría un listado como el descrito en la Tabla 3.

El Modelo de acreditación del Health Quality Service

El Manual del HQS contiene una importante cantidad de estándares y criterios directamente relacionados con cuestiones éticas.

En primer lugar sobresale la Norma 21, titulada los Derechos del paciente, que comprende 20 criterios –con sus respectivos subcriterios. En total, sumando criterios y subcriterios, componen 38 normas a cumplir, de las que 25 tienen categoría A y son de obligado cumplimiento, y 11 tienen correlación con ISO. Dicha Norma se centra de manera prioritaria en las cuestiones relativas a la información y el consentimiento informado.

No menos relevante es la Norma 22, sobre necesidades

individuales del paciente. En ella se detallan aspectos tan relevantes como:

- La atención espiritual y religiosa.
- La atención a los pacientes con deficiencias o minusvalías físicas o psíquicas, haciendo especial hincapié en la facilitación de la información y la comunicación.
- Las necesidades especiales de atención por parte de las minorías étnicas o culturales, con especial dedicación a cuanto tenga que ver con la información o la comunicación.
- La atención a los enfermos terminales, con especial cuidado a la atención a los cuidadores. La Norma 22.16 establece explícitamente lo siguiente:

22.16. Existe un procedimiento documentado y escrito/revisado en los últimos tres años acerca de la respuesta de la organización para dar cumplimiento a las últimas voluntades de pacientes/usuarios. (A – ISO)

Orientación: Este procedimiento necesita la formación del personal acerca del status legal y ético de las últimas voluntades (por ejemplo, deben hacerse cuando el paciente/usuario tenga capacidad de dar consentimiento válido), cómo el personal es consciente de ellos, cómo se custodian (por ejemplo, debería haber una anotación completa en la historia clínica acerca de cualesquiera últimas voluntades) y cómo se llevan a cabo

Tabla 3. Áreas de responsabilidad ética de una organización que pueden identificarse en el análisis del contenido de los estándares de acreditación del CCHSA.

Áreas de responsabilidad ética de una organización sanitaria y estándares CCHSA

1. La organización se orienta a la comunidad y se implica en la mejora de su salud y en su desarrollo (LP2.0, LP3.0)
2. La organización cuenta con un equipo directivo bien formado e informado, efectivo y eficiente, con directrices claras y procedimientos coherentes para resolver conflictos y tomar decisiones (LP5.0)
3. El estilo directivo se caracteriza por la tendencia a la información, la participación, la autoevaluación y la transparencia (LP5.0).
4. La organización tiene un conjunto de valores comunes establecido de manera participativa (LP6.1)
5. La organización informa de dichos valores a todos sus *stakeholders* (LP6.1)
6. La organización presta servicios y toma decisiones de acuerdo con sus valores (LP6.0, LP6.1)
7. La organización define un código ético que regula sus actividades económicas y la conducta de los profesionales (LP6.0, LP6.2)
8. La organización establece procedimientos y protocolos actualizados para tratar las cuestiones y problemas éticos (LP6.2, LP6.3)
9. En el proceso de planificación estratégica la organización define una misión, visión, fines y objetivos coherentes con los valores defendidos (LP7.0).
10. Los recursos humanos, materiales y financieros son distribuidos siguiendo criterios de equidad, calidad, necesidad, eficiencia, y coste de oportunidad (LP8.0)
11. En la investigación con seres humanos, la organización tiene un protocolo y un procedimiento para garantizar su corrección y calidad técnica, y para proteger a los clientes y respetar sus derechos, siguiendo así las guías vigentes de los organismos nacionales pertinentes (LP13.0)
12. La organización cuida el medio ambiente físico en sus instalaciones, para contribuir a la intimidad y el bienestar de sus clientes, trabajadores y visitantes (E1.0)
13. La organización respeta unas guías de actuación escritas sobre los productos del tabaco (E1.1)
14. La organización trata de minimizar cualquier tipo de riesgo o daño que pueda ocurrir a sus clientes o trabajadores, y está preparada para actuar si suceden (E3.0, E4.0, E5.0)

continuación

Tabla 3. Áreas de responsabilidad ética de una organización que pueden identificarse en el análisis del contenido de los estándares de acreditación del CCHSA (Continuación).

Áreas de responsabilidad ética de una organización sanitaria y estándares CCHSA

15. Mientras realiza su actividad de prestar servicios la organización protege y mejora la salud del medio ambiente, en colaboración con la comunidad y con otras organizaciones (E6.0)
16. Los procedimientos de la organización para seleccionar y contratar al personal son justos, equitativos, coherentes, garantizan la diversidad y se aplican a todos por igual (HR3.0)
17. La organización retribuye económicamente a sus trabajadores de forma justa y equitativa (HR3.4)
18. La organización crea oportunidades para el desarrollo profesional, la promoción, la formación y el entrenamiento de sus trabajadores (HR3.4, HR5.0)
19. La organización dispone de un procedimiento formal para resolver los conflictos de los profesionales (HR7.0)
20. La organización asegura la confidencialidad de la información de las fichas o expedientes del personal (HR8.0)
21. La organización crea un medio ambiente laboral sano, estimulante, participativo, seguro y positivo, libre de toda forma de discriminación y acoso, y respetuoso con los derechos de las personas y con las prácticas culturales y espirituales de cada trabajador. (HR 9.0)
22. La organización tiene un procedimiento formal para que el personal pueda presentar y resolver sus quejas y reclamaciones (HR9.3)
23. La organización protege la confidencialidad, la seguridad y la integridad de los datos y de la información, especialmente la de las historias clínicas de sus clientes (IM7.0, IM8.0)
24. El contenido de la historia clínica es conforme a la ley (IM8.2)
25. Existe un procedimiento para permitir a los clientes acceder a su historia clínica (IM8.4)
26. La organización forma adecuadamente a los trabajadores sobre la necesidad y la manera de proteger la confidencialidad (IM7.3)
27. El equipo asistencial proporciona a los clientes y sus familias toda la información relevante sobre los servicios a que pueden acceder, y sus posibilidades de participar en ellos (AC9.0)
28. La información comunicada es veraz, pertinente, se proporciona de manera suficiente y comprensible para el paciente, en una lengua que pueda entender, y se registra en su historia clínica (AC9.2).
29. En cada caso proporciona la información el profesional más cualificado y apropiado (AC9.3)
30. El equipo asistencial verifica que la información fue comprendida (AC9.4)
31. El equipo asistencial obtiene el consentimiento informado antes de cada servicio o procedimiento (AC10.0)
32. El equipo asistencial tiene un procedimiento definido para evaluar la capacidad de los pacientes (AC10.2)
33. Cuando un paciente es incapaz, el equipo implica a su representante en la toma de decisiones (AC10.2)
34. El equipo asistencial revisa junto con el paciente el formulario de consentimiento informado y le da tiempo suficiente para pensarlo antes de su firma (AC10.3)
35. El equipo asistencial tiene un procedimiento definido para ayudar a los pacientes con necesidades especiales a ejercer su autonomía y tomar decisiones informadas (AC10.4)
36. El equipo asistencial registra, comunica y respeta las instrucciones previas (AC10.5)
37. El equipo asistencial protege y promueve los derechos de los pacientes y sus familias, dándoselos a conocer y ayudándolos a que los ejerzan (AC11.0, AC11.3)
38. El equipo asistencial protege la intimidad de los pacientes y sus familias, así como la confidencialidad de la información (AC11.2).
39. Existe un procedimiento definido –que incluye guías de práctica o protocolos– para ayudar a los trabajadores a tomar decisiones éticas difíciles, especialmente aquellas que tengan relación con la retirada o el no inicio de tratamientos de soporte vital (AC11.4)
40. Existe un procedimiento definido para la extracción y trasplante de órganos (AC11.5)
41. Existe un procedimiento definido para que los clientes o sus familias presenten quejas y reclamaciones (AC11.6)
42. Existe un plan de intervención apropiado e integrado para cada paciente (AC12.0).
43. El equipo procede a la prestación de cuidados sanitarios adecuados y a su registro. (AC13.0)
44. El equipo respeta las tradiciones y creencias religiosas de los pacientes (AC13.6).
45. El equipo responde a las necesidades de los moribundos. (AC13.7).
46. El equipo previene y controla los comportamientos agresivos o violentos de forma segura (AC13.8).
47. El equipo da información escrita y verbal a los pacientes sobre los medicamentos u otras terapias disponibles (AC14.2).
48. La organización ayuda a los pacientes y familias a asumir sus responsabilidades (AC15.0).
49. El equipo suministra educación sanitaria apropiada a los clientes y sus familias (AC15.2).
50. El equipo suministra apoyo emocional y servicios de counselling (AC15.3).
51. Los pacientes y sus familias participan activamente en la planificación del alta, del traslado a otro centro (AC17.1).

LP: Leadership and partnership; E: Environment; HR: Human resources; IM: Information management; AC: Acute care.

- La atención al paciente fallecido y a sus familiares, con referencia a la forma de dar las noticias, o al cuidado de los cadáveres.

- Reclusión, aislamiento y medicación de urgencia
- La atención a los acompañantes. Las Normas 22.22 y 22.23 establecen que

22.22. El personal es consciente de los derechos y responsabilidades de acompañantes de acuerdo con la legislación y guías profesionales vigentes (A)

22.23. La implicación de acompañantes se consensúa con el paciente/usuario y está documentada en la historia clínica. (B)

De la importancia que el HQS concede a los aspectos éticos da también testimonio el que en la Norma 2, sobre Gobierno corporativo, existan al menos 7 criterios de los 30 que se compone la norma, directamente relacionados con estos temas. De estos 7, tres se refiere a la posibilidad de que pacientes y profesionales tramiten quejas y sugerencias, otros dos, muy desarrollados y detallados en su orientación, se refieren al consentimiento informado:

2.23. Existe política y procedimiento datado y escrito o revisado durante los últimos tres años acerca de cómo obtener el consentimiento informado de pacientes y usuarios. (A - ISO)

2.24. La política y procedimiento del consentimiento informado válido incluye referencias a lo siguiente:

2.24.1. Orientación acerca de quién debe obtener el consentimiento informado y en qué circunstancias. (A)

2.24.2. Procedimiento para rellenar los impresos de

consentimiento informado. (A)

Estos criterios son importantes porque, por su ubicación dentro de una norma dedicada a analizar la estructura básica de gestión del centro están convirtiendo al consentimiento informado en una cuestión central de ética organizacional, y no relegándolo sólo al plano de la atención clínica.

Los otros dos criterios de la Norma 2 hacen referencia a las garantías antidiscriminación, esto es, a la accesibilidad en condiciones de igualdad de oportunidades.

2.29. Existe política y procedimiento datado y escrito o revisado durante los últimos tres años acerca de la igualdad de oportunidades y las prácticas antidiscriminación a fin de que el acceso a los servicios hospitalarios sea igualitario. (A)

2.30. La política de igualdad de oportunidades y acceso está al alcance de

2.30.1. Personal (A)

2.30.2. Pacientes/usuarios (A)

2.30.3. Personal sanitario. (A)

Muchas otras normas del Manual contienen preceptos éticos, como las relativas a la gestión de recursos humanos, marketing y comunicaciones, gestión de la información, etc. Un repaso a las normas de carácter general Norma 1 a 27, esto es, las que no se refieren a servicios específicos, permite elaborar la tabla correspondiente sobre responsabilidades éticas de la organización (tabla 4).

Tabla 4. Áreas de responsabilidad ética de una organización que pueden identificarse en el análisis del contenido de los estándares de acreditación del HQS.

Áreas de responsabilidad ética de una organización sanitaria y estándares HQS

1. Se definen explícitamente los derechos de los pacientes: 21.1, 21.2.
2. Entre los derechos explícitamente reconocidos se encuentra:
 - El derecho a que se respete en todo momento su dignidad personal: 21.2, 21.4, 27.14.
 - El derecho a que se respeten sus tradiciones individuales, culturales o religiosas: 21.2.3.
 - El derecho a que se garantice su seguridad física y la de sus pertenencias: 6.92 a 6.102, 14.12 a 14.14.
 - El derecho a ser remitido a un profesional que considere aceptable: 21.1.1.
 - El derecho a buscar una segunda opinión: 21.1.2.
 - El derecho a recibir asesoría legal independiente: 2.28, 21.20.
 - El derecho a recibir información clínica sobre su estado, tratamiento, exploración, antes de otorgar su consentimiento informado: 21.1.3., 3.38.
 - El derecho a recibir información sobre la planificación de su atención sanitaria –incluyendo aspectos financieros–, y a participar activamente en su elaboración y modificación: 21.6, 3.22, 3.40, 11.37 a 11.40, 24.12, 25.2 a 25.4.
 - El derecho a que toda la información que se reciba, sea cual sea su función o contenido, sea accesible, se le transmita de forma comprensible y adaptada a sus necesidades o peculiaridades personales o culturales: 21.9, 3.39, 10.12, 25.8, 27.15.
 - El derecho a tener acceso a su historia clínica: 21.1.4.
 - El derecho a la confidencialidad de la información: 21.1.4, 4.19, 13.6.
 - El derecho a que se respete su privacidad o intimidad: 19.2 a 19.7, 22.2, 24.11.
 - El derecho a otorgar el consentimiento informado para investigación: 21.1.5
 - El derecho a poder elegir si tomar parte o no en la formación del personal: 21.1.6.
 - El derecho a que sus quejas clínicas y no clínicas se investiguen totalmente: 21.1.7.
 - El derecho a recibir atención de sus necesidades espirituales: 22.1 a 22.4.

continuación

Tabla 4. **Áreas de responsabilidad ética de una organización que pueden identificarse en el análisis del contenido de los estándares de acreditación del HQS (Continuación).**

Áreas de responsabilidad ética de una organización sanitaria y estándares HQS

- El derecho a que se respeten sus últimas voluntades: 22.16.
 - Derecho a recibir informes por escrito de su estado de salud o al alta de su estancia hospitalaria: 26.8 a 26.13.
3. Con el objetivo de garantizar un adecuado respeto a los derechos de los pacientes, la organización elabora, documenta y actualiza periódicamente procedimientos o protocolos en al menos las siguientes áreas:
- Información sobre derechos de los pacientes y servicios a los que puede acceder: 18.21, 24.25.
 - Información sobre derechos y necesidades de los cuidadores, familiares o acompañantes: 22.20, 22.14, 22.22 a 22.26, 25.18.
 - Información sobre aspectos financieros de la atención: coberturas de seguros, facturación, etc.: 11.34 a 11.42.
 - Consentimiento informado para la asistencia sanitaria: 2.23, 2.24, 18.19, 18.20, 21.14 a 21.18, 27.7.
 - Consentimiento informado para la investigación: 3.41.
 - Evaluación de la legibilidad y accesibilidad de la información, teniendo en cuenta las necesidades lingüísticas individuales o grupales: 21.8 a 21.10, 22.9 a 22.10.
 - Evaluación de la capacidad y decisiones de representación –incluyendo el uso de directivas anticipadas–: 21.7, 21.19, 22.16, 25.10, 27.5.10.
 - Confidencialidad de la información registrada: 4.19, 10.7, 10.8; 13.8, 25.15, 25.16.
 - Prácticas antidiscriminatorias para garantizar acceso equitativo en igualdad de oportunidades: 2.29, 2.30.
 - Gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios: 6.14, 2.18, 2.19, 2.20, 2.21, 21.11.
 - Situaciones de reclusión, aislamiento o medicación de urgencia: 22.21, 25.4, 27.5.5.
- Condiciones de acceso a la historia clínica o planes de cuidado: 25.9.
4. La organización reconoce y respeta los derechos de sus trabajadores (Norma 7), y de forma especial vela por:
- El derecho a ser informado y a participar activamente en la gestión del centro: 1.5, 1.25, 5.12.
 - El derecho a mejorar su desarrollo profesional y laboral: 1.9.
 - El derecho a que se atiendan sus quejas, reclamaciones y sugerencias: 1.26.
 - El derecho a la confidencialidad de la información sobre sus datos: 7.24, 7.25, 16.16.
5. Con el objetivo de garantizar un adecuado respeto a los trabajadores y sus derechos, la organización elabora, documenta y actualiza periódicamente procedimientos o protocolos en al menos las siguientes áreas:
- Garantías de la igualdad de oportunidades en el acceso a puestos de trabajo: 7.11, 7.12, 7.13, 7.14, 7.45.
 - Programa de orientación e inducción de los nuevos trabajadores, en cuyo contenido se incluya información sobre los valores y objetivos de la organización y sobre el respeto a los derechos de los pacientes: 7.26, 7.27, 7.28.
 - Programas de formación continuada: 3.26 a 3.27, 7.29 a 7.35, 17.7 a 17.22.
 - Gestión de sus quejas, reclamaciones y sugerencias: 2.18, 2.19, 2.20, 7.43.
 - Prevención, detección y tratamiento del acoso moral: 7.6, 7.7, 7.44.
 - Conciliación de la vida familiar y laboral: 7.8, 7.9.
6. La organización diseña mecanismos, procedimientos y protocolos para el control del fraude financiero: 11.5.
7. La organización protege la salud de la comunidad y respeta el medioambiente, para lo que diseña y aplica los protocolos y procedimientos adecuados: 6.77 a 6.87, 14.22 a 14.27.
8. La organización atiende las necesidades de los usuarios o trabajadores con cualquier grado de discapacidad física o psíquica: 14.9 a 14.11, 19.1, 22.5 a 22.8, 25.4.

Algunos estándares éticos para que nuestras organizaciones sanitarias caminen hacia la excelencia moral

En los próximos años nuestro país se va a ver abocado a profundizar en el desarrollo de sistemas de acreditación o evaluación de la calidad²⁹. Es posible que, en el marco de la Ley de Cohesión y Calidad, se desarrollen acuerdos básicos entre las distintas Comunidades Autónomas y el Ministerio de

Sanidad y Consumo acerca de los rasgos básicos que debe tener la acreditación en nuestro país.

A nuestro modo de ver dicho consenso debe realizarse de tal forma que ampare el abanico de valores que se dan cita en el punto de encuentro entre la calidad, la gestión, el mundo sanitario, el mundo empresarial y la reflexión ética. Ese consenso no puede ser sólo *estratégico*, necesita también ser *moral*. Eso quiere decir que debe partir de fundamentos éticos explícitos y, a nuestro modo de ver, anudarse en torno

a valores ya previamente compartidos, como son los que aparecen reflejados en numerosos textos ético-jurídicos. Sólo así podrán sostenerse con rigor los contenidos de los criterios y estándares éticos

La cuestión del fundamento.

Aunque no lo hayamos expuesto aquí de manera desarrollada, cabe notificar ahora que en la revisión de las diferentes propuestas de acreditación de la calidad, la fundamentación ética constituye en general una cuestión poco o débilmente tratada. En algunos modelos (EFQM, ISO), el trasfondo utilitarista tomado de la racionalidad económica del mercado es relevante.

Nosotros pensamos que siempre hay que comenzar afirmando el marco formal de la defensa de la dignidad de las personas como el referente metaético básico de cualquier actividad humana, y por tanto, de cualquier actividad sanitaria asistencial, investigadora o de gestión. Las personas –los pacientes, los usuarios, los profesionales...– no tienen precio, tienen dignidad, y no pueden ser utilizados sólo como medios, sino siempre también como fines en sí mismos que merecen respeto. La atención sanitaria, y la apuesta por mejorar su calidad en nuestras organizaciones sólo tiene sentido si se parte de esta convicción última. Ser mejores, ser excelentes, debería significar, en primer lugar, ser más capaces de organizarse y funcionar dando contenido real a la necesidad de respetar la dignidad humana.

Para dar contenido real a este enunciado formal precisamos articular correctamente principios morales y consecuencias, en una línea de ética de la convicción responsable, o de la responsabilidad convencida. Porque las consecuencias sin principios llevan al cinismo desnortado, y los principios sin consecuencias, al irrealismo desencarnado. Por tanto hay que superar planteamientos meramente utilitaristas y crematísticos para avanzar a convicciones deontológicas responsables que pongan a la economía, la atención sanitaria y la mejora de la calidad al servicio de la dignidad del hombre³⁰. Obviamente a la hora de tomar decisiones concretas sobre gestión sanitaria, el único posible método a seguir es el deliberativo. Esto implica la ponderación prudente en cada caso de las exigencias morales emanadas de los principios y de las consecuencias que previsiblemente se producirán en cada alternativa, procedimiento que han desarrollado de manera importante los Comités de Ética, tan olvidados por nuestros gestores sanitarios³¹⁻³³.

¿Y cuáles deberían ser los principios básicos que traten de dar contenido a la idea formal de dignidad humana en este campo de la gestión sanitaria y la calidad?: Quizás todo pueda resumirse básicamente en estos tres principios básicos:

a) Debe respetarse la autonomía moral de las personas, sus libertades y derechos, para gestionar su vida y su salud. Aunque no lo ha sido en el pasado, en el momento actual esta manera de entender a los seres humanos es la que mejor refleja la apuesta por la defensa de su dignidad. La superación del paternalismo como modelo de relación tanto sociopolítica como clínica es un logro inequívoco de la Modernidad³⁴.

b) Debe promoverse el acceso de todas las personas a la atención sanitaria en condiciones de equidad, pues en tanto que personas, son iguales y tienen los mismos derechos básicos. La sanidad en nuestro sistema político-social ha de entenderse como fuente de equidad, de igualdad de oportunidades. La responsabilidad social de las empresas sanitarias en este sentido es pues aún más evidente que en otro tipo de empresas, y la necesidad de articular correctamente lo privado y lo público, también.

c) Debe promoverse la participación activa y efectiva de todas las partes interesadas o *stakeholders* (en este caso pacientes, profesionales, proveedores, instituciones...) a la hora de tomar las decisiones sanitarias, clínicas y de gestión. Todas las personas posiblemente afectados por las decisiones sanitarias deben ser considerados interlocutores válidos, y su voz debe ser escuchada y tenida en cuenta. Las todavía vigentes ideas del paciente pasivo, del ciudadano conformista, o del profesional sometido deben superarse³⁵. La orientación al cliente, imprescindible para cualquier organización de servicios moderna, y especialmente en cualquier organización sanitaria, debe ser necesariamente complementada con una orientación hacia los profesionales. No hay que olvidar –y con demasiada frecuencia nuestros directivos sanitarios lo han hecho– que los profesionales sanitarios, por su propia condición de trabajadores altamente cualificados y vocacionados, son los verdaderos gestores clave del sistema. Sólo la participación activa y real en la toma de decisiones en un clima de democracia deliberativa y de compromiso con el fin de la salud podrá evitar la sensación, como dice Lipovetsky, de que la idea de ética de la organización no es más que un discurso vacío de contenido³⁶.

Pero esto exige un cambio obvio en la mentalidad, formación y actitudes de los líderes directivos de nuestro sistema sanitario, en los que por desgracia siguen predominando los tics gerencialistas y burocráticos. Es necesario que los estilos directivos estén guiados por la convicción de que los valores son claves para el buen gobierno de las organizaciones³⁷, y de que las empresas sanitarias, públicas o privadas, deben ser auténticas *empresas ciudadanas*³⁸. Aunque, como bien dice Lipovetsky, este cambio tampoco será posible sin la reorientación total del sistema en clave participativa, cuestión que sólo puede ponerse en marcha si existe un auténtico compromiso de los gobernantes, compromiso hasta la fecha hipotecado por el habitual “coroplacismo” electoral de nuestra política sanitaria.

Los referentes ético-jurídicos

Esos principios generales pueden encontrarse concretados, de manera más detallada, en un conjunto de normas jurídicas y éticas de diverso tipo y rango que, a-nuestro modo, deben tenerse en cuenta de forma explícita en cualquier consenso sobre gestión sanitaria y acreditación de la calidad. Entre ellas cabe destacar, a nivel internacional, al menos:

- La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)
- El Pacto internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)

- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)
- Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (1989)
- El Pacto Global de la ONU sobre derechos humanos, trabajo y medio ambiente (1999)
- Los Convenios de la Organización Internacional del Trabajo sobre diversos aspectos de la protección de los trabajadores.

- La Declaración de Helsinki³⁹

A nivel europeo deberá tenerse en cuenta, cuando menos:

- La Carta Social Europea (1961)
- La Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa de la Oficina Regional para Europa de la OMS (1994).
- El Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina) (1997), que además es ley en España desde el 1 de enero de 2000.

Asimismo en nuestro país, habrá que tener muy presentes – y no tanto por las cuestiones legales, sino por las cruciales dimensiones éticas que apuntan–:

- La Constitución Española (1978)
- La Ley General de Sanidad (1986)
- La Ley Orgánica de Protección de Datos (1999)
- La Ley Básica Reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en material de información y documentación clínica (2002)
- La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003)
- La legislación sobre investigación, donación y trasplante de órganos, técnicas de reproducción asistida y demás

legislación sanitaria.

- Las Leyes autonómicas que desarrollen, complementen, o hagan referencia a normas anteriores.

Los contenidos materiales

Tener en cuenta todo lo mencionado anteriormente significa que cualquier sistema de evaluación o acreditación de la calidad debe poder asegurar que el centro u organización revisado se estructura y funciona realmente, operativamente, de tal manera que respeta esos valores y principios. No se trata pues de meras declaraciones retóricas, sino del desarrollo de estándares, criterios o indicadores, protocolos o procedimientos objetivables y medibles que den cuenta de ellos.

En la Tabla 5 se encuentran esbozadas las Normas éticas que, a juicio del Grupo redactor del informe que inspira directamente este trabajo, una organización sanitaria debería de cumplir para ser considerada excelente. Son el fruto de la fusión de las propuestas recogidas de los diversos sistemas de evaluación o acreditación de la calidad. Además algunas han sido añadidas directamente por el grupo de trabajo durante el proceso de elaboración del documento, porque aunque no estén explícitamente recogidas por los sistemas de acreditación, se han considerado necesarias.

A algunos de los apartados de la Tabla 5 se les puede tachar de ambiguos o genéricos. Esto último podría suceder con los que se refieren a la “Gestión ética corporativa”, “Equipo Directivo”, “Gestión económica”, “Gestión medioambiental” o “Responsabilidad Social”. Este Grupo es consciente de ello y la labor de concreción y especificación resta aún por hacer. Ello es signo de que todavía esta nueva disciplina, la ética organizativa sanitaria, es aún incipiente. Sin embargo creemos que sus enunciados obligan a “plantearse la cuestión”, lo cual es ya muy importante.

Otros contenidos de esta tabla son algo más concretos, son aquellos importados de la Bioética Clínica. Es lógico que

Tabla 5. Un cuadro de normas éticas para organizaciones sanitarias excelentes.

N.º	Normas éticas para una organización sanitaria excelente	EFQM	JCIA	ISO	CCHSA	HQS
I	Gestión ética corporativa					
1.	La organización se orienta a la comunidad y se implica activamente en la mejora de su salud y en su desarrollo					
2.	La organización tiene un conjunto de valores comunes establecidos de manera participativa, que se refleja en su misión y visión					
3.	Los valores son coherentes con las declaraciones y normas éticas y legales internacionales, nacionales o autonómicas sobre la protección de la salud individual y colectiva, que son refrendadas por la organización de forma explícita					
4.	En el proceso de planificación estratégica la organización define una Misión, Visión, Fines y Objetivos coherentes con los valores defendidos					
5.	La organización informa de dichos valores a todos sus partes interesadas (stakeholders)					
6.	La organización presta servicios y toma decisiones de acuerdo con sus valores					
7.	La organización define un código ético que, en función de esos valores, regula sus actividades económicas y la conducta de los profesionales					

continuación

Tabla 5. Un cuadro de normas éticas para organizaciones sanitarias excelentes (Continuación)

N.º	Normas éticas para una organización sanitaria excelente	EFQM	JCIA	ISO	CCHSA	HQS
I Gestión ética corporativa						
8.	La organización establece procedimientos y protocolos, actualizados y conocidos por todos, para tratar las cuestiones y problemas éticos					
9.	La organización crea estructuras organizativas para dar soporte al análisis de los aspectos éticos dentro de la organización (Comités)					
II Equipo Directivo						
10.	La organización cuenta con un equipo directivo bien formado e informado, efectivo y eficiente, con directrices claras y procedimientos coherentes para resolver conflictos y tomar decisiones					
11.	El estilo directivo se caracteriza por la tendencia a la información, la participación, la autoevaluación y la transparencia					
III Gestión Económica						
12.	Los recursos humanos, materiales y financieros son distribuidos siguiendo criterios de equidad, calidad, necesidad, eficiencia y cose de oportunidad					
13.	La organización diseña mecanismos, procedimientos y protocolos para el control del fraude financiero					
IV Gestión Medioambiental						
14.	La organización cuida el medio ambiente físico en sus instalaciones, para contribuir a la intimidad y el bienestar de sus clientes, trabajadores y visitantes					
15.	Mientras realiza su actividad de prestar servicios, la organización protege y mejora la salud del medio ambiente en colaboración con la comunidad y con otras organizaciones, mediante planes específicos para ello					
V Responsabilidad Social						
16.	La organización evalúa cuáles son sus responsabilidades sociales hacia la comunidad en la que está inserta, y diseña, ejecuta y evalúa planes específicos para cumplirlas					
VI Los pacientes y sus familiares						
17.	La organización reconoce explícitamente en sus documentos de planificación, gestión, información y otros, los derechos de los pacientes y sus familias					
18.	Entre los derechos de los pacientes se encuentran los reconocidos por la legislación vigente, y se consideran además, de forma especial, los siguientes:					
	• El derecho a que se respete en todo momento su dignidad personal					
	• El derecho a que se respete sus valores personales, culturales o religiosos					
	• El derecho a que se garantice su seguridad física y la de sus pertenencias					
	• El derecho a elegir el profesional que le atenderá					
	• El derecho a recibir asesoría legal y ética independiente					
	• El derecho a recibir información sobre los servicios a los que puede acceder					
	• El derecho a recibir información clínica sobre su estado, tratamiento, exploración, antes de otorgar su consentimiento informado					
	• El derecho a recibir información sobre la planificación de su atención sanitaria, y a participar activamente en su elaboración o modificación					
	• El derecho a recibir información sobre los aspectos financieros de su asistencia: cobertura de seguro, facturación, etc.					
	• El derecho a que toda la información a él destinada, sea cual sea su función o contenido, esté accesible, sea comprensible y legible, y se adapte a sus necesidades y peculiaridades personales, culturales o lingüísticas					
	• El derecho a tener acceso a su historia clínica					
	• El derecho a la confidencialidad de la información					
	• El derecho a que se respete su privacidad o intimidad					
	• El derecho a otorgar su consentimiento informado para participar en proyectos de investigación					
	• El derecho a conocer, aceptar o rechazar, su participación en actividades formativas de los profesionales					

continuación

Tabla 5. Un cuadro de normas éticas para organizaciones sanitarias excelentes (Continuación)

N.º	Normas éticas para una organización sanitaria excelente	EFQM	JCIA	ISO	CCHSA	HQS
I Gestión ética corporativa						
	• El derecho a poner quejas y reclamaciones, y a que se investiguen y aclaren convenientemente					
	• El derecho a recibir atención de sus necesidades espirituales					
	• El derecho a recibir una atención integral ante el final de la vida					
	• El derecho a que se tengan en cuenta sus instrucciones previas o directivas anticipadas					
	• El derecho a designar un representante o sustituto para que tome decisiones por él cuando sea incapaz de hacerlo por sí mismo					
	• El derecho a decidir en qué medida sus familiares participarán en el proceso de toma de decisiones sobre su salud, tanto mientras sea capaz como cuando se encuentre en situación de incapacidad					
	• El derecho a recibir informes por escrito sobre su estado de salud, así como al alta de su estancia hospitalaria					
19.	Con el objeto de garantizar un adecuado respeto a los derechos de los pacientes, la organización <i>elabora, documenta, implementa, evalúa y actualiza periódicamente procedimientos o protocolos</i> en al menos las siguientes áreas:					
	• Información sobre los derechos de los pacientes y sobre los servicios a los que puede acceder					
	• Información sobre derechos y necesidades de los cuidadores, familiares o acompañantes					
	• Información sobre aspectos financieros de la atención					
	• Seguridad de los pacientes y sus pertenencias					
	• Consentimiento informado para la asistencia sanitaria médica y quirúrgica: procedimiento de actuación y registro					
	• Aspectos éticos y jurídicos de la donación de órganos, con especial atención al consentimiento informado					
	• Aspectos éticos y jurídicos de la investigación con seres humanos, con especial atención al consentimiento informado					
	• Evaluación periódica de la pertinencia, legibilidad y accesibilidad de la información que se pone a disposición de los pacientes y sus familiares					
	• Evaluación de la capacidad de los pacientes (adultos y menores) para tomar decisiones					
	• Decisiones de representación: Designación de representante, criterios de toma de decisiones, cumplimentación y utilización de las directrices anticipadas o instrucciones previas					
	• Atención integral al paciente moribundo y su familia: aspectos científico-técnicos, éticos, jurídicos, emocionales y espirituales					
	• Limitación del esfuerzo terapéutico al final de la vida: retirada o no inicio de tratamientos de soporte vital, ordenes de no-reanimar, sedación					
	• Trato adecuado y respetuoso de los cadáveres					
	• Contención física o farmacológica de pacientes					
	• Ingresos involuntarios					
	• Condiciones de acceso de los pacientes a su historia clínica					
	• Gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias					
	• Prácticas antidiscriminatorias para garantizar el acceso equitativo a la atención sanitaria en condiciones de igualdad de oportunidades					
	• Garantías de protección de la confidencialidad de los datos personales, clínicos y no-clínicos, de los usuarios					
	• Protección de la intimidad y la privacidad de los pacientes y sus familiares					
VII Los trabajadores						
20	La organización reconoce y respeta los derechos de los trabajadores recogidos por las declaraciones internacionales y por la legislación vigente, y de forma especial vela por:		SA 8000: 20001			
	• El derecho a una retribución justa, equitativa, sin discriminación en razón de sexo y acorde con la legislación vigente					
	• El derecho al acceso a los puestos de trabajo en condición de igualdad de oportunidad, evitando la discriminación por razón de sexo u orientación sexual, raza, opciones políticas o religiosas, etc.					
	• El derecho a ser informado sobre la gestión del centro y a participar activamente en ella					
	• El derecho a que se potencie su desarrollo profesional y laboral					

continuación

Tabla 5. Un cuadro de normas éticas para organizaciones sanitarias excelentes (Continuación)

N.º	Normas éticas para una organización sanitaria excelente	EFQM	JCIA	ISO	CCHSA	HQS
	<ul style="list-style-type: none"> • El derecho a que se atiendan sus quejas, reclamaciones y sugerencias • El derecho a que se respeten sus valores, creencias y particularidades culturales o religiosas y a que en lo posible se compatibilicen con el ejercicio de su trabajo • El derecho a la confidencialidad de sus datos personales y laborales • El derecho a la protección de su salud y seguridad 					
21	Con el objetivo de garantizar un adecuado respeto a los trabajadores y sus derechos, la organización <i>elabora, documenta, implementa, evalúa y actualiza periódicamente procedimientos o protocolos</i> en al menos las siguientes áreas: <ul style="list-style-type: none"> • Garantías de igualdad de oportunidades en el acceso a puestos de trabajo • Formación continuada sobre aspectos éticos de la atención a los usuarios y sus familiares, y habilidades para la comunicación y el apoyo emocional • Prevención, detección y tratamiento del acoso moral • Conciliación de la vida familiar y laboral • Gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias de los trabajadores • Ejercicio coherente y respetuoso del derecho a la objeción de conciencia 					
VIII Otros aspectos						
22	La organización atiende específicamente las necesidades de los usuarios o trabajadores con cualquier grado de discapacidad física o psíquica, optimizando los accesos al centro sanitario, la recepción y transmisión de información, y la adaptación de los puestos de trabajo					

sea así pues esta disciplina lleva casi tres décadas de historia y además existe un considerable número de documentos, protocolos y, sobre todo, leyes, que permiten desarrollarlos de manera más detallada. Es el caso, por ejemplo, de la protocolización del consentimiento informado y la participación del paciente en la toma de decisiones clínicas, que debe generarse necesariamente a la luz de lo exigido por la Ley Básica de Reguladora de la Autonomía del Paciente y la legislación autonómica complementaria. Igual cabría decir de la investigación, los trasplantes o la protección de la confidencialidad de los datos de los pacientes respecto a sus legislaciones correspondientes. Sin embargo hay una cuestión crucial: desde el momento que se proponen desde una vertiente organizacional: no se trata ya sólo de deberes individuales de los profesionales, sino institucionales, estructurales y funcionales, con todo lo que ello implica de compromiso activo en su cumplimiento.

Como se verá la casilla de EFQM está vacía. Esto se debe a que, como ya se ha señalado, este modelo es no-prescriptivo en sus contenidos, por lo que todas las normas propuestas caben directamente en él, sobre todo si se construye sobre la versión orientada a las organizaciones públicas y se atenúe el tinte crematístico del modelo general.

Obviamente esta Tabla podría considerarse el germen de un modelo de acreditación ética de organizaciones sanitarias. Para su desarrollo se necesitaría un proceso de reelaboración y concreción ulterior, habida cuenta que muchas de las normas están sólo esbozadas, que posiblemente habría que incluir más, matizar algunas, etc. Esta Tabla de normas también puede utilizarse simplemente a modo de listado de comprobación (*checklist*) en el marco de procedimientos de

evaluación o acreditación de la calidad guiados por cualquiera de los modelos aquí evaluados. Se utilice como se utilice esta tabla deberá responder al fin último que ha animado a este Grupo de Trabajo: la convicción profunda de que las organizaciones sanitarias deben hacerse conscientes de sus cruciales responsabilidades éticas, que emanan de su fin que no es otro que hacerse cargo y encargarse de uno de los aspectos de la fragilidad humana, el de la vivencia de la enfermedad.

Bibliografía

1. La presente ponencia constituye una versión abreviada del trabajo titulado "La ética de las organizaciones sanitarias en los modelos de Calidad: propuestas de mejora para su desarrollo en España", elaborado por el Grupo de Trabajo de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, integrado por los firmantes de este artículo. Este documento de trabajo se encuentra actualmente en imprenta.
2. Gracia D. Ética de la calidad de vida. En: Gracia D. Ética y vida 1: Fundamentación y enseñanza de la bioética. Bogotá (Colombia): El Búho, 1998; p. 155-73.
3. Cochrane AL. Efectividad y eficiencia. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano – Fundación Salud Innovación y Sociedad, 2000; p.95-6.
4. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. (5.ª ed). New York: Oxford University Press, 2001.
5. Gracia D. Primum Non Nocere. El principio de no-maleficencia com fundamento de la ética médica. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina, 1990.

6. Gracia D. Hacia un enfoque socrático de la enseñanza de la bioética. En: Gracia D. Ética y vida 1: Fundamentación y enseñanza de la bioética. Bogotá (Colombia): El Búho, 1998; p. 185-94.
 7. Aristóteles. Política. (Traducción y notas de Manuel García Valdés). Madrid: Gredos, 1994; p. 30-9.
 8. Cortina A. Las tres edades de la ética empresarial. En: Cortina, A, editora. Construir confianza. Ética de la empresa en la sociedad de la información y las comunicaciones. Madrid: Trotta, 2003; p. 17-37.
 9. Weber M. La ética protestante y el espíritu del capitalismo". Madrid. Península, 1984.
 10. Conill J. De Adam Smith al "Imperialismo económico". Claves de Razón Práctica 1996;66:52-6.
 11. Peters TJ, Waterman RH. En busca de la excelencia. Barcelona: Folio, 1992.
 12. Lozano JM. Ética y empresa. Op. Cit. p. 182-92.
 13. Cortina A, ed. Ética de la empresa. Madrid: Trotta, 1994; p. 66-74.
 14. Conill J. Economía ética en la era de la información. En: Cortina, A, editora. Construir confianza. Ética de la empresa en la sociedad de la información y las comunicaciones. Madrid: Trotta, 2003; p. 75-96.
 15. Y esto asumiendo que para Aristóteles no se delibera sobre los fines –porque están predeterminados por el orden natural–, sino sólo sobre los medios. Pero es que la Modernidad rompió la concepción teleológica del mundo, por lo que los fines ya no nos vienen dados *a priori*, sino que su determinación forma parte de la responsabilidad que tenemos como seres humanos en la construcción de la Historia.
 16. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Rev Calidad Asistencial 1994;1:31-9.
 17. 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.
 18. Freyre Sander D. The King's Fund. En: Documentación de la Jornada Técnica sobre Calidad y Acreditación organizada por la Unió Catalana de Hospitals (Miércoles, 20 de septiembre de 2000).
 19. Lorenzo Martínez S, Arcelay Salazar A, Bacigalupe Artacho M, Mira Solves JJ, Palacio Lapuente F, Ignacio García E, Vitaller Buriello J. Autoevaluación de Centros Sanitarios. Madrid: MSD, 2000.
- No utilizaremos en cambio la "interpretación para el Sector Sanidad" del Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión, una adaptación del modelo EFQM realizada por la Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad. No se usará por ser mucho menos detallada y elaborada que la anteriormente reseñada, y por ser más desconocida y menos utilizada en nuestro país. Información completa sobre el Modelo Iberoamericano está disponible en www.fundibq.com (visitada el 8 de abril de 2003)
20. AENOR. Informe UNE 66924 IN. Sistemas de gestión de la calidad. Directrices para la mejora de los procesos en las organizaciones sanitarias. Madrid: AENOR, 2002.
 21. JCIA – FAD. Estándares internacionales de acreditación de hospitales. Barcelona: Viena Serveis, 2001. En el verano de 2002 la JCIA ha publicado la 2.ª edición del Manual, cuya traducción al castellano todavía no está disponible.
 22. European Foundation for Quality Management. Introducción a la Excelencia. <http://www.efqm.org>.
 23. European Foundation for Quality Management. Ocho fundamentos de la Excelencia: Conceptos fundamentales y sus beneficios. <http://www.efqm.org>
 24. European Foundation for Quality Management. Modelo Europeo de Gestión de Calidad Total. Ed. Club de Gestión de Calidad, 1993.
 25. De hecho, la primera formulación madura no llegará hasta 1984 de la mano de RE Freeman.
 26. Lozano JM. Ética y empresa. Op Cit. p. 135-40.
 27. Lozano JM. Ética y empresa. Op. Cit. p. 102-14.
 28. Modelo EFQM de Excelencia 1999. Sector Público y Organizaciones del Voluntariado. Madrid/Bruselas: Club de Gestión de la Calidad/EFQM, 1999.
 29. Los propios directivos de las organizaciones sanitarias españolas lo ven cada vez más necesario. Aranaz JM, Leutscher E, Gea MT, Vitaller J. El aseguramiento y la acreditación sanitaria. Qué opinan sobre la acreditación los directivos sanitarios españoles. Rev Calidad Asistencial 2003;18:107-14.
 30. Es por esto que planteamientos como el de Casalmiglia, que argumentan sólo desde la teoría de los juegos para *demostrar* que el único comportamiento moral en economía es el consecuencialista, resultan insuficientes por ser incapaces de romper la lógica utilitarista tan querida por el racionalismo económico clásico. Casalmiglia X. La paradoja del bienintencionado. En: López – Casasnovas, G. El interfaz público – privado en Sanidad. Barcelona: Masson, 2003; p. 3-13.
 31. Gracia D. Teoría y práctica de los Comités de Ética. En: Martínez JL, editor. Comités de ética. Madrid: UPCM – DDB, 2003; p. 59-69.
 32. Martínez JL. Perspectivas éticas que disponen para una Buena deliberación. En: Martínez JL, editor. Comités de ética. Madrid: UPCM – DDB, 2003; p. 171-95.
 33. Camps V. Una vida de calidad. Barcelona: Crítica – Ares y Mares, 2001; p. 115-40.
 34. Simón P. El consentimiento informado. Madrid: Triacastela, 2000.
 35. Jovell, A. El paciente impaciente: ¿Gobernarán los ciudadanos los sistemas sanitarios?. El Médico n.º 978, 17/19 de mayo