

La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas
La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial. Nº 28 (2012)
Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/ Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona
fundacio.grifols@grifols.com www.fundaciogrifols.org
ISBN 978-84-695-3129-7 Depósito Legal: B-12447-2012

SUMARIO

Pág.

Presentación	
<i>Josep Maria Lozano</i>	7
Ética profesional y ética institucional: entre la colaboración y el conflicto	
<i>Diego Gracia</i>	10
La lógica gerencial	
<i>Manel Peiró</i>	22
Aportaciones de los profesionales	34
Relación de los especialistas invitados.....	92
Títulos publicados.....	94

PRESENTACIÓN

El 6 de octubre, personas de diversas trayectorias convocadas por la Fundació Víctor Grífols i Lucas compartimos un día de reflexión para profundizar en un tema de interés común: la ética en las organizaciones sanitarias. Pero la sesión añadía una especificación a este título general: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial. Las páginas que siguen, aunque como es obvio no pueden recoger la riqueza del diálogo que se llevó a cabo, reflejan la sustancia de las diversas aportaciones.

La asunción previa subyacente a la citada especificación era que en las instituciones hospitalarias conviven al menos dos lógicas que responden a valores, principios y criterios de actuación no siempre coincidentes, entre las que a veces se dan tensiones y que pueden conducir a abordar la toma de decisiones desde prioridades no totalmente coincidentes. Esta asunción no negaba que estas dos dinámicas eran perfectamente compatibles con la voluntad de compartir plenamente las finalidades de las instituciones sanitarias de las que forman parte. Pero el punto de partida era el reconocimiento de diferencias entre las dos aproximaciones, que a veces se pueden traducir en tensiones e, incluso, en esquizofrenias según los contextos de las diversas organizaciones.

Provisionalmente, a efectos de iniciar el diálogo y para simplificar, denominamos a estas dos lógicas asistencial y gerencial. Porque el objeto del seminario era crear un espacio de diálogo y de reflexión compartidos sobre las dos lógicas, para conocer mejor cómo se concretan sus interrelaciones, cuáles son las dificultades principales que encuentran, e incluso compartir la narración de algunas situaciones típicas y significativas y, eventualmente, destilar algunas conclusiones que puedan ser útiles para revisar tanto la formación que reciben los profesionales sanitarios como los gerentes.

Desde el inicio de la sesión éramos perfectamente conscientes de la existencia de un tercer actor que influye y configura las relaciones entre las dos lógicas, a menudo de manera decisiva: las políticas públicas. Un actor que a veces es percibido como externo al marco institucional en el que conviven la lógica

asistencial y la gerencial, y hacia el que ambas proyectan la responsabilidad de buena parte de los problemas que se generan en su relación. Pero dicho actor no fue invitado a nuestro encuentro. Ciertamente, el riesgo era convertir al actor político en el chivo expiatorio (precisamente debido a su ausencia), pero el seminario se quería enfocar explícitamente hacia las relaciones entre la lógica asistencial y la gerencial, desde el supuesto de que, pese a estar condicionadas por las políticas públicas, tienen entidad por sí mismas y se pueden tratar específicamente. Afortunadamente, este temor previo parece que no tenía fundamento, y el seminario propició un diálogo rico y fecundo, cuyas potencialidades descubrirá el lector si se adentra en las páginas que siguen.

En el seminario emergieron diversas cuestiones vinculadas a esta cuestión de fondo, cuyas respuestas aparecen transversalmente a lo largo de las diversas aportaciones que siguen. Cuestiones sobre las relaciones entre las dos lógicas, los principios y valores que cada una de ellas considera irrenunciables o los puntos y situaciones en los que se genera más conflicto o más coincidencias. Sin olvidar la cuestión de cómo traducir los temas del debate en clave formativa: qué deberían entender necesariamente de la lógica asistencial los que se mueven en la lógica gerencial, y viceversa.

En el diálogo se enfatizó que no había tanta disonancia entre las dos aproximaciones. Pero escuchadas con atención las diversas aportaciones, no siempre quedaba claro si la afirmación de la atenuación de la disonancia respondía a una descripción de lo que ocurría, a un deseo de lo que debería ocurrir, a la constatación de una tendencia creciente o, simplemente, a una propuesta normativa de cómo deberían ser las cosas. En cualquier caso, sea cual sea el grado de disonancia detectado (en el que se debería atender no solo a las cuestiones de planteamiento o de principio, sino al efectivo funcionamiento de cada organización concreta en la práctica), se puso muy a menudo de relieve la necesidad de no perder de vista cuál debe ser el punto de encuentro: los fines y los valores de la organización en la que todos trabajan y a la que contribuyen con su actividad, y la atención efectiva e integral al paciente, que es quien debe ser la referencia fundamental de todos, trabajen desde la lógica que sea. Sin olvidar que esta necesidad de facilitar puntos de encuentro

a veces requiere algo tan sencillo como disponer de espacios (físicos y en la agenda) para hacerlo: a menudo la distancia física y comunicativa está en el origen de muchas diferencias y disfunciones.

Finalmente, quedó sobre la mesa como uno de los retos más decisivos el cambio intenso y acelerado que se ha producido en los últimos años en ambos perfiles profesionales. Tener clara conciencia de ello parece que debería tener consecuencias inmediatas en los procesos formativos de ambas profesiones.

Probablemente, el lector de las páginas que siguen concluirá lo mismo que los participantes: para avanzar en la temática que nos proponíamos, resulta imprescindible complementarla con una reflexión explícita sobre las políticas públicas y sobre los cambios necesarios en la formación de estos profesionales. Pero como siempre conviene no estar de vuelta antes de haber ido, estoy convencido de que las aportaciones que se recogen a continuación pueden propiciar reflexiones propias en cada uno de los lectores que se acerquen a ellas, e incluso tal vez puedan ser el punto de partida para otros debates semejantes que se puedan impulsar en otros lugares y en otros contextos.

Josep Maria Lozano
Profesor del Departamento de Ciencias Sociales de ESADE

Ética profesional y ética institucional: entre la colaboración y el conflicto

Diego Gracia

*Catedrático de Historia de la Medicina, Facultad
de Medicina, Universidad Complutense de Madrid*

¿Dos lógicas o solo una lógica? ¿Dos éticas o una sola ética? El profesional sanitario ha tenido siempre más o menos clara su lógica y su ética, pero no entiende muy bien que pueda haber dos racionalidades distintas que, además, entran en conflicto entre sí. El fenómeno, por otra parte, es muy nuevo, y las respuestas mínimamente satisfactorias no abundan en la literatura.

Un poco de historia

Esta de ahora no es la primera vez que los médicos tienen que convivir en los hospitales con gestores externos y hasta extraños a su profesión. Conviene recordar que los hospitales comenzaron, en el mundo occidental, en la Edad Media como instituciones de caridad anejas a las estructuras eclesiásticas existentes, ya ciudadanas (hospitales episcopales), ya rurales (hospitales monásticos situados junto a las calzadas romanas). En esos hospitales se practica la caridad cristiana a través del ejercicio de las llamadas siete obras de misericordia corporales: visitar a los enfermos, dar de comer al hambriento, dar de beber al sediento, redimir al cautivo, vestir al desnudo, dar posada al peregrino y enterrar a los muertos. Su objetivo primario no era atender médicamente a los enfermos, sino ayudar a los pobres y menesterosos. De hecho, el término «hospital» viene del latín *hospes*, que no significa «enfermo» sino «peregrino». En ellos se atendía a los peregrinos pobres (no olvidemos que la denominación era *hospitale pauperum*), pero es muy dudoso que se les atendiera médicamente. Eso es lo que los diferenciaba de los *infirmaria*, que sí tenían asistencia médica, pero que eran coto privado de los estratos más pudientes de la sociedad medieval.

La medicina entró poco a poco en los hospitales. Y cuando lo hizo, el profesional se encontró en unas instituciones organizadas y regidas no por médicos sino por eclesiásticos. No es necesario decir que la lógica eclesiástica y la lógica médica no coincidían y constituían una continua fuente de conflictos. Enumeraré algunos: la prohibición de la anatomía humana, tan importante para el desarrollo de la cirugía; la imposibilidad de hacer autopsias a los pacientes fallecidos, lo que sin duda retardó el progreso de la medicina clínica; el empeño de interpretar las enfermedades como castigos por pecados

cometidos, algo completamente ajeno a la lógica médica; el enfoque, no solo diferente, sino en buena medida opuesto en todo lo relacionado con el ejercicio de la sexualidad; etcétera, etcétera.

Conviene saber que los médicos no se hicieron con el control de los hospitales hasta bien entrado el mundo moderno. Cuando de veras hacen de él una institución organizada y dirigida con criterios profesionales, es en el siglo XVIII. A partir de entonces, los médicos pasan a ser los directores de los hospitales, relegando a un muy segundo término a los eclesiásticos, cuya función quedará reducida a la asistencia espiritual de los enfermos. Cabe decir, pues, que durante los siglos modernos, y muy en especial en el siglo XVIII, el hospital se seculariza. De ser una institución preponderantemente eclesiástica, pasa a convertirse en civil. Y de tener como objetivo prioritario el ejercicio de la caridad, pasa a ocupar ese puesto el de la atención médica a los pacientes.

Así han sido las cosas desde el siglo XVIII hasta la segunda mitad del siglo XX. Durante todo ese tiempo los médicos fueron los directores de los hospitales. A partir de entonces, en España desde la década de los setenta, van siendo reemplazados por gestores profesionales, que en principio no tienen por qué ser médicos y que con frecuencia son economistas. De tal modo que en la nueva organización aparece una figura nueva, la del gerente, quedando relegada la función de los directores, tanto médico como de enfermería, a las cuestiones estrictamente clínicas. Y es entonces cuando comienza el conflicto entre la lógica asistencial y la lógica gerencial, dado que muchas veces coinciden, pero otras no.

El porqué y las consecuencias del cambio

¿Por qué cambiaron las cosas en la década de los setenta? Porque empezaron a ser evidentes ciertos síntomas de que el anterior modelo no funcionaba de modo correcto. Conviene recordar que en el año 1973 hubo una crisis económica que puso en jaque el Estado de bienestar construido en Europa, con evidente éxito, desde el final de la Segunda Guerra Mundial. Todos los países europeos occidentales establecieron sistemas públicos de seguro médico, y

todos esos seguros públicos tuvieron superávit durante la totalidad de esos años. Los números rojos empezaron a aparecer en torno a 1973. En un principio se pensó que podían ser coyunturales, debidos a la crisis, y que tan pronto pasara esta, se retornaría a la bonanza económica. Pronto se comprobó que esto no era así, y el gasto sanitario se disparó irremediablemente, hasta el punto de crecer a un ritmo mayor que el de la riqueza de las naciones. Algo iba mal y era preciso tomar medidas drásticas para evitar la catástrofe.

Esas medidas se convirtieron en políticas activas durante la década de los ochenta. Recordemos que Margaret Thatcher subió al poder en el año 1979 y estuvo en él hasta 1990, y que Ronald Reagan entró en la presidencia de Estados Unidos en 1981 y estuvo hasta 1989. A la vez que esto sucedía en Occidente, la alternativa comunista se desmoronaba. Gorbachov inició su *perestroika* (reconstrucción) en 1986 e introdujo la *glásnost* (liberalización, apertura, transparencia) en 1988. Un año después, en 1989, se desmoronaba el llamado «bloque del Este» y en la noche del 9 al 10 de noviembre de ese mismo año caía el muro de Berlín. Esto fue interpretado por los occidentales como la confirmación palmaria de su política. No es un azar que al año siguiente, en 1990, las políticas neoliberales y monetaristas de Thatcher y Reagan, típicas de la escuela de Chicago (Friedrich Hayek, Milton Friedman), se exportaban al resto del mundo a través del llamado «consenso de Washington», que imponía los mismos criterios al Banco Mundial y al Fondo Monetario Internacional.

En referencia a la asistencia sanitaria, esto tuvo varias consecuencias de primerísima importancia. La primera, que de verse como una actividad *non profit* o «sin ánimo de lucro», pasó a considerarse un negocio en paridad de condiciones con todos los demás, es decir, *profit* o «con ánimo de lucro». Esto se vio de modo palmario en Estados Unidos, donde los hospitales, que habían sido por lo general propiedad de instituciones religiosas o civiles sin ánimo de lucro, pasaron a ser adquiridos por compañías de seguros o por fondos de inversión. Otra consecuencia fundamental fue la aparición del llamado *managed care*, que en sus versiones más duras busca lograr la máxima rentabilidad económica de los servicios sanitarios, incluso pasando por encima de principios ancestrales y que parecían intocables de la ética médica.

Esto trajo como consecuencia la aparición de una nueva figura, la llamada «doble agencia», ya que el profesional, que siempre se había visto a sí mismo como agente del paciente, lo que lo situaba en lo que los juristas llaman «posición de garante» y lo obligaba a la búsqueda de su máximo beneficio, se encontraba ahora con que era también un agente de recursos, y que esta fidelidad podía entrar en conflicto, y de hecho entraba en la práctica, con la primera.

Todo esto se halla relacionado con otras muchas cosas, entre otras con lo que se ha llamado la «ingeniería financiera» de la década de los noventa y posteriores, factor decisivo en la crisis que estamos padeciendo. Pero quizá el factor más decisivo ha sido uno que por lo general pasa desapercibido, a saber, la convicción, que se ha ido extendiendo por el mundo occidental a partir de 1980, de que no hay otro valor que el económico, o también, que si hay otros valores, se hallan siempre subordinados al económico, de tal modo que este es el más importante. Lo que debe buscarse es el incremento de la riqueza, porque todo lo demás se nos dará por añadidura. Cualquier otro valor debe medirse en unidades monetarias. Las cosas valen tanto en base a lo que alguien está dispuesto a pagar por ellas. Este eslogan ha pasado a ser un tópico social y cultural precisamente durante las últimas décadas.

Valor y precio

Pero eso es lo que resulta discutible. De hecho, hay toda una interesantísima literatura de los últimos años que intenta reaccionar contra ese modo de ver las cosas. Citaré dos libros: uno, el de Tony Judt, *Algo va mal*; y otro, el recientemente aparecido en castellano del profesor de ética de la Universidad de Harvard, Michael Sandel, y que se titula: *Justicia: ¿Hacemos lo que debemos?* La tesis de ambos es que a partir de la década de los ochenta se ha producido un cambio total en nuestro sistema de valores que, cuando menos, necesita revisión. El asunto es que no cabe identificar valor con precio. Recuerden el verso de Antonio Machado: «todo necio confunde valor y precio». ¿Estaremos cayendo nosotros en esa necesidad?

Hay una especie de percepción natural en los seres humanos de que ciertas cosas no pueden comprarse ni venderse. «La salud no tiene precio», dice nuestro pueblo. «El cariño verdadero ni se compra ni se vende», añade una canción popular. «El ser humano tiene dignidad y no precio», sentenció Kant. «Un cínico es aquel que conoce el precio de todo y el valor de nada», escribió Oscar Wilde. Hay cosas que son, para la generalidad de los seres humanos, «inapreciables». Lo cual no significa que no tengan valor, sino que lo tienen en grado sumo. Se las estima como tan valiosas que no pueden cambiarse o permutarse por ninguna otra, ni por tanto, por dinero.

Esto es lo que tradicionalmente se han denominado «valores intrínsecos» o «valores en sí». Eso fueron en la época antigua las ideas platónicas, la de belleza, la de bien, etcétera. Hoy no entendemos los valores intrínsecos de esa manera, como cosas sustantivas o cualidades objetivas de las cosas. Pero eso tampoco puede llevarnos al extremo opuesto, que es en la actualidad el más frecuente, pensando que son puramente subjetivos, carentes de toda racionalidad, y que por tanto no hay posibilidad de someterlos a ningún tipo de lógica coherente. «Sobre gustos no hay nada escrito», dice nuestro pueblo. Allí cada uno con sus valores, que respetamos en su pluralidad porque somos personas civilizadas, pero debido a que los consideramos erráticos y subjetivos. Esto es lo que ha llevado a pensar que la única racionalidad posible es la propia de la economía, la que tasa en unidades monetarias el valor de todo valor, habida cuenta de que no hay otro modo de hacerlo. Todos los valores son subjetivos, pero hay una manera de objetivarlos, y es a través de la categoría de precio. El precio nos da idea del valor de las cosas.

Esta es nuestra situación. Nos movemos entre el total objetivismo de los nostálgicos del pasado y el completo subjetivismo de los modernos. Parece como si no hubiera otra solución, algún tipo de *tertium quid*. Lo cual es una suposición incorrecta y falsa. Esta es una de las consecuencias de la actual crisis, que está obligando a replantear temas que se daban por zanjados. Uno de esos problemas es, precisamente, el del valor.

Al identificar valor con precio, lo que se ha hecho es reducir todos los valores a un tipo o subclase de ellos, que generalmente recibe el nombre de «instrumental». Hay valores instrumentales, llamados también valores por referen-

cia, técnicos o valores medio. En esa condición se encuentran todos los productos técnicos. Un coche, un avión, un bolígrafo, un medicamento, tienen valor en tanto en cuanto sirven para una cosa distinta de ellos mismos, que en el primer y segundo caso es trasladarse de un lugar a otro, en el tercero escribir y en el cuarto aliviar un síntoma, curar una enfermedad o salvar la vida. Lo que da valor a todos esos instrumentos es algo externo a ellos mismos, la salud, la vida, el saber, etcétera. Si una medicina no sirviera para aliviar un síntoma o curar una enfermedad, diríamos que «no vale para nada». Tal es lo característico de los valores instrumentales. Son medios para el logro de otras cosas que valoramos no como medios sino como fines. Estos son los llamados «valores intrínsecos» o «valores en sí». Sin estos no existirían aquellos. Hay cosas que valen por sí mismas, no por referencia a algo externo o distinto de ellas mismas. La belleza de un cuadro tiene valor en sí, de tal modo que no es intercambiable por la belleza de cualquier otro cuadro. La belleza de los cuadros de Tiziano no es la de Velázquez, y si perdemos cualquiera de ellas, habremos perdido algo insustituible, de valor intrínseco, por más que conservemos la del otro. Este es el asunto. Los valores intrínsecos no son intercambiables, en tanto que los instrumentales sí lo son. Y tampoco se miden en unidades monetarias, a diferencia de los instrumentales, cuya unidad de medida es el dinero.

El tema es de una enorme trascendencia, y requeriría de más y mayores precisiones. Pero valgan las dadas. Porque ahora, a partir de ellas, hay que extraer algunas conclusiones de la máxima importancia. Una, fundamental, es que los procesos de valoración, que comienzan siendo siempre subjetivos, ya que son los seres humanos quienes valoramos, acaban objetivándose. El resultado es lo que llamamos «cultura». La cultura es el depósito de valores de una sociedad. Quiere esto decir que las opciones de valor que hacen los individuos acaban entrando a formar parte del depósito de valores que denominamos cultura, y que esta será el resultado de las valoraciones efectuadas por los miembros de un colectivo. Las sociedades pueden optar por la promoción de los valores instrumentales, o bien por la de los valores intrínsecos. En filosofía es hoy frecuente ver defendida la tesis, cuyo principal paladín ha sido sin duda Heidegger, de que la sociedad occidental ha hecho, a partir del siglo XVIII, una opción preferencial por los valores instrumentales, de tal

modo que tiende a ver los propios valores intrínsecos como instrumentales, juzgándoselos con los criterios propios de estos. Me temo que tal tendencia se ha hecho aún más evidente en los últimos treinta años, a partir de 1980. El resultado de esta conversión de todos los valores en instrumentales, es lo que la escuela de Fráncfort ha denominado «racionalidad instrumental» o «racionalidad estratégica». Se trata de la mayor perversión axiológica imaginable.

Profesiones y oficios

Los roles que los seres humanos desempeñamos en la sociedad son innumerables y de muy diferente tipo. Entre ellos hay unos característicos que se conocen, por lo general, con el nombre de «roles ocupacionales». Salvo las personas desocupadas, todos desempeñamos una ocupación en el entramado social, que nos obliga a hacer ciertas cosas, y a hacerlas de cierta manera.

Las ocupaciones han sido tradicionalmente de dos tipos. A unas se las ha venido llamando «profesiones» y a otras «oficios». Los sociólogos han intentado dar razones de esta división por vías muy distintas. Se ha dicho que los oficios son manuales y que las profesiones son intelectuales; que estas se dedican al *otium* y aquellos al *negotium*, etcétera. Pero yo creo que la raíz de la distinción es más profunda. Se llaman profesiones a los roles sociales que gestionan valores intrínsecos, y oficios a los que se ocupan de los valores instrumentales. Nada más decir esto, me veo obligado a rectificar, conjugando el verbo gestionar no en presente sino en pasado, porque es obvio que en la actualidad la línea divisoria entre esos dos dominios se ha desdibujado, exactamente en la misma medida en que lo ha hecho la distinción entre los dos tipos de valores.

Las profesiones sanitarias gestionan unos valores intrínsecos que generalmente se denominan «valores vitales», entre los que están la vida, la salud, el placer y el bienestar. Para ello tienen que utilizar muchos aparatos técnicos, tanto diagnósticos como terapéuticos, que tienen valor meramente instrumental, y que cada vez son más complejos, cuestan más dinero y encarecen enormemente la atención sanitaria. En este dominio, el propio de los valores

instrumentales, es obvio que la ética tiene que estar presidida por el principio de eficiencia, es decir, por la consecución del máximo beneficio al mínimo coste. Hay una ética de la gestión de los valores instrumentales, pero esa ética no se identifica con la propia de la gestión de los valores intrínsecos. Un valor intrínseco es la justicia. Esta exige que los bienes sociales primarios lleguen a todos por igual, a pesar de que ello tope de frente con la «ley de rendimientos decrecientes». La justicia acaba siendo ineficiente, y la eficiencia injusta. He aquí un típico conflicto entre valor y precio, o entre valores intrínsecos y valores instrumentales.

¿Y qué debemos hacer?

La ética no trata de valores sino de deberes. La cuestión ética es siempre práctica, consiste en saber lo que debe o no debe hacerse. Por tanto, el asunto está en saber si hay que optar por la justicia o por la eficiencia.

Lo normal es plantearse las cosas de este modo, es decir, siguiendo una lógica dicotómica o bivalente. Uno de los dos valores tiene que prevalecer respecto del otro, puesto que no podemos realizar ambos a la vez, y por tanto el asunto está en saber si hay que optar por la justicia o por la eficiencia. Estamos ante lo que se denomina «un conflicto de valores» con dos únicas salidas o cursos de acción, y es preciso elegir uno de ellos.

Así razonamos de modo espontáneo. Estamos, como suele decirse, ante un dilema. Un dilema es un conflicto que no tiene más que dos soluciones, entre las cuales hemos de elegir una, la mejor. Consúltese la literatura ética y bioética y se verá la enormidad de artículos y libros en los que aparece el término dilema en el título. Todo son dilemas y la función de la ética parece no ser otra que la de orientar en la elección entre los cursos en juego.

Mi opinión personal es que los dilemas son rarísimos, y que el ser humano tiene una tendencia innata a convertir los problemas (es decir, aquellos conflictos que tienen más de dos cursos de acción posibles) en dilemas. Esto se debe, por lo general, a pereza intelectual, o a lo que más elegantemente Guillermo de Ockam llamó «principio de economía del pensamiento». Es más

fácil resolver entre dos únicos cursos de acción que entre muchos, razón por la cual comenzamos simplificando artificialmente los problemas y convirtiéndolos en dilemas, a fin de jerarquizar luego esos dos cursos y elegir el que nos parece más adecuado.

El asunto es que nuestra primera y única obligación moral es realizar valores, todos los valores en conflicto y no solo aquel que sea de rango superior o que nos parezca más importante. Toda pérdida de valor es irreparable, razón por la que hemos de intentar por todos los medios salvar todos los valores en conflicto o, al menos, lesionarlos lo menos posible. Es un error grave pensar que cumplimos con nuestras obligaciones optando por el valor más importante, con lesión del otro. No es así. Solo podremos justificar eso, si la realidad nos demuestra que no hay ningún curso de acción que permita salvar los valores en conflicto o lesionarlos lo menos posible. Optar por uno de ellos en detrimento total del otro es siempre una tragedia, porque perdemos irremisiblemente un valor, sea el que fuere.

Dos valores y una misma lógica

¿Tienen los profesionales de la salud y los gestores dos lógicas distintas? Pienso que no, que ambos comparten la misma lógica. Lo que sucede es que su respectivo rol profesional les obliga a cuidar y promover dos valores distintos, en un caso la vida y la salud, dos valores intrínsecos, y en el otro la eficacia, la eficiencia y la efectividad, que son valores instrumentales. Pero no nos hagamos ilusiones, todos vamos en el mismo barco. Los valores no están en el aire sino en las cosas, en este caso en las personas. Ellas son soportes de valores intrínsecos y de valores instrumentales. De ahí que el objetivo de la ética no sea primar unos sobre otros, sino ver cómo se salvan ambos o se lesionan lo menos posible. No tenía razón la ética médica tradicional al primar los valores de que se ocupa la profesión médica y desatender los propios de la economía, ni tampoco lo tiene la tesis actual, de que en caso de conflicto tiene que primar siempre la eficiencia. Eso es jugar al dilema, que siempre conduce al desastre. Desdichadamente, es lo que ha sido más frecuente en la historia de esta cuestión. No estamos ante un dilema sino ante un problema,

y nuestra obligación no es optar por uno de los valores en conflicto con lesión completa del otro, sino buscar el curso óptimo que salve los dos valores o los lesione lo menos posible. Este es nuestro objetivo, nuestro único objetivo, tanto de los profesionales como de los gestores. Este objetivo es común. No hay dos lógicas, ni dos éticas, sino una misma lógica y una misma ética con dos tipos de valores distintos; distintos, pero inseparables. Por eso no cabe resolver los conflictos optando siempre a favor de los valores intrínsecos o de los instrumentales. Habrá veces, por ejemplo en el orden de los llamados bienes sociales primarios, en que los conflictos tengan que resolverse a favor de la justicia por más que sufra la eficiencia, y habrá otras en que deberá hacerse todo lo contrario.

Una última aclaración. Cuando se da un conflicto de valores, cualquier curso distinto del óptimo es malo. La ética no trata de lo bueno sino de lo óptimo. O dicho de otro modo, cualquier decisión distinta de la óptima, es mala. Esto distingue claramente la ética del derecho. No se trata de buscar lo bueno, a diferencia de lo malo, sino lo óptimo. Julián Marías escribió un librito de ética al que puso este significativo título: *Tratado de lo mejor*. El juez que no dicta la sentencia óptima está actuando mal, de igual modo que el médico que no prescribe el tratamiento óptimo. Esto es siempre un problema, algo desdichadamente mucho más complejo de resolver que si de un puro dilema se tratara. El método para manejar adecuadamente los problemas morales y tomar decisiones prudentes se denomina, desde el tiempo de Aristóteles, «deliberación». Y su término es la «prudencia».

Ese es el objetivo de la ética, en nuestro caso, de la ética médica o ética clínica. Para ello las instituciones sanitarias necesitan crear espacios de deliberación. Tal es lo que pueden, deben y tienen que ser los comités de ética. Esa es su función, que debe estar al servicio de todos: gestores, profesionales y usuarios. Los comités de ética deben verse como lo que son, comités de calidad, puesto que buscan incrementar la calidad de las decisiones en el mundo sanitario a través de un manejo más adecuado de los conflictos de valor. Es un gran tema, y también una de las asignaturas pendientes de nuestra sanidad.

La lógica gerencial

Manel Peiró

*Director del programa Dirección de Servicios
Integrados de Salud, ESADE*

La gestión de los profesionales es uno de los ámbitos de mayor complejidad del *management*. El término «profesional», según la definición establecida por Mendoza, hace referencia al integrante de «un grupo ocupacional basado en el conocimiento, cuyos miembros tienen un control significativo sobre su propio trabajo y disfrutan de una posición protegida en el mercado (ya sea en el de trabajo o en el de servicios profesionales)».

La formación y socialización de los profesionales contribuyen al desarrollo de su identidad, interiorizando normas y valores que ponen énfasis en el servicio a la sociedad y en unos ideales altruistas. Los profesionales reivindican, además, unos conocimientos que no están al alcance de quienes no pertenecen a la profesión. Se trata de conocimientos certificados y en los que fundamentan su autonomía y el control sobre el propio trabajo. El encuadramiento de las profesiones originariamente liberales en organizaciones se conoce como asalariar o burocratizar a los profesionales, circunstancia que de alguna manera pone en cuestión buena parte de los factores que caracterizan e identifican la profesión de médico: autonomía, control sobre el propio trabajo, relación con los pacientes, capacidad de decisión, estatus, etcétera.

Las organizaciones de profesionales

Durante la segunda mitad del siglo xx, el ejercicio de la medicina se ha efectuado de manera creciente en el marco de las organizaciones. La tradición del ejercicio libre e individual de la profesión se ha ido integrando en hospitales y centros de salud, organizaciones de profesionales, que son algo más que una organización convencional que se esfuerza por alcanzar sus objetivos. La consolidación de las instituciones sanitarias ha transformado profundamente la forma tradicional de ejercer la medicina. Los hospitales, en la medida en que han evolucionado como organizaciones, controlan más a sus profesionales y les piden resultados, y los médicos sienten amenazada su autonomía y les cuesta entender y aceptar las demandas de una organización más capaz, con más instrumentos de gestión y de control, y también más burocrática.

En el contexto europeo, el sector público concentra la mayor parte de los profesionales que trabajan en organizaciones, como los profesores en las universidades o los médicos en los hospitales. La gestión de estas organizaciones tiene unas particularidades que la caracterizan y la diferencian de otras, y que se deben, precisamente, a la presencia de esos profesionales.

Los hospitales se corresponden con la burocracia profesional descrita por Mintzberg en la que los médicos integran el núcleo operativo, que es la parte central de la organización, disponen de un notable grado de autonomía, tienen una relación directa con el paciente y utilizan el *proceso de encasillamiento* para categorizar sus necesidades y aplicarle un tratamiento, siendo este uno de los rasgos característicos de estas burocracias profesionales. Además, en estas organizaciones hay un *staff* de apoyo muy desarrollado, que constituye una jerarquía paralela, no siendo fácil su coexistencia con la jerarquía de los profesionales. El directivo puede obtener la legitimidad que le reconozca el *derecho a gestionar* mediando entre esas dos estructuras y jerarquías, limitando su tarea a aspectos administrativos sin entrar en las cuestiones profesionales, aunque facilitando las mejores condiciones para que los médicos puedan dedicarse a sus tareas asistenciales y de investigación y puedan desentenderse de aquellas que les son más ajenas y que les desagradan más.

El conflicto organización-profesional

Los principios y los valores de una organización burocrática no son los mismos que los principios y los valores de los profesionales, y frecuentemente colisionan. De modo que el encaje de los profesionales en la organización suele ser difícil, hasta tal punto que tradicionalmente se ha descrito el «conflicto organización-profesional», como un rasgo característico de las organizaciones de profesionales. El descontento, la desmotivación y la insatisfacción profesional, manifestados de forma reiterada, suelen interpretarse como uno de los síntomas con los que se presenta este conflicto.

Ahora bien, este conflicto no es el mismo en todas las profesiones. La predisposición y la forma de manifestarse varían si se trata de una profesión de

servicio a las personas, como el derecho, la medicina o la enseñanza universitaria, o de una profesión técnico-científica, como la ingeniería o la auditoría. No todos los miembros de una misma profesión responden del mismo modo en su relación con la organización, y en este sentido Gouldner diferenció, hace más de cincuenta años, dos tipologías de comportamiento profesional (locales y cosmopolitas) entre los integrantes de una misma profesión. Los *locales* los definió como profesionales con una elevada lealtad a la organización, con aspiraciones de «hacer carrera en ella» y por tanto, más sensibles a las indicaciones y recompensas organizativas, con una fuerte orientación interna y poco comprometidos con su especialidad profesional. A los *cosmopolitas* los caracterizó por su baja lealtad a la organización y su interés en adquirir nuevos conocimientos, desarrollar nuevas áreas de especialización y obtener el reconocimiento profesional de grupos externos a la organización. Estas tipologías contribuyen por lo menos a hacer más comprensible las necesidades simultáneas de lealtad y conocimiento que tiene cualquier organización de profesionales y la tensión que se deriva de ello.

Las causas del conflicto se atribuyen pues a la participación simultánea de los profesionales en dos sistemas, la profesión y la organización, y a que los principios organizativos de la profesión y la burocracia son diferentes. Es decir, el conflicto se produce en las organizaciones de profesionales por las dificultades para encajar las normas y valores de los profesionales (autonomía profesional, conformidad con los estándares y ética profesionales, autoridad colegial, lealtad y orientación al cliente) y los requerimientos y demandas organizativas, que enfatizan la autoridad y el control jerárquico, la conformidad con las normas y regulaciones organizativas y la lealtad a la organización. Compatibilizar las dos demandas de lealtad no es sencillo, porque mientras que los objetivos de la organización son más precisos, se hallan en gran medida explicitados y acostumbran a centrarse en resultados cuantificables de la actividad, los de la profesión son más difusos, dado que difícilmente se puede explicitar una única manera de entender y ejercer la profesión.

Las consecuencias del conflicto para la organización se traducen en la pérdida de productividad y creatividad de los profesionales, el aumento de la rotación, la mala relación con los superiores, el deterioro del clima de traba-

jo, la pérdida de interés por la actualización de los conocimientos, así como las dificultades para movilizar a los profesionales en torno a los objetivos organizativos. Para los profesionales, el conflicto se traduce en la dificultad de identificación con la organización en la que trabajan, la pérdida de sentido de su trabajo, la renuncia a algunos de sus principios y aspiraciones, la adopción de una actitud reivindicativa o el abandono de la organización.

La parte visible del conflicto organización-profesión se manifiesta generalmente como un conflicto entre directivos y profesionales, debido en parte a la confusión sobre las respectivas responsabilidades y a la diferente perspectiva con que abordan los problemas, *amplia* en el caso de los directivos y de manera *estrecha* los profesionales, elementos que suelen fomentar la desconfianza entre ellos. Los directivos son los representantes de la organización, desconfían de los profesionales y los controlan porque no entienden o no comparten los motivos por los que, en ocasiones, esos profesionales someten los intereses y objetivos de la organización a sus propios intereses y necesidades profesionales. La desconfianza se acrecienta si los directivos los perciben como una amenaza directa, por los desafíos a su autoridad o por la diferencia entre los valores de los profesionales y los de los directivos o los de la organización.

Con todo, las relaciones entre los profesionales y la organización no se pueden interpretar exclusivamente en clave de conflicto. En efecto, de manera progresiva, la investigación ha ido aportando evidencias sobre la compatibilidad entre profesionales y organización, hasta el punto de que algunos autores destacan cómo las estructuras burocráticas favorecen el desarrollo de una carrera profesional. Esto podría explicar que algunos profesionales estén dispuestos a ceder parte de su autonomía a cambio del prestigio, la seguridad y las ventajas de pertenecer a ciertas organizaciones.

Para los médicos asalariados, la autonomía, el control sobre el propio trabajo, la relación con los pacientes, la capacidad de decisión, el estatus y el reconocimiento profesional son objeto habitual de disputa con la organización y sus representantes. La *perspectiva profesional* presupone que el médico se siente comprometido con las normas, los estándares y los valores de la profesión, que comparte con sus colegas y aplica en su práctica profesional. Por su

parte, la *perspectiva organizativa* espera que los médicos, en tanto que empleados asalariados del hospital, acepten las normas y reglas de la organización y se comprometan con sus valores.

Las reformas que se iniciaron en el Estado español a principios de la década de los ochenta, como consecuencia de las primeras transferencias sanitarias a las comunidades autónomas, introdujeron un modelo «gerencialista» para obtener una mayor eficiencia de los hospitales. Se pusieron de manifiesto dos formas diferentes de entender el funcionamiento del hospital, cimentándose así el conflicto por la contraposición de la autoridad reforzada de los gerentes por un lado, frente a la autonomía de los profesionales de la otra parte, lo que marcó profundamente las relaciones entre médicos y directivos. Con los años, el conflicto subsiste aunque suavizado, quizá debido a que los gerentes se han ido «profesionalizando» y los médicos «burocratizando».

El compromiso organizativo y la compatibilidad de las distintas lealtades

Diversos estudios sugieren que las vías más adecuadas para superar el conflicto organización-profesional son el fomento de la participación y el compromiso de los médicos con el hospital. Estos trabajos consideran que la participación, al tratarse de un acto explícito, irrevocable, voluntario y público, debe considerarse una manifestación del compromiso del individuo y, en consecuencia, si los médicos participaran en la toma de decisiones incrementarían su responsabilidad respecto al hospital y su funcionamiento. Del mismo modo, se considera que un médico comprometido con su hospital sería más receptivo a las propuestas de la dirección, se alinearía mejor con los objetivos estratégicos de la institución y tendría una mayor disposición a trabajar más y a utilizar de manera más eficiente los recursos puestos a su disposición.

De todas las entidades que integran el compromiso con el trabajo, la que ha recibido más atención de los investigadores ha sido el compromiso con la organización. Se considera que es un estado psicológico por el cual el indivi-

duo desarrolla una identificación con la organización y, en consecuencia, se espera que este individuo sea leal, que tenga una menor predisposición al absentismo y a abandonar la organización, que sea más productivo y más receptivo a las indicaciones que reciba y, en definitiva, que tenga una orientación más positiva a las propuestas de la dirección.

El modelo de compromiso organizativo de Meyer y Allen es el modelo de referencia. Se basa en tres componentes:

- una orientación afectiva hacia la organización;
- el reconocimiento de los costes asociados a abandonarla, y
- la obligación moral de permanecer en ella.

El compromiso con la organización sería el reflejo de los diversos grados del compromiso en cada uno de esos tres componentes y se caracterizaría por la intensidad de la valoración de cada componente del modelo.

El factor más relevante en la generación del compromiso organizativo es el denominado «apoyo organizativo percibido», entendido como la percepción de los empleados respecto a la valoración de su contribución y la atención prestada a su bienestar por parte de la organización. En los trabajos más influyentes, se ha constatado la correlación entre la discrecionalidad en el puesto de trabajo y el apoyo organizativo percibido, dato de gran relevancia para una organización hospitalaria. Asimismo, se ha evidenciado que el apoyo percibido del supervisor, del superior inmediato, contribuye a que el apoyo organizativo percibido sea mayor.

Es conocida también la dificultad de un individuo para sentirse identificado con la organización como un todo, cuando esta está integrada por múltiples grupos, cada uno de ellos con sus propios objetivos y valores, que pueden ser compatibles o no con los de la propia organización. En consecuencia, el compromiso organizativo quizá pueda entenderse mejor como un conjunto de múltiples compromisos, y en este sentido adquieren enorme relevancia los focos del compromiso organizativo entendidos como las diferentes entidades integrantes de una organización con las que un individuo se puede sentir comprometido. No se trata de una cuestión menor y más aún para los médicos, que *viven* el hospital a través de su servicio, unidad organizativa básica a

la que pertenecen como miembros de una misma especialidad, en la que se desarrollan profesionalmente y con la que suelen mostrar un compromiso mucho más intenso que con el hospital, que a menudo es percibido como algo abstracto y demasiado lejano. Otro foco muy importante del compromiso del médico es el jefe de servicio, una figura clave para el desarrollo de los facultativos y su vinculación con el hospital. El jefe del servicio establece las líneas de trabajo, pero también orienta la carrera profesional de los médicos de su unidad, contacta con otros grupos de especialistas o suministra información administrativa a los facultativos. No obstante, en muchas ocasiones los jefes de servicio suelen actuar más como representantes de los facultativos de su servicio y no suelen ser considerados como integrantes de la dirección del hospital.

Las investigaciones que han examinado en nuestro entorno el grado de compromiso de los médicos con el hospital y la compatibilidad de este compromiso con su lealtad a la profesión muestran, en términos generales, que la mayoría de los médicos compatibilizan su compromiso organizativo y profesional. El compromiso con el hospital se construye, desarrolla e intensifica a lo largo de su trayectoria profesional. Sin embargo, entre el colectivo médico hay diferentes concepciones de la profesión y el ejercicio de la medicina no tiene el mismo significado para todos los profesionales, de manera que los médicos no constituyen un colectivo homogéneo y uniforme.

En este sentido, la investigación ha identificado distintas tipologías de médicos, distintos clústeres, que ponen de manifiesto diferentes maneras de entender, vivir y ejercer la profesión. En consecuencia, cualquier política de recursos humanos dirigida específicamente al colectivo médico precisa que en cada centro se efectúe una identificación previa de los diferentes clústeres profesionales, a fin de que las políticas y las acciones que se generen sean específicas y diferenciadas para cada grupo. La gestión de un colectivo de médicos y de los potenciales conflictos entre la organización y los profesionales requiere que las acciones que se lleven a cabo sean adecuadas a las demandas y necesidades de cada clúster.

Gobierno de las instituciones y autonomía de gestión

Para que los facultativos compatibilicen su compromiso con la profesión y la demanda de lealtad de la institución, es necesario que el hospital disponga de una autonomía de gestión de la que, en la actualidad, carecen la mayor parte de los centros. La autonomía de gestión es imprescindible para elaborar políticas que favorezcan la percepción del apoyo organizativo entre el cuerpo facultativo. En la medida en que los médicos constaten que la institución sanitaria en la que trabajan se interesa y se preocupa por ellos, que se esfuerza por facilitarles el ejercicio de su profesión, por mejorar las condiciones en que la ejercen, por ofrecerles más oportunidades profesionales y favorecer su progreso profesional, que distribuye los recursos con imparcialidad, que reconoce y recompensa las contribuciones sobresalientes, la valoración del apoyo organizativo percibido por los médicos se incrementará y, en consecuencia, también se intensificará su compromiso con la organización.

Difícilmente se va a incrementar el compromiso de los médicos con el hospital por la percepción de un mayor y mejor apoyo organizativo si en la gran mayoría de las instituciones sanitarias la capacidad de gestión y ejecución es muy escasa, debido a que los procedimientos y cautelas administrativas que regulan el funcionamiento de estas instituciones sanitarias limitan la capacidad de los gestores para resolver los problemas cotidianos de las organizaciones hospitalarias. Los retrasos en la resolución de los problemas operativos que afectan a la dotación de recursos para afrontar los incrementos en la presión asistencial, en el arreglo efectivo de situaciones laborales de temporalidad y precariedad, en la reposición de materiales y equipos obsoletos, así como la posibilidad o no de discriminar, valorar y reconocer las diferentes contribuciones de los profesionales, por citar algunos ejemplos, enrarecen el ambiente de trabajo y contribuyen a que los médicos perciban que el apoyo organizativo que reciben es escaso, circunstancia que, en último término, afecta negativamente a su compromiso con el hospital.

Pero para que los directivos dispongan de la necesaria autonomía en la gestión del centro, son necesarias unas condiciones insoslayables. La primera es que la

institución sanitaria en cuestión disfrute de personalidad jurídica que le permita disponer de un órgano de gobierno propio para garantizar, precisamente, esa autonomía de gestión y la identidad del centro. Por ello es altamente recomendable que, por lo menos, la presidencia de este órgano la ostente una persona independiente y reputada. Entre otras funciones, el órgano de gobierno es el responsable del nombramiento y cese, en su caso, de los equipos directivos, en los que debe prevalecer la profesionalidad y capacidad contrastada, evitando la colonización política de la institución y de los puestos directivos.

Los equipos directivos son los responsables de la formulación e implantación de la estrategia de la institución a partir de la que se crea y desarrolla la estructura organizativa, se efectúa la gestión operativa y se establece la política de recursos humanos, que debe favorecer la vinculación de los médicos con el hospital. En este sentido, la figura del jefe de servicio, que es de una importancia capital, aparece cuestionada en diversos trabajos, tanto por los médicos como por los directivos, por la poca confianza que les inspiran a la alta dirección del hospital. Algún estudio incide en que los médicos no valoran excesivamente a su superior jerárquico, ya sea porque no lo hace bien, porque lo consideran un representante formal de la dirección del hospital ante los médicos (en un contexto donde los directivos no siempre son recibidos con simpatía), o porque no les ofrece las oportunidades de desarrollo personal y profesional que esperaban. Los propios jefes de servicio se enfrentan a un dilema: o prescinden del reconocimiento institucional que comporta cualquier promoción jerárquica y siguen trabajando como un profesional más, u optan por acceder a posiciones directivas, lo que significa ocuparse de tareas administrativas y de gestión, muchas de las cuales no les interesan y para las que se sienten poco preparados.

Lograr que los jefes de servicio sean mejores directivos, de manera que tanto la dirección del hospital como los médicos se sientan razonablemente satisfechos con quienes ocupan estos puestos no es tarea sencilla, pero implica que la posición jerárquica se desvincule de la carrera profesional, que los jefes de servicio puedan ser cesados o reconocidos según el resultado de su contribución, que tengan la capacitación necesaria y hayan recibido una formación específica y acreditada para asumir esta responsabilidad.

Esta situación que se vive en los hospitales es común a la que se puede dar en otras organizaciones de profesionales con sus cuadros de mando intermedios, posiciones que ocupan los mismos profesionales y que devienen críticas para el funcionamiento de la organización. El problema acostumbra a ser muy similar en todas ellas: lograr que los profesionales que acceden a posiciones en la jerarquía asuman de manera competente responsabilidades de gestión, hagan suyos los objetivos de la organización y sean capaces de dirigir a los profesionales a su cargo ayudándolos al mismo tiempo a desarrollar su carrera. Que los profesionales lleguen a sentirse comprometidos con el mando debe comportar, supuestamente, unos beneficios notables para la organización, pero sin ese compromiso es muy difícil esperar que las instituciones sanitarias sean excelentes y más eficientes.

**Aportaciones de
los profesionales**

Rogelio Altisent

*Coordinador del Grupo de Investigación en Bioética
del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud*

Del «todo por el paciente» al «todo por todos los pacientes»

Hace 30 años, los gerentes de hospital eran como administradores de fincas o contables. Los médicos campaban por sus fueros, orgullosos de su libertad de prescripción, que algunos entendían prácticamente como derecho a la arbitrariedad. Un paciente ingresado en un hospital podía prolongar su estancia una semana más sencillamente porque su médico se había ido a un congreso. Recuerdo que los residentes pedíamos pruebas sin demasiado criterio, baterías de test muy fáciles de marcar en el volante de solicitud, en ocasiones con un interés de erudición científica, raramente controlado por nuestros jefes.

Unos años más tarde el poder de las gerencias aumentó considerablemente y los servicios empezaron a manejar estadísticas con las medias de estancia hospitalaria, se empezó a hablar de políticas de calidad, objetivos asistenciales, incentivos, etcétera. Aparecieron los presupuestos de farmacia y la monitorización de los perfiles de prescripción en atención primaria, que poco antes apenas habían llegado a los hospitales.

Con el paso de los años, en España hay una progresiva toma de conciencia del sentido económico de la asistencia y de la limitación de los recursos, hasta llegar ahora a la situación próxima al colapso que todos conocemos. Se empiezan a manejar los conceptos de eficiencia y coste de oportunidad, pero desde un sector profesional todavía minoritario y muy por detrás de países con un servicio nacional de salud como el Reino Unido, que siempre hemos tenido en el punto de mira.

En 1999, una Declaración de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial llamó la atención sobre estos criterios éticos en la gestión de recursos al analizar la prescripción de genéricos, recordando el

deber deontológico de tener sentido económico al tomar decisiones asistenciales. En mi opinión, esta declaración marcó un punto de inflexión que se debe valorar convenientemente, porque tiene rango de código deontológico, lo cual significa que normativamente ya se empieza a hablar de que la valoración económica de la asistencia forma parte de la buena praxis.

Con seguridad, como asistentes a un seminario de ética y gestión sanitaria, no hay duda entre nosotros acerca de la relevancia de estos conceptos, pero debemos decir bien alto que estos valores no se están incorporando a la formación del médico en las facultades de medicina españolas, donde apenas se tratan estas cuestiones, o al menos no de un modo sistemático y estructurado.

Actualmente, el ejercicio profesional de un médico tiene que gravitar sobre cuatro apoyos: a) la asistencia; b) la docencia; c) la investigación y d) la gestión. Un buen profesional no puede hoy en día ignorar su responsabilidad en la gestión de los recursos sobre los que tiene responsabilidad o, dicho en otras palabras, donde tiene la facultad y la responsabilidad de firmar o tomar decisiones: ingresos, prescripción, pruebas complementarias... Contemplando también, por supuesto, la gestión del tiempo, la organización de las consultas o el modo de manejar las listas de espera.

Esto exige una revolución en el modelo formativo del estudiante de medicina. El clásico «todo por el paciente» hay que cambiarlo por «todo por todos los pacientes», lo cual supone una carga añadida de responsabilidad que se debe enseñar y aprender.

A partir de aquí, tengo serias dudas de que podamos contraponer la lógica del gerente con la lógica asistencial, me parece evidente que participamos de un mismo proyecto, que es una auténtica empresa de alta densidad moral.

Ramon Bayés

*Catedrático de Psicología Básica y profesor emérito
de la Universitat Autònoma de Barcelona*

Sensibilidad y datos sobre sufrimiento pueden facilitar el entendimiento entre las dos lógicas

Coincido con otras intervenciones previas en el debate: en mi opinión, las dos lógicas, asistencial y gerencial, están destinadas a entenderse ya que su punto de partida y/o confluencia es el mismo: el enfermo. No existirían sanitarios (médicos, enfermeras, psicólogos, etcétera) sin enfermos; no existirían gerentes de instituciones sanitarias sin enfermos. La salud y el bienestar de estos últimos constituyen la razón de ser y actuar de ambos profesionales.

Uno de los factores susceptibles de producir diferencias entre las dos lógicas es la distancia existente entre el profesional y el enfermo. El sanitario explora y trata directamente la dolencia del enfermo así como los factores susceptibles de facilitar o dificultar su evolución y sufrimiento; el gestor, como ha señalado gráficamente Manel Peiró, es un «pastor de gatos». Y podemos preguntarnos: ¿qué datos podrían acercar las dos lógicas?

Al hilo de un ejemplo propuesto por Diego Gracia, existen mínimos de atención que no se pueden soslayar: todo niño tiene derecho a la educación aunque haya nacido en un caserío perdido en las montañas; de forma similar, ningún enfermo debe **sentirse abandonado** por solo que se encuentre y/o por rara, carente de tratamiento conocido y terminal que sea su enfermedad. Aunque sea difícil diseñar un instrumento o estrategia para evaluar este dato (a mi juicio, las llamadas encuestas de satisfacción proporcionan datos sesgados de escasa calidad), es necesario investigar e intentarlo; la monitorización de este dato y el análisis de los **porqués** de dicha percepción de abandono deberían encontrarse a disposición del equipo gestor al tiempo que lo están los períodos de permanencia en el hospital, la frecuencia de infecciones que se producen en los quirófanos, etcétera.

Por otra parte, aunque los sanitarios se encuentren físicamente cerca del enfermo, en la actualidad todavía son muchos los que limitan su atención, tratamiento y cuidado a los aspectos somáticos, olvidando, como señala Cassell (1982), que «**los que sufren no son los cuerpos, son las personas**».

En mi opinión, tanto sanitarios como gestores deberían estar especialmente atentos a aquellos trabajos publicados por revistas científicas de primera línea que abordan, a través de una metodología respaldada por la denominada «medicina basada en datos» (*evidence-based medicine*), aspectos tales como los efectos de la escucha activa (Lautrette *et al.*, 2007; Lilly y Daly, 2007) o el impacto en la salud de la pérdida de seres queridos (Christakis y Allison, 2006; Hansen *et al.*, 2000).

En bastantes ocasiones, el alivio de sufrimiento en el enfermo no supone, necesariamente, mayores costes económicos sino más sensibilidad (Bayés y Morera, 2000) y mejores habilidades de comunicación (Arranz y Cancio, 2000) en los sanitarios.

Referencias bibliográficas

- Arranz, P., y Cancio, H. «Counselling: Habilidades de información y comunicación con el paciente oncológico.» En F. Gil (comp.). *Manual de psico-oncología*. Madrid: Nova Sidonia, 2000, págs. 9-56.
- Bayés, R., y Morera, M. «El punto de vista del paciente en la práctica clínica hospitalaria», *Medicina Clínica*, 115, 2000, págs. 141-144.
- Cassell, E. J. «The nature of suffering and the goals of medicine», *The New England Journal of Medicine*, 306, 1982, págs. 639-645 (trad. cat.: «La naturaleza del sufrimiento i els fins de la medicina», *Annals de Medicina*, 92, 2009, págs. 192-198).
- Christakis, N. A., y Allison, P. D. «Mortality after the hospitalization of a spouse», *The New England Journal of Medicine*, 354, 2006, págs. 719-730.
- Hansen, D., Lou, H. C. y Olsen, J. «Serious life events and congenital malformations: a national study with complete follow-up», *The Lancet*, 356, 2000, págs. 875-880.

Lautrette, A., Darmon, M., Megarbane, B., Joly, L. M., Chevret, S., Adrie, Ch., et al. «A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU», *The New England Journal of Medicine*, 356, 2007, págs. 469-478.

Lilly, C. M., y Daly, B. J. «The healing power of listening in the ICU», *The New England Journal of Medicine*, 356, 2007, págs. 513-515.

Montserrat Busquets Surribas

Profesora de Ética y Legislación Profesional, Escola d'Infermeria, Universitat de Barcelona

Los derechos humanos y el cuidado como referentes para la relación entre la ética gerencial y la ética asistencial

Mi aportación a este debate sobre las lógicas existentes en las organizaciones sanitarias se centrará en tres aspectos:

- la corresponsabilización en el cumplimiento de los derechos humanos;
- el cuidado como referente ético, y
- los entornos necesarios para una atención que respete los derechos humanos.

La corresponsabilización en el cumplimiento de los derechos de los ciudadanos

Parto del acuerdo con el profesor Diego Gracia de que entre los profesionales de la gestión y los de la asistencia deben tejerse valores que se aúnen en una sola lógica institucional: proporcionar la mejor atención a las necesidades de salud de los ciudadanos. Para mí, el conflicto está en el cambio necesario para cumplir con los nuevos requisitos éticos que comprometen a ambos profe-

sionales, asistenciales y gestores. Es decir, entre una lógica centrada en el proceso de enfermedad y una lógica centrada en los derechos humanos. Ser buen profesional no es solo hacer lo que se debe hacer en contextos concretos aplicando las habilidades y técnicas de manera adecuada. Hoy ser un buen profesional incluye desarrollar la sensibilidad ética suficiente que permita trabajar desde el respeto por el paciente en tanto que persona enferma, no solo en tanto que enfermo. Tenemos una macro ética que reconoce, legal y deontológicamente, los derechos de los ciudadanos en el ámbito de la salud. En gran parte, gracias a los convenios internacionales y las leyes que cada comunidad y Estado han ido concretando, aspectos como la información o la intimidad han pasado a ser importantes en las instituciones de salud. La macro ética ha ido clarificando los valores esenciales que deben tenerse en cuenta en la investigación con seres humanos y en la atención a sus problemas de salud.

En las universidades y en los centros de formación, con mayor o menor celebridad y rigor, se han ido trabajando los valores implicados en el respeto por las personas y sus diversas maneras de entender y vivir la vida. También las instituciones han ido definiendo su misión y valores y, en sus programas de formación continuada, han incluido sesiones y cursos sobre bioética, derechos humanos, toma de decisiones, garantía de la intimidad, etcétera. Pero, en la mayoría de los casos, esto no ha ido de la mano de los cambios necesarios, organizativos y estructurales. Por ejemplo, ¿cómo realizar un acompañamiento en el proceso de afrontar una enfermedad y cómo ofrecer la información de forma adecuada, veraz y adaptada, tal y como establece la norma legal actual? Las respuestas a esta pregunta no pueden recaer solo en la responsabilidad de los profesionales asistenciales; los gestores también son responsables de que el consentimiento sea mucho más que una firma en un documento. Diversos estudios evidencian que la falta de tiempo, la rotación de personal y la cantidad de trabajo son valoradas por los usuarios como aspectos negativos que dificultan, cuando no impiden, un buen proceso de información y comunicación (Busquets y Caïs, 2006). Por otra parte, sabemos que un paciente informado cuida mejor de su salud, y que una persona, cuando se responsabiliza de su salud, padece menos enfermedades (véase OMS y CIE). No es cuestión baladí que la gestión comparta y se comprometa de

manera fehaciente para que los valores reflejados en las normas legales puedan ser llevados a cabo por médicos y enfermeras.

La importancia del cuidado y el contexto en la lógica gerencial

Con respecto a la ponencia del profesor Manel Peiró, quisiera hacer dos aportaciones. Una en relación al papel de las enfermeras y otra al apoyo que necesitan los profesionales en tanto que personas que trabajan con personas en situaciones de crisis.

Casi siempre, cuando se aborda el tema de la gestión sanitaria, se plantea desde la perspectiva de la medicina. Es desde los procesos médicos desde donde se articula la organización. Desde esta perspectiva, la participación de las enfermeras se entiende con un rol de colaborador con el proceso médico. El equipo es médico y las enfermeras forman parte de él en tanto que atienden las necesidades y problemas médicos. En este supuesto, las enfermeras son necesarias por el complejo abordaje técnico, para el seguimiento y control de la evolución del tratamiento médico, para la organización de la cotidianeidad de las unidades de hospitalización, etcétera.

Pero hay otra manera de valorar la aportación enfermera al proceso salud-enfermedad que a mi entender es hoy, más que nunca, necesaria. Los conocimientos enfermeros sobre las necesidades de las personas relacionadas con el proceso salud-enfermedad son necesarios porque sitúan la acción en el cuidado de la persona. Cuidar es trabajar los aspectos esenciales que ayudan en el mantenimiento de la vida en el proceso salud-enfermedad, y por ello el cuidado ayuda a vivir el problema de salud de la forma más saludable posible. Cuando Florence Nightingale inició los pasos de la enfermería moderna regulando su enseñanza definió que «la enseñanza es para preparar a las enfermeras a ayudar al paciente a vivir». El objetivo esencial del cuidado es ayudar a la persona a hacer lo que ella haría si pudiera o suplirla en lo necesario, es tratar de desarrollar su capacidad para cuidar de sí misma, es ayudarla a entender la relación entre sus hábitos y su salud, a tomar decisiones coherentes con sus valores personales... No en vano la enseñanza de la enfer-

mería es una de las enseñanzas avanzadas, dentro de las disciplinas de la salud, en los aspectos de la relación de ayuda, de la comunicación e información de malas noticias, de los mecanismos de afrontamiento y de los aspectos que vinculan los derechos humanos y la atención a las personas con problemas de salud.

Las enfermeras han desarrollado modelos para el cuidado centrados en la persona en tanto que sujeto, en la salud en tanto que *continuum* con la enfermedad y relacionada con las diferentes etapas de la vida, y han resaltado la importancia del medio o contexto. Por ello, más que una reivindicación etnocéntrica de las enfermeras por conseguir cotas de poder a costa de que los médicos lo pierdan, el poder de la enfermería está en la necesidad de su conocimiento. Las enfermeras y los médicos cuidan y curan. Para la medicina, el cuidado es un objetivo esencial, hay que recordar que ya el Hasting Center lo situó como uno de los objetivos de la medicina, pero la esencia y la experiencia del cuidado profesional se encuentra en la enfermería, de la misma manera que la esencia y la experiencia en la curación de las enfermedades parte del discurso médico. De tal manera los gestores no pueden renunciar a los conocimientos enfermeros, como no pueden renunciar a los conocimientos médicos. No es una cuestión de poder, es una cuestión ética, y más aún en tiempos de crisis. El valor esencial del cuidado a las personas cuando sufren problemas de salud puede ser uno de los indicadores clave para determinar el tipo y forma de las prestaciones sanitarias. Las enfermeras queremos y podemos participar en incorporar los valores del cuidado a la lógica gerencial y demostrar cómo el cuidado es una pieza clave para la sostenibilidad del sistema.

Por último, y esta es una idea que también se deriva del cuidado, la lógica gerencial debe ser a su vez cuidadora de los profesionales y de sus instituciones. Para poder ejercer bien la medicina, la enfermería o cualquier actividad al lado de personas que sufren, hace falta un entorno protector y favorecedor para los trabajadores. Los profesionales deben saber y sentir que trabajan en contextos facilitadores y no hostiles a su trabajo. En este sentido, el gestor tiene una gran responsabilidad: la de crear entornos que faciliten la profesionalidad y buen hacer de los trabajadores. A menudo, el gestor no es visto

como un facilitador, antes bien al contrario, parece que decide sin tener en cuenta las dificultades intrínsecas de la atención a personas que sufren, dificultades que viven a diario los profesionales asistenciales. Ello puede ser en parte uno de los problemas actuales de la desvinculación o incluso de la pérdida de profesionales, además de los señalados por Manel Peiró. En algunas ocasiones, vemos a exalumnos que han sido comprometidos durante su período de aprendizaje con la profesión y sus valores, pero cuyo trabajo en instituciones en lugar de ayudarles a ir consolidando los valores de la profesión, los aleja de ellos, por la imposibilidad de llevarlos a cabo. El esfuerzo personal, subjetivo, anímico que supone trabajar con personas que sufren, a mi entender, no está suficientemente considerado por las organizaciones. Es como si solo fuera una cuestión particular de cada profesional. No es fácil dar una mala noticia, acompañar a una persona y su familia en el final de la vida, entender la conducta de la persona enferma como consecuencia de su duelo, atender a familias con sus diversas dinámicas de relación, etcétera; no es fácil ser médico, ser enfermera y mucho menos si no se desarrolla un sentimiento de compromiso compartido entre gestores y asistenciales y se trabaja en un contexto que sea muy consciente de que el trabajo que se realiza es con personas que sufren.

A modo de conclusión

Sabemos que las crisis son oportunidades de crecimiento. Quizá la concreción de los derechos humanos en el ámbito de la salud y la ética del cuidado puedan ayudarnos a crecer hacia organizaciones que cumplan realmente con la responsabilidad de ser lugares generadores de salud, en lugar de lugares que atienden enfermedades. Nos va en ello la sostenibilidad del sistema y con él el mantenimiento y desarrollo de los valores esenciales para la vida y la convivencia social. No es fácil y requiere del esfuerzo común de todos cuantos participan. La lógica gerencial y la asistencial no pueden polarizarse estableciendo una suerte de lucha sobre cuál predomina sobre la otra: la cuestión es el trabajo en común para ir encontrando fórmulas, que siempre serán parciales, para un trabajo centrado en las personas, las que son cuidadas y quienes las cuidan.

Referencias bibliográficas

- Busquets, M., y Caïs, J. *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*. Cuaderno nº 13. Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucas, 2006.
- Colliere, F. *Promover la vida*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1982.
- Consejo Internacional de Enfermería. Proyecto «Pacientes informados». Disponible en: www.icn.ch/es/projects/patient-talk
- Davis A. *Cuidar y la ética del cuidado: ¿qué sabemos y debemos cuestionarnos?* Barcelona: Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona, 2006.
- Henderson, V. *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería, 1991.
- Kerouac, F. *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, 1982.
- Mayeroff, M. *On caring*. Nueva York: Harper and Row, 1990.
- Meleis, A. *Theoretical nursing; development and progres*. Filadelfia: Lippincott, 1995 (2ª ed.).
- Nightingale, F. *Notes of nursing*. Nueva York: Applenton & Co., 1860.

Margarita Esteve Ortega

Directora de Enfermería del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Cuando hablamos de la ética en el proceso de toma de decisiones en las organizaciones sanitarias, esta se puede plantear desde dos puntos de vista que inicialmente pueden parecer diferentes: desde *la visión del mundo de la gestión* o *del mundo de la asistencia*. La lógica del planteamiento de estos dos universos podrá o no coincidir, pero debemos ver si realmente nos encontramos ante dos miradas opuestas o dos miradas complementarias.

Los ejes principales que orientan la toma de decisiones pueden ser diferentes, al igual que los principios y valores, no tienen por qué ser comunes al cien por cien entre las dos lógicas.

Partimos de la premisa de que existen dos comportamientos éticos: el gerencial y el asistencial, pero quizá tendríamos que mirarlo no como dos conductas éticas no homogéneas sino *como dos niveles de trabajo distintos que conllevan ópticas desiguales y consecuentemente dos lógicas de actuación distintas*. Un mundo en contacto directo con el paciente y el otro en contacto indirecto, pero ambos compartiendo un objetivo común: dar los mejores cuidados en relación con los recursos disponibles, lo que incluye tanto los recursos materiales como los humanos.

Podemos entender que *las dos lógicas son distintas en el terreno de la acción*, en su forma de actuar, pero no en principios y valores. Así, el análisis *macro* de la situación y el planteamiento general de cómo usar los recursos disponibles pueden llegar a coincidir entre ambas realidades. No obstante, cuando vamos al nivel más *micro* de la toma de decisiones, estos principios y conductas que se derivan pueden divergir, dado que la toma de decisiones *micro* compete de manera diferente cuando se trata del profesional asistencial en su relación con un *paciente no anónimo* frente a las decisiones operativas desde la vertiente gestora aplicables a *pacientes genéricos*.

Si entramos en el terreno de las acciones concretas, estas son de tipología muy diferente entre gestores y profesionales asistenciales. Los principios que rigen la lógica gerencial son dar y garantizar una asistencia de calidad, conteniendo el gasto en concordancia con los ingresos, manteniendo a la institución en un entorno donde sus profesionales puedan llegar a serlo, y así lo transmitan sus resultados observables en los usuarios y su salud, a la par que deben basar sus acciones en elementos de planificación contrastados. Los principios de la lógica asistencial son, al igual, dar y garantizar una asistencia de calidad, debiendo asegurar la eficacia y la eficiencia de sus actos asistenciales y cerciorarse de la efectividad de sus acciones. *Si los recursos son limitados, la visión debe compartirse y esta debe finalmente enmarcar el comportamiento de ambos actores*.

¿Hay algún principio más importante que el otro? La respuesta es sí, y no siempre es el mismo dependiendo de la situación que se examine. Habrá realidades en las que claramente se priorizaran los recursos, pero en otros casos no siempre será así. No obstante, debe existir un marco conceptual que claramente esté por encima, encuadrando y facilitando la coexistencia de las dos lógicas.

Linda Aiken, catedrática enfermera de la Universidad de Pensilvania, hace más de veinte años que estudia la relación entre el entorno laboral de las enfermeras y los resultados de los pacientes, y cómo afecta el hecho de ser un hospital *magnético* y qué impacto tiene en la seguridad del paciente. Ha demostrado que, cuando una institución tiene un entorno en el cual los profesionales están contentos y el nivel profesional es alto, se tienen mejores resultados en mortalidad. Podemos decir que quizá las lógicas son diferentes y los principios no siempre coinciden, pero los valores deben ser compartidos; si es así, el resultado último que se espera será el deseado desde ambas lógicas.

Los valores que mueven la lógica gerencial y asistencial tendrían que ser coincidentes y este es el gran reto de todas las organizaciones. Debemos cultivar y potenciar los valores que refuercen la profesionalidad de todos los agentes implicados; valores que han de marcar todo nuestro hacer y deben compartirse, como el compromiso, la transparencia, el esfuerzo y el orgullo de pertenencia a la organización, que, aunque valores clásicos, son de gran importancia.

Es imprescindible el *diálogo entre gestores y asistenciales*, entre los dos mundos, siendo este el único camino para conseguir el cambio necesario para adaptarnos al tiempo actual, con la realidad económica y social que vivimos. *Solo con el diálogo, la discusión si es menester, la búsqueda del consenso y el acercamiento entre ambas posiciones lograremos la coherencia necesaria*.

No obstante, hay muchos elementos que debemos tener en cuenta que pueden afectar al comportamiento de ambos mundos. *La diferente percepción es fruto de no compartir la respuesta a muchos interrogantes como: ¿las desigualdades de acceso al sistema o en la distribución de recursos se analizan objetivamente?, ¿cómo se distribuyen las restricciones del presupuesto?, ¿se explican y se*

documentan los criterios de la planificación sanitaria?, ¿se tiene en consideración la evidencia científica?, ¿los recursos se usan considerando la efectividad?, ¿se evalúa la práctica asistencial del uso de nuevas terapias o técnicas quirúrgicas?, ¿el acto asistencial aporta calidad de vida y, si alarga la vida, en qué condiciones lo hace?, ¿hacemos un buen uso de la tecnología moderna?, ¿las inversiones se planifican considerando los límites asistenciales de un determinado centro? Estas y muchas otras cuestiones obligan al *diálogo entre gestores y asistenciales; solo así propiciaremos el acercamiento entre ambas posiciones*.

Debemos *compartir el análisis y construir un discurso común*. Desde las estructuras gerenciales se debe facilitar la participación real, estableciendo los mecanismos y aportando los instrumentos que permitan acercar posiciones y lograr el consenso necesario, y los profesionales asistenciales deben ejercer con compromiso esa participación.

La realidad económica del país y su riqueza condicionan claramente el nivel de las prestaciones asistenciales. Si disminuyen los recursos disponibles, no podremos garantizar el mismo nivel de prestaciones actual, lo cual nos obliga a optimizar el uso del presupuesto y será imprescindible priorizar, con las dificultades que conlleva, en especial si la decisión en momentos determinados debe ser individual frente a una decisión colectiva.

Anna Ramió Jofre

*Vocal de la Junta de Gobierno y miembro de la Comisión
Deontológica del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona*

Entender el discurso entre las lógicas asistenciales y gerenciales implica reflexionar sobre diversos factores que inciden e influyen en el desarrollo presente de las organizaciones sanitarias. Las siguientes líneas tratan de elementos que permiten explicar, en parte, su desarrollo: en primer lugar, el proceso histórico que mantiene un importante peso en la configuración actual de las instituciones sanitarias; en segundo lugar, el cambio en la jerarquía de valores de las personas y su repercusión en la articulación de las áreas

sociales, y en tercer lugar el reto de las denominadas *instituciones sanitarias cuidadoras*, como modelos que deben tenerse en cuenta.

El conocimiento de la historia de los cuidados y de las personas que los proporcionan permite profundizar en contextos, situaciones y respuestas sociales que contribuyen a la reflexión sobre escenarios complejos como los que se producen en la actualidad en el ámbito de las organizaciones sanitarias. La historia del cuidar y curar, o bien la historia del desarrollo de las profesiones sanitarias contemporáneas, se inicia concretamente en el medievo y a raíz del intenso sentimiento espiritual de la mayoría de la población en Europa occidental. En los monasterios, las órdenes religiosas, monjes y monjas, son referentes de la cristiandad, y las personas acuden en peregrinación constante en busca de la salvación. De forma progresiva y ante la afluencia de población pobre y enferma adaptan y construyen *hospitalarius* adyacentes a los monasterios para administrar cuidados con el objetivo principal de salvar el alma a través del cuerpo (Fernández y Garrido, 2003; Donahue, 1988). La salvación individual es fuente de motivación de los religiosos y religiosas, que la consiguen a través de la práctica de la caridad (Valls, 2006). Las órdenes religiosas, a lo largo de los siglos, acrecientan el saber práctico en cuidados y gestión de las instituciones. Este conocimiento se transmite de generación en generación, favorecido por el hecho de ser instituciones cerradas. En definitiva los primeros hospitales son instituciones esencialmente cuidadoras, con las características del contexto histórico y social. La atención que dan a las personas pobres y enfermas es básica y fundamental. A través del tiempo, estas organizaciones evolucionan, aunque mantienen su espíritu cuidador; las religiosas y religiosos imprimen un carácter bien definido en la asistencia a las personas enfermas que realizan con caridad y amor a Dios (Domínguez Alcón, 1986). El cambio sustancial se produce en el siglo XIX: el avance biomédico se abre camino hacia una nueva concepción de asistencia hospitalaria y determina la presencia de los médicos de forma estable en los hospitales, asumiendo también su dirección. Aunque este proceso de transición no fue fácil, los tratamientos médicos pasan a ser el objetivo prioritario de las instituciones, dejando en segundo plano el tratamiento de los cuidados. Los valores instrumentales del cuidar y curar se jerarquizan de forma diferente, unos dejan de tener peso y otros emergen.

Los cambios culturales a lo largo de los siglos pueden estudiarse a través de la diferente jerarquización que la población da a los valores sociales, producto de acontecimientos, situaciones y descubrimientos que acontecen. De hecho, en las últimas décadas los análisis de las encuestas mundiales y europeas sobre valores sociales revelan que estos influyen en todas las áreas de la sociedad y por tanto también en el mundo de la salud. Los últimos datos indican que la sociedad está polarizada en un grupo de población en la que predominan los valores materialistas, y en otra en la que parece tener más peso los valores que potencian lo social (Elzo, 2010). En las lógicas asistenciales, las diferentes formas de dar servicio profesional que deben sumarse y estar equilibradas, mayoritariamente no lo están. Los tratamientos de cuidados contribuyen a la recuperación de la salud de las personas, nadie lo pone en duda, aunque debe buscarse la ponderación en beneficio de las personas, valor intrínseco y fundamental. Queda lejos la idea de un único factor causal de la enfermedad: los diversos y diferentes elementos que se conjugan en el desarrollo de las dolencias, la vivencia única del proceso de enfermar (Kerouac *et al.*, 1996), y en general del continuo salud-enfermedad de la población, hacen que la demanda de cuidados sea primordial.

Destaco la idea de generar instituciones sanitarias que denomino «cuidadoras» (Ramió Jofre, 2005) en las que las propias organizaciones se preocupan de cuidar a sus profesionales, que en definitiva son la fuerza de trabajo. Son los profesionales los motores al servicio de las personas que necesitan atención médica y enfermera. Se trata de instituciones que motivan y promueven una práctica profesional reflexiva; organizaciones que buscan la articulación de los valores personales y profesionales de las personas que en ella trabajan, con los valores de la propia institución. Apostar por el compromiso de los profesionales es establecer espacios de trabajo transprofesional que generen valor positivo. Los valores, concretamente las actitudes y comportamientos en que se articulan, no siempre son los mismos y no siempre se generan de forma innata; los equipos deben trabajar, reflexionar y llegar a consensos, incluso ante la situación de crisis. La creatividad profesional que ayude a generar menos gasto sanitario es un factor que escasamente se ha tenido en cuenta y puede ser esencial en la actualidad; diversos episodios históricos,

como es durante la Guerra Civil, muestran cómo los profesionales sanitarios (Valls y Ramió, 2008), tanto enfermería como el personal médico, atendían a la población y a los soldados heridos usando la creatividad ante los escasos recursos con los que contaban.

A modo de conclusión cabe señalar la importancia de estar atentos a los cambios en la sociedad, especialmente a los valores sociales en diferentes contextos: en gestión, en educación universitaria, en colegios y asociaciones profesionales, para implementar las medidas necesarias que impulsen a situar realmente a las personas atendidas en el centro de las instituciones sanitarias.

Referencias bibliográficas

- Dominguez Alcón, C. *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid: Pirámide, 1986.
- Donahue, M. P. *Historia de la enfermería*. Barcelona: Elsevier/Doyma, 1988.
- Elzo, F. J. *Un individualismo placentero y protegido: cuarta encuesta europea de valores en su aplicación en España*. Bilbao: Universidad de Deusto, 2010.
- Fernandez, C., Garrido, M., Santo Tomas, M., *et al.* *Enfermería fundamental*. Barcelona: Masson, 2003.
- Kerouac, S., Pepin, J., *et al.* *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, 1996.
- Ramió Jofre, A. *Valores y actitudes profesionales: estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. Barcelona: UB, 2005. Págs. 354. Disponible en: <http://www.tdx.cat/TDX-0329106-163645> [consulta: 08.11.2011]
- Valls, R. *Historia de la professió d'Infermeria*. Barcelona: UBe, 2006.
- Valls, R., Ramió, A., *et al.* *Infermeres catalanes a la Guerra Civil espanyola*. Barcelona: UBe, 2008.

Màrius Morlans

*Médico y presidente del Comité de Ética Asistencial del
Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona*

Parece que el enfoque de las dos lógicas es acertado desde la perspectiva académica: nos ha estimulado a pensar nuestra participación en este seminario, lo que supongo que era el objetivo de los organizadores. Pero tiene poco que ver con el lenguaje utilizado en las corporaciones proveedoras de servicios sanitarios. Si en vez de asistir a este seminario, los aquí presentes participáramos en la reunión de un consejo de administración o en el órgano asesor de una corporación sanitaria, una de las cuestiones relevantes que nos plantearíamos con toda seguridad sería: «¿qué podemos y debemos hacer para motivar a nuestros profesionales?». O formulada de una manera más realista: «¿cuál es el modelo de gestión más idóneo para motivarlos?».

Hacerse la pregunta en estos términos supone asumir dos afirmaciones que están en ella de manera implícita. La primera es que el principal activo de estas instituciones son sus profesionales, y la segunda, que el actual modelo de gestión está caducado. Ello viene ya de lejos y la actual crisis económica, con su impacto en la financiación de la sanidad, ha contribuido a ponerlo aún más de relieve. Pero los motivos para el cambio de modelo de gestión son previos a la crisis y vienen gestándose desde hace tiempo. En todo caso, la presente crisis ofrece una oportunidad para propiciar y acelerar el cambio.

Los centros sanitarios, y de una manera especial por su complejidad los grandes hospitales, padecen una gestión y una organización en exceso jerárquica y burocratizada, alejada de los modelos empresariales de gestión del conocimiento. La jerarquización de los hospitales es un legado del pasado que, si bien en su momento supuso un impulso en su profesionalización, hoy es una rémora que permanece impregnando el lenguaje con toda su carga simbólica.

No es casualidad que la palabra más utilizada para designar los diferentes grados de responsabilidad sea la de «jefe», de innegable connotación autoritaria. Tampoco queda exenta de su significado paternalista la utilizada en catalán, «cap» o cabeza. Ambas nos retrotraen a organizaciones en que el

principio de autoridad es necesario para definir e imponer las condiciones que aseguran la productividad del trabajo manual. Pero dicho principio es ajeno al rendimiento del trabajo basado en la aplicación del conocimiento, una de cuyas características es que la definición del contenido y la manera adecuada de llevarlo a cabo corresponde a quien realiza la tarea.

Los valores que motivan a los profesionales en general y a los profesionales de la salud de manera especial tienen poco que ver con los propios de la gestión económica tradicional centrada en la eficiencia. Sin renunciar a ella, todos aquellos valores necesarios en un modelo de organización y planificación del trabajo exclusivamente orientado a conseguir unos resultados, como son el control, el orden y la obediencia, no solo no estimulan el rendimiento profesional sino que pueden llevar a la desmotivación.

Cuanto mayor es la cualificación y la experiencia del profesional, tanto más valora que se cuente con su opinión a la hora de formular los objetivos asistenciales. Solo él sabe si hay una manera de mejorar los resultados tanto en cantidad como en calidad. Con un añadido: en las intervenciones sobre la salud, si no se consigue una calidad determinada previamente estandarizada, los resultados no son aceptables. El plus de iniciativa y creatividad que los profesionales pueden aportar a su tarea necesita un clima de respeto y confianza basado en el diálogo. La demanda de una mayor autonomía de gestión de los profesionales responde a esa necesidad de crear las mejores condiciones para desempeñar su tarea. Solo cuando la calidad está garantizada podemos hablar de eficiencia.

Corresponde a los actuales gestores la responsabilidad de impulsar iniciativas que promuevan nuevas formas organizativas basadas en una mayor autonomía de los profesionales. Y en ello reside una posible primera dificultad: promover la autonomía de gestión de los profesionales equivale a delegar funciones, a perder poder y ello puede generar resistencias en quienes no estén por la labor. Pero a pesar de ser el más evidente, no es este el principal obstáculo. Hay que confiar en que los actuales gestores comparten el diagnóstico de situación y son los primeros interesados en impulsar el cambio de modelo. A mi entender, entre otros posibles, hay tres escollos que dificultan el cambio.

El primero es la instrumentalización política de la gestión sanitaria. Una cosa es el deber legítimo de las autoridades sanitarias de formular planes de salud, de evaluar la calidad asistencial y de ejercer el control del presupuesto, y otra es el intervencionismo en el día a día de los centros asistenciales. Hay políticos más preocupados por la imagen y por la llamada «paz social» de los centros que por los resultados y la calidad asistencial. Y este intervencionismo va en detrimento de la autoridad moral de los gestores. Los equipos de gestión deben ser evaluados por sus resultados y no cambiados a conveniencia de los consejeros de salud en función de una posible afinidad política o su grado de servilismo. Solo equipos de dirección convencidos de que su permanencia depende de los resultados y dispuestos a rendir cuentas pueden impulsar cambios cuyos efectos serán percibidos a medio y largo plazo.

Un segundo obstáculo es la falta de información sobre el coste real de los procesos. ¿Cómo se puede delegar la gestión de un área asistencial si se desconoce el coste de la atención prestada? Sin participación en la elaboración y gestión del presupuesto, no hay autonomía de gestión. Solo disponemos de información real sobre el coste de los profesionales, pero carecemos de la información necesaria sobre su rendimiento. Y si disponemos de ello, es de una manera insatisfactoria mediante el cómputo de las horas trabajadas, pero sin asociarlas a los resultados. Los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) son un instrumento que probablemente refleja de manera aproximada el coste de los procedimientos de baja complejidad, pero dudo que sean precisos en la aproximación al coste de los procesos más complejos, como pueden ser los trasplantes de órganos que, por su imprevisibilidad, tienen un impacto negativo en la actividad programada que también sería necesario cuantificar.

El tercer obstáculo, que no el último, puede ser la falta de predisposición de los profesionales para asumir responsabilidades de gestión. Educados en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, ponemos nuestro foco de interés y nuestra energía en la actualización de los conocimientos y los avances tecnológicos de la especialidad. Los jefes de servicio saben cómo organizar adecuadamente las tareas propias de su área de competencia, pero la realidad es que la asistencia de las patologías más prevalentes, como son los cánceres

o los trasplantes, requieren la coordinación de profesionales adscritos a diferentes servicios, lo que plantea nuevas formas de organización que desbordan el actual sistema basado en los servicios.

Abordar con rigor cómo superar dichos obstáculos supone ya iniciar el cambio. Explicitar los principios y valores que van a orientar el proceso es un requisito imprescindible si se quiere la participación de los profesionales. Es más, el procedimiento por el que se eligen dichos valores puede ser un estímulo del cambio. Es necesario que el proceso de identificación de los valores sea participativo. El *ethos* o espíritu de la institución debe ser compartido por todos y cada uno de sus miembros. Es lo que tenemos en común directivos y profesionales, y no es bueno que existan dos referentes éticos. Sea en la forma de proclamación de unos valores, sea en la forma de redacción de un código ético, esa declaración de intenciones compromete a todos los miembros de la institución y debe ayudar a conseguir sus objetivos asistenciales.

Por eso los valores hegemónicos no pueden ser exclusivamente de naturaleza económica; no digo que no se tengan en cuenta, pero no deben ser los principios rectores. Si aceptamos como válidos los fines de la medicina propuestos por un grupo de expertos de diferentes países convocados por el Hastings Center, los valores rectores de nuestra actividad deben ser los que motivan la promoción y el cuidado de la salud de las personas. Prevenir la enfermedad, curarla cuando es posible, cuidar de los incurables y ayudar a morir, todo ello requiere un trato personal afectivo y compasivo.

Tratamos a personas en una situación que las hace vulnerables. El dolor físico, la angustia, la incertidumbre y el miedo a morir son condiciones que genera la enfermedad y la acompañan.

Por ello los valores vertebradores de la actividad del centro, compartidos por directivos y profesionales, deben ser los del compromiso por una relación clínica basada en la confianza y el respeto. La atención a los incurables y a los que van a morir debería proporcionarnos el marco adecuado para reflexionar e identificar las condiciones que facilitan dicha relación. Y para empezar, deberíamos cuestionar aquellos centros de salud que no disponen de unidades de cuidados paliativos. ¿Es que acaso la atención a los que van a morir no

forma parte de sus objetivos asistenciales? Y podemos continuar preguntándonos sobre los límites de las medidas de los resultados en salud. ¿Cómo evaluamos la eficiencia de una unidad de cuidados paliativos? ¿Qué significado adquieren en este contexto los años de vida ganados?

Así, pues, los valores compartidos por gestores y profesionales de la salud deben ser aquellos que tienen por objetivo el óptimo cuidado del paciente y propician la relación clínica adecuada a ese fin. Son los valores de la vida de relación, tan intangibles como necesarios para el buen cuidado del que sufre. Hablamos de respeto por el otro, por sus valores y convicciones, pero también de empatía y compasión. El cultivo de dichos valores bien vale el esfuerzo conjunto y compartido de todos, gestores y profesionales, sin distinción.

La iniciativa de impulsar el trabajo con valores corresponde a los comités de dirección. Para ello pueden y deben crear e impulsar el instrumento adecuado, sea la comisión de valores o bien el comité ético de empresa. Ambos son órganos de deliberación colegiada, de composición pluridisciplinar y de carácter consultivo que tienen por objetivo asesorar en el trabajo con valores y en los conflictos éticos. A la comisión de valores le corresponde impulsar el procedimiento por el que los trabajadores del centro identifican a los que consideran más apropiados para orientar su comportamiento. La función del comité ético de empresa es redactar y garantizar el respeto del código ético del centro. Ambos órganos tienen en común velar por el *ethos* compartido, asesorando sobre el mejor comportamiento posible.

Y dicha tarea no puede corresponder a los actuales comités de ética asistencial cuyo ámbito de competencias se circunscribe a aconsejar sobre cuestiones relacionadas con la atención a los pacientes. Las cuestiones de gestión y organización, las de sostenibilidad y medio ambiente (como la eliminación de los residuos), la política de compras según criterios de comercio justo y todas las relacionadas con la responsabilidad social de la institución están fuera de sus funciones.

De la misma forma que los comités de ética asistencial han contribuido y contribuyen a impulsar el modelo de relación asistencial basado en el respeto por los derechos del paciente, las comisiones de valores y los comités éticos de

empresa pueden y deben ayudar con sus consejos a los comités de dirección y a los profesionales a impulsar el nuevo modelo de gestión que prime el respeto y la colaboración en pro de una mejor asistencia a la persona enferma.

Joan Viñas Salas

Jefe de Sección de Cirugía, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida

A la pregunta de si existe una lógica distinta entre el gerente y el profesional asistencial, me inclino a pensar que hay unos mismos objetivos para colaborar en ofrecer una asistencia de calidad al enfermo. Creo que hay una *distinta sensibilidad* entre el profesional de la salud, que tiene trato diario con el sufrimiento de los pacientes y sus necesidades, y el gerente, que recibe el sufrimiento del paciente cuando le presentan una queja en su despacho o en los medios, y no es todos los días.

De los distintos enfoques éticos existentes en nuestra sociedad, la ética del cuidado influye más en los profesionales asistenciales (más aún ante la feminización de las profesiones sanitarias) frente a los otros enfoques éticos (consecuencialista y utilitarista, kantismo, de la virtud o del carácter, individualismo liberal, comunitarismo, casuística, principialismo, etc.), mientras que la visión gerencial puede estar más influenciada por el comunitarismo o el consecuencialismo.

Existe desde hace muchos años una *desconfianza mutua* entre ambos: gerente y personal asistencial. Hay gerentes que han tenido experiencias «traumáticas» cuando han confiado en los médicos (desviación presupuestaria, etc.), y médicos que también habían confiado en algún gerente y este les ha fallado. Esta desconfianza lleva a veces al gerente a tomar decisiones de manera demasiado autocrática sin ofrecer toda la información al médico ni contar con él al considerarle «malgastador», y este no se implica en los problemas gerenciales, no dando suficiente importancia al coste de la asistencia, creyendo que el gerente debe proporcionarle todo lo que pida. Esto hace que la situación sea mejorable.

Creo que hay muchos puntos de unión ya que trabajamos por el enfermo y para él, con prioridades fácilmente consensuables que son iguales para ambos, como situaciones de riesgo vital, tratamientos eficientes, incluso ciertos proyectos de investigación e innovación, etcétera. Otras prioridades son discutibles: medicina a la carta, tratamientos alternativos, entrada de nueva tecnología o medicación, variabilidad clínica, protocolos, utilización de pruebas complementarias, entre otros.

Para que el sistema sanitario no pierda calidad ni equidad, evitando que el poder adquisitivo del enfermo sea un impedimento para el acceso a la sanidad, volviendo a dos medicinas, hay que hacer sostenible el sistema sanitario. Esto es responsabilidad de todos: profesionales asistenciales y gestores. Somos los médicos los que sabemos que un tratamiento es ineficiente o fútil, que su cociente riesgo/beneficio no lo justifica. Debemos implicarnos, volver a dar más importancia a la anamnesis y la exploración física y aceptar la incerteza como parte de nuestra profesionalidad, aceptar las evaluaciones de calidad y colaborar con ellas, etcétera. No debemos escudarnos buscando el inalcanzable «riesgo 0» a base de solicitar una cadena de exploraciones complementarias, que aportan muy poco y además tienen sus propios riesgos, incluso de sobrediagnóstico.

Debe modificarse el *modelo de gestión* de la sanidad pública, incluyendo la promoción, la remuneración, la gestión, etcétera. Las plazas de dirección de equipos no pueden ser vitalicias, y la selección y remoción de los candidatos debe ser adecuada, basada en la meritocracia de los más competentes y no tan sujetas a vaivenes políticos. Más que gerenciar se debe liderar, ser «cautivador», tener autoridad y no solo poder.

Las direcciones de centros y de equipos deben poner al enfermo en el vértice y todos deben mirar hacia él. Los que ostentan cargos de gestión están para servir en la cadena de mando y facilitar el trabajo de los profesionales asistenciales, que también deben poner al enfermo como su prioridad, por encima de otros intereses legítimos, pero más secundarios (prestigio, poder, dinero, currículum...). Se debe primar al que mejor y más trabaja, que la institución valore el trabajo bien hecho y lo reconozca, para evitar la uniformidad que acaba primando la mediocridad.

Es necesario involucrar a los profesionales de la salud en las actividades de gestión. La tarea asistencial no es a dos, sino a tres bandas: profesional de la salud, enfermo y sociedad, ya que alguien pone los recursos (habitación, medios, etc.). La dirección por objetivos (DPO) o la propuesta de objetivos pactados según los principios éticos y de sostenibilidad del sistema creo que son una buena herramienta para alinear la misión y objetivos del centro.

A nivel político, para preservar la buena asistencia sanitaria equitativa con accesibilidad universal y de calidad, es necesario conseguir un *pacto de estado para la sanidad* entre las distintas fuerzas políticas, como se hizo con el de las pensiones.

La *formación* de los profesionales de la salud y de los responsables de los equipos gerenciales y directivos es esencial para lograr esta mejora del sistema sanitario. Esta formación debe impartirse en el pregrado, el posgrado y durante el desarrollo profesional continuo.

En el pregrado: debe haber una transversalidad en la formación que incluya materias y contenidos de economía de la salud, bioética y gestión en los estudios de pregrado. Existen pocas experiencias en España al respecto, como la asignatura de economía de la salud y la de bioética impartidas desde hace más de veinticinco años por el gerente del hospital universitario en la Facultad de Medicina de la Universitat de Lleida. No obstante, soy consciente que los estudiantes se imbuyen de los valores al hacer las prácticas clínicas: el comportamiento y las costumbres de los médicos asistenciales tienen una gran influencia en los alumnos.

En el posgrado: la formación de los residentes debe también incluir estas materias de manera transversal para todos los residentes de las distintas especialidades. Tenemos también ejemplos positivos, como el Plan Común Complementario que se instauró en Catalunya en la década de los noventa, que incluía cursos de bioética, calidad asistencial y de gestión, que creo fueron útiles o así lo percibieron los residentes de todas las especialidades.

El desarrollo profesional continuo también es fundamental para los médicos en ejercicio hasta su jubilación, y no solo formación de su especialidad, sino de temas transversales: bioética, calidad, empatía, gestión, economía,

etcétera, pues los tiempos cambian muy rápidamente y las nuevas tecnologías producen cambios sociales.

Los **gestores** que quieran dedicarse al mundo de la salud también deben tener una formación específica para poder entender el lenguaje y la sensibilidad de los profesionales asistenciales, que debe añadirse a la formación en liderazgo y gestión de empresas y organizaciones. Podría ser una buena propuesta que realizaran prácticas al lado de otros gerentes en los centros asistenciales y que además «se colocaran la bata» y asistieran periódicamente a consultas, urgencias, salas y quirófanos, viviendo junto con el médico y el personal de enfermería el día a día, lo que les facilitaría la toma de decisiones al disponer de un mejor conocimiento de la realidad.

Debemos educar para el aprendizaje de la toma de decisiones en situación de incerteza, en adquirir actitudes de servicio, de evaluación, de comunicación y empatía, en ética y humanización, de atención a la diversidad, en ser competentes en inteligencia emocional, en capacidad de liderazgo, en el trabajo en equipo, en la transdisciplinariedad, etcétera. El llamado «código ético del tercer milenio» publicado en el 2002 ya incluye estos compromisos.

Educación de la sociedad

Los usuarios del sistema sanitario y los enfermos y sus familias también deben formarse. Esta formación debe empezar ya desde la infancia en la enseñanza básica, para que los niños adquieran hábitos de vida saludables. También hay que enseñar a usar bien el sistema de salud cuasi gratuito que tenemos. El poder ir al médico siempre que se quiera sin ningún límite requiere de un control ya sea con un ticket moderador (para los que se pagan el aparcamiento mientras la asistencia médica es gratuita, exceptuando a los que tengan «cartilla de asistencia social», para que sea equitativo y no interfiera en los que precisan asistencia y no pueden pagar el ticket), ya sea con comisiones de control del uso con participación de usuarios. La salud no tiene precio pero tiene un coste y debe ser sostenible. El usuario debe usar el sistema de manera corresponsable con su sostenibilidad.

Para concluir, describo brevemente unos pocos ejemplos sacados de la vida real, que puedan ilustrar los dos abordajes gerencial y asistencial de la ges-

tión sanitaria cumpliendo con la petición del moderador de este interesante debate.

- Después de unas encuestas realizadas al usuario y de la revisión de las reclamaciones y quejas de la Unidad de Atención al Usuario, la dirección propuso castigar a los médicos que salían del promedio con la obligación de asistir a un curso de humanización. Les convencimos de que no debe ser un castigo y no se llevó a cabo la propuesta. Asistir a cursos actitudinales no puede ser un castigo o ya se empieza mal y serán de poca utilidad.
- Un compañero cirujano todos los martes decía: «como ya operé ayer, por lo que me pagan, ya a partir de hoy pierdo dinero con cada paciente de más que intervenga». El «café para todos» prima al ineficiente, falta *ethos* corporativo.
- Otro compañero reumatólogo que tenía una buena consulta privada decía: «Yo en la privada aguanto al paciente y su familia lo que quieren y además “poniendo buena cara” aunque sean unos “pelmazos”. Nunca los echo del despacho, solo que voy mentalmente “dándole a la máquina registradora”: a más tiempo y más molesto, más minuta. Si la consideran excesiva y no vuelven me ahorro un buen problema». En la pública «se aguanta menos». Hay que utilizar criterios de gestión eficaces en la sanidad pública y establecer los adecuados sistemas de evaluación de la calidad para evitar que se caiga en la tentación de ofrecer un distinto trato al paciente.
- Como líder sindical propuse al gerente instaurar una tarjeta con banda magnética para el control horario con cierta flexibilidad a los médicos del hospital. Él la rechazó pues consideró que era «una trampa» y siguió quejándose de que los médicos no cumplen el horario, sin tomar ninguna medida al respecto, por lo que entre el colectivo del hospital que lo cumple, hay la sensación de que se prima a los incumplidores que ganan lo mismo o más, si son de mayor edad y con más antigüedad. Discriminar y premiar e incentivar y valorar a los que más se implican con la institución y mejor trabajan, es esencial para evitar que los profesionales «se quemen» (*burn out*) y surja la desafección con el centro.

- En un área de salud se aprobaron unos objetivos y el pago de primas por conseguirlos si se disminuía el número de pruebas complementarias. Algunos profesionales «ahorraron tanto» que tuvieron graves complicaciones con algunos enfermos. Cualquier pago por objetivos debe tener un debate ético y control durante y después, para evitar caer en la tentación de «cambiar de bando» y pasar de ser garante del enfermo a ser ahorrador a toda costa.

En la medicina pública existe la opinión de que el especialista es más que el generalista o médico de familia y de cabecera, y entre especialistas, los que usan más tecnología sofisticada se creen con mayor prestigio. También la carrera profesional vinculada a la capacidad de mando (adjunto, jefe de sección, jefe de servicio) es nefasta, pues genera una gran mayoría de insatisfechos que se consideran poco valorados. Hace falta poner en el vértice de la pirámide al enfermo y considerarse servidores de este. Todos somos necesarios: desde el gerente al médico adjunto o residente. Se debe valorar cada lugar de trabajo según su rendimiento.

Concluyo insistiendo en que gestores y profesionales asistenciales «viajamos en el mismo barco» y ante la tormenta actual del sistema económico mundial y local es aún más urgente trabajar todos muy unidos, ofreciendo cada uno su mejor saber, para que no solo no se hunda el sistema sanitario de calidad y universal que tenemos en nuestro país, que es de los pocos del mundo, sino que mejore constantemente en calidad, accesibilidad y equidad de los servicios que presta para ir mejorando la salud de la población a la que sirve.

Francesc Moreu

Socio director de Moreu y Asociados

Mi aportación al debate lo es desde una perspectiva poco académica pero muy vivencial en función de mi experiencia de largos años como gestor en el sector de la salud. Aparentemente existen dos «éticas» habitualmente enfrentadas, pero en mi opinión y en términos estrictos no existe esta discrepancia

entre la ética asistencial y la ética de gestión, pues asistencia y gestión participan del mismo paradigma.

Otra cosa es que, en el caso de los clínicos, los principios éticos que se les infunden en su formación curricular, y sobre los cuales desarrollan su propia escala de valores, no los ayudan en absoluto a encontrarse cómodos en el ejercicio de su profesión en el marco empresarial donde mayoritariamente deberán ejercer su actividad.

Beneficencia, autonomía y justicia, los principios éticos convencionales de las profesiones asistenciales, en su formulación tradicional no sirven para la sociedad de hoy, que no considera que la beneficencia sea suficiente (ausencia de maleficencia) cuando la citada sociedad reclama excelencia.

La autonomía no es un regalo del profesional al ciudadano, sino que es un derecho de este ciudadano y como tal debe gestionarse, y el hacer todo lo posible para un enfermo (justicia) o ampararse en la teoría del rescate (me cuesta dejar de hacer algo cuando sé que se puede hacer) como coartada en la actuación clínica no es de recibo cuando las posibles cosas a hacer superan las posibilidades, y que ante recursos escasos un euro más destinado a un paciente es uno menos para otro, por lo que el principio ético de la justicia no nos sirve y debe ser sustituido por el de la equidad.

Las facultades forman profesionales para un mundo que no existe (no solo en estos aspectos sino en que se continúa, por ejemplo, formando a los citados profesionales básicamente para una práctica individual y liberal, cuando su trabajo deberá ser, en la inmensa mayoría de los casos, asalariado e interdisciplinario y multidisciplinario) y por esto no es extraño que cuando llegan a la empresa-hospital, clínica o servicio de atención primaria chocan con la realidad de la gestión que les exige un equilibrio entre valor y sostenibilidad, se sientan incómodos y reniegan de la gestión.

Un ítem más en este escenario: los profesionales se encuentran solos ante el peligro a la hora de tomar decisiones en la línea de gestión si esto implica racionalizar pruebas diagnósticas, fármacos o prestaciones en general ante la presión de los ciudadanos azuzados por la demagogia política o social cuando intentan simultanear su rol de abogado del enfermo con el de abogado de la sociedad.

En sentido contrario, quienes se dedican a la gestión o bien tienen notables carencias formativas para su función si proceden del ámbito médico o de enfermería o, si proceden de otros sectores de actividad, no siempre comprenden las peculiares características del *core bussines* en que se hallan metidos. Todo ello amplificado, por un lado, por las carencias del derecho público que ampara la mayoría de la provisión sanitaria que les permite a duras penas administrar pero no gestionar, y por otro a la ingerencia de los políticos en su función, lo que se traduce, como muestra, en una elevada rotación de estos cargos vinculada al criterio de «los nuestros» y no de «los mejores».

Las empresas no muestran el camino para resolver esta aparente dicotomía entre ética asistencial y gestión. Recordemos tres de las estrategias habituales en el mundo empresarial que nos ayudarán a ello. La primera es que privilegian el negocio sobre la empresa. El negocio, en nuestro caso, lo manejan los profesionales, y la empresa, los gestores, lo que nos obliga a un reequilibrio del poder entre profesionales y gestores en el negocio-empresa sanitario.

La segunda estrategia hace referencia al imprescindible equilibrio entre valor y sostenibilidad. El valor asegura el futuro, pero no se llegará al él si no es sostenible. La búsqueda del valor está asociada a la cultura asistencial, mientras que la sostenibilidad es propia de la gerencial.

La tercera estrategia es que todas las empresas quieran ser negocios (empresa del conocimiento). Los hospitales, y por extensión todos los dispositivos sanitarios, son por antonomasia empresas del conocimiento como burocracias profesionales que son.

Se trata pues de resolver el dilema entre ética asistencial y gestión a partir de estos criterios, y el punto de encuentro entre ambas (en el día a día, que es realmente donde el dilema se presenta) es la aplicación, no únicamente de la gestión clínica propia de los responsables asistenciales, sino de la «gestión de la clínica»: obligación deontológica de todos los profesionales, dado que los conflictos éticos donde realmente deben dirimirse es a la luz de los principios deontológicos.

Gestión clínica o gestión de la clínica es la síntesis afortunada de «Gestión» y «Clínica», ya que ambos participan del mismo paradigma. Los clínicos deben

gestionar la clínica como obligación deontológica, y ello implica reducir la variabilidad de la práctica clínica e incorporar el coste como un elemento más de la decisión clínica. Por ello, si la clínica es excelente, la gestión también lo es y el conflicto no existe.

Francesc Borrell i Carrió

Miembro del Comité de Bioética de Catalunya

El médico, y por extensión el profesional de la salud, comprende bien la complejidad de lealtades en que se mueve: hacia el paciente (en primer lugar), hacia su empresa y hacia la sociedad. Estas lealtades compartidas dan lugar a conflictos, por la mayor calidad moral de nuestra sociedad, como apunta Diego Gracia, así como también por el funcionamiento complejo de la sociedad. Hace tan solo cincuenta años, el profesional no tenía que administrar las prestaciones que ofrecía el Estado de bienestar (bajas, fármacos, ortesis, ayudas sociosanitarias, etc.), ni tenía tanta responsabilidad en el acto médico; tampoco su actividad estaba sujeta a un escrutinio constante, con casi cincuenta indicadores periódicos con los que rinde cuentas a sus superiores (en Catalunya, European Quality Assurance [EQA], European Qualifications Framework [EQF], Acuerdo de Gestión, etc.). Esta visibilidad de su quehacer no suscita rechazo, aunque adaptarnos a ella no ha sido fácil. La comprensión de unos valores sociales (honestidad, transparencia) y profesionales (integridad, excelencia) han sido fundamentales para este paradigma completamente nuevo en la Sanidad Pública (e impensable hace tan solo un par de décadas). Una progresiva sensibilización moral (a la que no es ajena la economía de la salud y la bioética) nos obligan, en nuestro rol profesional, a plantearnos la equidad y eficiencia de cada una de nuestras decisiones. Cada vez resulta más difícil trabajar «mecánicamente», sin reflexión. La bioética es una gran enemiga de la pereza.

El quehacer profesional está sujeto a mayores exigencias: exigencias técnicas y morales. Pero eso no elimina el llamado «riesgo moral», que en nuestro caso es lisa y llanamente ser «generosos» con un dinero que es de toda la sociedad. En ocasiones, otorgamos una prestación (una exploración comple-

mentaria, una baja...) para no enfrentarnos con el paciente. No puede ser buen médico quien evita conflictos. Hay que saber decir «no». Si este es el reto individual por antonomasia, el reto colectivo es crear organizaciones inteligentes, que aprendan.

Yo recuerdo al Instituto Nacional de Previsión (INP) de finales de la década de los setenta como una organización fuertemente jerárquica en la que el médico pasaba visita y se marchaba a «su» consulta (donde sí se sentía médico). La institución, por su parte, era un muro infranqueable: raramente un directivo conversaba con los clínicos como no fuera para regañarlos o expedientarlos. En la década de los ochenta, algunos gestores entraron en el sistema con nuevas ideas. Recuerdo una asamblea de médicos, convocada por el gerente del Hospital de Bellvitge, en la que este directivo planteó una parábola curiosa: «Yo soy» vino a decir, «como un Virrey de las Américas. En apariencia tengo mucho poder, pero si todos los indios se ponen de acuerdo, mi cabeza no se aguanta sobre los hombros ni cinco minutos. Lo que vengo a decirles es que trabajemos juntos; vamos a crear sinergias, vamos a escucharlos y vamos a compartir proyectos». Con un discurso de este tipo recompuso una relación presidida por la jerarquía y un enorme foso entre jefes y mandados, dibujando un nuevo contrato psicológico con la empresa. Este gerente, Francesc Moreu, participa también en este seminario.

Echo en falta un estilo de este tipo ahora que estamos en el siglo XXI. Los directivos fácilmente se enrocan, como bien describía Francesc José María, amparados en un halo de autoridad que no ayuda a legitimarlos. Cuando Manel Peiró hablaba de pastorear gatos, que no ovejas, decía bien. El médico cultiva la independencia de criterio porque es un ingrediente fundamental de la práctica clínica: ¿cómo, si no, haría diagnósticos brillantes? Por ello se le engaña poco y se le irrita bastante cuando el político le trasfiere la responsabilidad de recortar el gasto social que él mismo no se atreve a poner en práctica, o cuando en un escenario de recortes generalizados anuncia nuevas prestaciones o una inyección económica «para que las comunidades autónomas no tengan excusas».

No es suficiente un estilo de liderazgo para llegar al desiderátum de organizaciones que aprenden. Los profesionales de la salud están particularmente

bien preparados para trabajar en equipo y crear inteligencia organizacional. Es llamativa la asimetría entre la producción científica e intelectual de los servicios y unidades productivas concretas, y la de las grandes instituciones proveedoras que los amparan. Estas últimas han sido (con pocas excepciones) incapaces de articular políticas de desarrollo profesional coherentes, paquetes formativos, publicaciones, etcétera. El desiderátum de empresas inteligentes, capaces de aprender, deviene la realidad de empresas que apenas son capaces de aplicar las normas y estándares más elementales de calidad. Los directivos posiblemente están excesivamente presionados por las urgencias contables y pierden de vista todos los recovecos de las organizaciones que dirigen. Si tuvieran conciencia de esta complejidad, de las personas altamente cualificadas que están a sus órdenes y si confiaran en ellas, dedicarían una parte de su esfuerzo a crear conocimiento, no solo a ajustar el presupuesto. Sin embargo el cortoplacismo juega en su contra. Tardan un año en familiarizarse con la organización que dirigen, otro año en potenciar iniciativas, un año más en iniciar proyectos, y al cuarto año son inexorablemente reemplazados por otro directivo (en el mejor de los casos). ¿Puede extrañarnos que algunos directivos estén básicamente preocupados en agradar a sus jefes inmediatamente superiores, y no en hacer progresar sus organizaciones? A mí tampoco me sorprende que algunos caigan en un cinismo que conoce el precio de todas las cosas sin entender el valor de lo más elemental, el paciente. Muchas veces, el progreso intelectual de una organización es intangible, se expresa mal en indicadores, y resulta poco valorado por los jefes inmediatamente superiores. Tal vez esta sea una de las características que frena la maduración organizativa: el cortoplacismo de los ciclos políticos a los que se debe el gerente.

La práctica clínica centrada en el paciente puede ser un marco de encuentro entre clínicos y gestores. Los inicios de la atención primaria lo tuvieron muy claro, cuando el mismo médico y enfermera atendían a una población concreta. Este trabajo de la llamada Unidad Asistencial Básica es cosa del pasado en muchos lugares de España, donde con la excusa de la libertad de elección se ha provocado un reajuste de plantillas que ha minorado enfermería. Habría que recuperar políticas destinadas a servir mejor al paciente, políticas concretas, por ejemplo, de atención domiciliaria, de vías clínicas, de indicadores de

bienestar subjetivo que delaten ineficiencias, etc. (existen experiencias muy interesantes en este sentido). Médicos y gestores estamos encontrando en este tipo de marco conceptual un lenguaje y unos valores comunes.

Manel del Castillo

Gerente del Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona

La tesis de la que parte el seminario es que existen dos lógicas diferentes en las instituciones sanitarias: la de profesionales y la de gestores. Detrás de la lógica de actuación de los profesionales estaría el valor de la justicia (hacer lo mejor por el paciente), mientras que los gestores estarían movidos por el valor de la eficacia. Dicho de otra manera, los clínicos se preocupan sobre todo por la salud del paciente, sin tener en cuenta el coste, y los gestores se preocupan sobre todo del coste, dejando en segundo plano la salud.

En la práctica diaria de gestión de un hospital infantil de tercer nivel, a menudo se tiene que decidir acerca de la indicación de tratamientos de alto coste y dudosa eficacia (p. ej., usos compasivos en enfermedades raras). El abordaje de directivos y clínicos ante estas situaciones es muy similar. Ambos colectivos son capaces de ponderar los aspectos de coste y eficacia, y los conflictos por estos aspectos son escasos. Lo que piden ambos colectivos es que la autoridad sanitaria fije criterios claros de actuación y, cuando proceda, ponga límites a la financiación de este tipo de tratamientos. Esto evitaría presiones sobre los profesionales y los centros por parte de las familias que, lógicamente, intentan conseguir para sus pacientes todo el arsenal terapéutico disponible, sin otro criterio que la posible eficacia clínica.

En algunos países europeos existen agencias independientes que adoptan este tipo de decisiones basándose en criterios de coste-efectividad. El caso más paradigmático sería el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) británico, cuyas decisiones, tomadas por expertos independientes, son vinculantes para la autoridad sanitaria. En España existen en estos momentos seis agencias de evaluación de tecnologías, pero sus dictámenes no tienen carácter vinculante, y estudian solo algunos procedimientos, sin que exista

un criterio de análisis sistemático de todas las nuevas tecnologías antes de su incorporación a la clínica.

En definitiva, pensar que el origen de los conflictos entre gestores y profesionales está basado en aspectos de priorización de valores es una simplificación bienintencionada. Puede darse en algunas ocasiones, pero el origen de los numerosos conflictos entre estos dos colectivos, probablemente se deriva de otro tipo de factores, entre los que podríamos encontrar los siguientes:

- **Pérdida del perfil profesional.** El ejercicio de la medicina tiene una larga trayectoria como profesión liberal basada en una relación de mutua confianza entre médicos y pacientes y con grandes márgenes de autorregulación. La incorporación de los médicos a los hospitales, la salarización, el trabajo en equipo, etcétera, han sido claves para el avance de la medicina moderna, pero por contrapartida han supuesto que se pongan en cuestión algunos elementos como la autonomía, la capacidad de autoorganización, etc., que son consustanciales a la profesión médica. Esta situación ha dificultado el encaje de los médicos en las instituciones sanitarias y probablemente es causa de una parte de la tantas veces mencionada desmotivación del colectivo.

Aquí sí se produce un choque de dos lógicas distintas, la del profesional y la del asalariado. La lógica profesional pondría el énfasis en el compromiso con los pacientes, considerando el hospital como el instrumento necesario para prestar servicios profesionales en la actualidad. Citando a Mintzberg nos preguntaríamos: ¿el médico trabaja para el hospital o en el hospital?, para sus pacientes. Este tipo de modelo profesional requeriría, para un correcto encaje de los profesionales en las instituciones, grandes dosis de autonomía y, por el contrario, les sería exigible un alto grado de corresponsabilización en los resultados y reforzar aspectos como la personalización de la atención, la empatía, la compasión, etcétera. En definitiva, autonomía a cambio de reforzamiento de los valores del profesionalismo.

- **Gerencialismo.** El continuo recambio de directivos en los centros hospitalarios, con una vida media de dos años al frente de las organi-

zaciones, hace difícil definir proyectos a largo plazo que resulten creíbles. A menudo existe un cierto «adanismo» y es frecuente encontrarse con profesionales que llevan años en una misma organización, que han visto pasar siete u ocho directivos, todos con sus proyectos y que en muchos casos representa un volver a empezar de forma permanente. Entre los profesionales es frecuente la opinión de que «los directivos pasan y nosotros permanecemos». Esta realidad provoca desconfianza, falta de implicación en los proyectos comunes y un cierto retraimiento de muchos profesionales a la lógica interna del equipo asistencial. A esta situación se suma en muchas ocasiones la politización de los nombramientos directivos y la escasa profesionalización de la gestión.

- **Organizaciones sin «alma».** Por último, en muchos casos las organizaciones públicas, que son de todos y de nadie, se comportan como empresas sin «alma», sin una cultura propia, sin capacidad para mantener a largo plazo un proyecto. Aunque la mayoría de los planes estratégicos de los centros sanitarios expliciten los valores de la organización, la realidad es bien distinta y, a menudo, un cambio de equipo directivo hace que ni siquiera se respeten los compromisos contraídos a corto plazo. Se pone en evidencia que la organización como tal no adquiere compromisos, porque realmente no existe una lógica organizativa que trascienda las decisiones de un equipo directivo. Al final son los profesionales los que realizan su propio proyecto al margen de las organizaciones, y lo que piden de estas es que los directivos que van pasando les dejen trabajar en paz.

Estos tres elementos inciden en la falta de compromiso de los profesionales en las organizaciones y al final eso está en la base de los conflictos entre directivos y sanitarios. Es necesario avanzar en la **gobernanza** (organizaciones que tengan propietarios y proyectos a largo plazo), la **profesionalización de la gestión** (directivos profesionales, estables y respaldados por el órgano de gobierno) y la **recuperación del profesionalismo** (profesionales que puedan desarrollar su perfil profesional con autonomía y corresponsabilidad, que no sean meros técnicos en medicina o enfermería).

Si consiguiéramos reforzar en las organizaciones sanitarias estos tres elementos, se incrementaría sin duda el compromiso de los profesionales con su profesión y con su organización. En este caso, aunque seguirían existiendo conflictos entre gestores y profesionales, probablemente los interpretaríamos más como una confrontación de opiniones e intereses, propia de cualquier colectivo humano.

Pablo Hernando

Director de Servicios de Atención al Cliente, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell

No creo en la oposición de las dos lógicas. Hay, por el contrario, varias lógicas tanto gerenciales como asistenciales y unas como otras deberán tener características comunes para ser «buenas lógicas»: transparencia, participación de todos los agentes, ir más allá de los aspectos puramente técnicos, etcétera. Deberá ser una lógica compartida que respete los valores intrínsecos de las profesiones sanitarias y pondere los valores instrumentales.

Para lograr lo anterior serán fundamentales la existencia de «lugares de mediación» entre estas dos lógicas. Me estoy refiriendo a lugares de participación, de comunicación, de rendir cuentas entre todos los agentes implicados: directivos, profesionales, ciudadanos y pacientes.

¿Qué lugares? En las instituciones sanitarias existen muchos: desde los diversos comités de calidad (y el comité de ética es uno de ellos) hasta los órganos de participación tradicionales. Debemos preguntarnos qué uso hacemos de ellos en nuestras instituciones: ¿nos reconocemos como interlocutores válidos?, ¿somos honestos, veraces y transparentes?, ¿compartimos valores o meramente intereses?

Aceptar lo mencionado en el párrafo precedente significa reconocer que las instituciones han de tener un cierto carácter (*ethos*), que será motivo de diferencia entre ellas. Si analizamos cuidadosamente diferentes organizaciones, veremos que la oposición entre las dos lógicas será más o menos acusada en cada una de ellas. ¿Qué gran paradoja esta en donde se asume como posible

diferenciarse en aspectos técnicos determinados (p. ej., la cirugía fetal), pero se ve como imposible diferenciarse en valores!, cuando de hecho ya sucede así. A pesar de nuestro pluralismo político-social, muchas organizaciones parecen iguales porque o no hay una explicitación y seguimiento de los valores propios o meramente hay declaraciones formales (las típicas declaraciones de «Misión», «Visión», etc.) sin ninguna consecuencia práctica. Sí, hablamos de una ética de las organizaciones. Habrá organizaciones con una ética que fomente la separación y el enfrentamiento entre las dos lógicas, y otras que no.

Conseguir pues que estas dos lógicas no estén enfrentadas supone formular, comunicar y evaluar qué valores promueve una institución. Hay valores mínimos, irrenunciables, pero que muchas veces se quedan en declaraciones formales. Estas declaraciones formales deben tener consecuencias prácticas. No basta con expresar el fomento y respeto de los derechos de los pacientes, sino preguntarnos, a título de ejemplo, qué estrategia tiene determinada institución para fomentar las planificaciones anticipadas, cómo la evalúa y qué resultados tiene. No basta con desear el equilibrio presupuestario, sino formular qué objetivos asistenciales queremos asumir y, en función de los recursos disponibles, dónde podremos llegar y a cuáles tenemos que renunciar.

Margarita Peya Gascons

Profesora de Gestión Servicios de Enfermería, Escola d'Infermeria, Universitat de Barcelona

Introducción

Las instituciones sanitarias forman parte de las llamadas organizaciones del conocimiento y están consideradas de un alto nivel de complejidad por diversas razones. Entre estas están la propia sostenibilidad del sistema sanitario, la intangibilidad de sus servicios, la complejidad del proceso asistencial, la presión y la sobrecarga de trabajo de los profesionales, las exigencias de una práctica que convive entre la vida y la muerte y, en la actualidad,

cabe añadir la crisis económica global que hace tambalear el Estado de bienestar.

En este entorno, la gestión de dichas instituciones es compleja y las actividades que en ella se realizan no siempre giran en torno a las necesidades y expectativas de los pacientes como verdaderos protagonistas del sistema sanitario. Aunque en el discurso teórico prevalece el paradigma del cuidado referido a una atención global e individualizada del paciente, teniendo en cuenta a la familia y o allegados, en la realidad, el enfoque de la enfermedad y la visión parcializada de la persona aún prevalece en algunos entornos.

Por otra parte, no siempre las instituciones sanitarias cuentan con estructuras organizativas flexibles que potencien la motivación de los profesionales y faciliten su trabajo. Numerosos autores inciden en que además del grado de conocimientos científicos y humanos, para proporcionar una asistencia de calidad, se requiere que los profesionales sientan un alto nivel de compromiso y sentido de pertenencia a la propia institución. También nombran la importancia de que existan vías reales de participación en las tomas de decisiones globales de la organización.

De todas formas, cabe decir que casi todas las instituciones sanitarias tienen definidas su misión, visión y valores, y en algunos casos sus líneas estratégicas contemplan principios éticos relacionados con la promoción de la autonomía del paciente. Cabe resaltar que algunas instituciones han elaborado sus propios códigos de ética organizativos.

En este sentido, cabe añadir la gran labor que están realizando los comités de ética asistencial con respecto al análisis de casos clínicos que plantean dilemas y problemas éticos, elaborando informes que orienten a los profesionales así como a los pacientes y familiares. También elaboran protocolos que guían a los profesionales para la toma de decisiones en temas tan complejos como la obstinación terapéutica, la actuación ante el estado vegetativo permanente, la evaluación del paciente con respecto a su competencia en la toma de decisiones, las voluntades anticipadas como derecho de autonomía del paciente, entre otros. Y finalmente actúan como asesores elaborando directrices en todos aquellos aspectos relacionados con la política del centro.

¿Existen dos lógicas, la asistencial y la gerencial?

Después de haber expuesto brevemente algunos aspectos, a mi entender importantes, relacionados con la complejidad de las instituciones sanitarias y recogiendo las palabras de Diego Gracia referentes a la distinción que hace *entre valores intrínsecos y valores instrumentales* (llamados también *por referencia o técnicos*), se puede afirmar que la gestión es un valor instrumental. Y seguidamente me gustaría referirme a dos aspectos: a la gestión como instrumento necesario, pero que no tiene valor en sí misma, y al enfoque o paradigma que utiliza el gestor, que puede hacer que las lógicas asistencial y gestora parezcan diferentes o confusas.

Un aspecto que puede confundir, es que el gestor dé más importancia a la gestión en sí misma que al proceso asistencial. El gestor debe tener claro que su papel es el de *facilitador*, lo que indica que está al servicio de los profesionales asistenciales, *facilitándoles* al máximo su trabajo, ya que son ellos los que están en contacto directo con el verdadero protagonista de la institución, el usuario o paciente y su familia.

Valores como la transparencia, la accesibilidad, la comunicación atenta, la utilización de un estilo de dirección participativo, la búsqueda del consenso en la toma de decisiones referentes a la política de la institución, el ser un servicio para los profesionales, pueden proporcionar confianza en la política del gestor y potenciar el compromiso de los profesionales con la institución. Además cabe resaltar que el gestor comparte valores que son esenciales para la asistencia y el cuidado.

Diffícilmente pues, pueden existir dos lógicas distintas, pero sí una utilización diferente que depende de los valores del gestor y que puede hacer que, en determinados momentos o actuaciones, parezcan distintas. Por ejemplo, si el paradigma que utiliza el gestor es el tradicional, centrado en la enfermedad y los sistemas corporales, los criterios de gestión serán diferentes que si utiliza el paradigma del cuidado que se centra en la persona, considerada como ser biopsicosocial, con necesidades específicas y únicas.

De todas formas, en esta época de crisis económica, la situación se vuelve aún más complicada, ya que existe el peligro de que prevalezca la eficiencia, lo

que lesionaría gravemente el principio de justicia y crearía situaciones difíciles para los profesionales. Y es precisamente en esta época cuando el gestor debe ser más consciente de la necesidad de que prevalezcan los valores asistenciales. Cabe decir que muchas veces se pueden crear situaciones de dualidad y tensión entre las responsabilidades de los profesionales de la salud y la fidelidad a la propia institución y los valores de la propia disciplina (Toren y Wagner, 2010).

La gestión clínica y la gestión del cuidado

Si bien no se puede hablar de dos lógicas, sí que se puede hablar de dos gestiones complementarias: la gestión clínica y la gestión de los cuidados.

El término y lo que conlleva la gestión clínica, que diferentes autores matizan que significa pasar de la gestión de lo complementario a la gestión integral, parece desde hace algún tiempo que podría acercarse bastante a un enfoque de gestión sanitaria ideal. Entre sus objetivos se encuentra: a) promover la implicación de los profesionales de la salud en la gestión de la institución; b) reforzar la continuidad asistencial entre los niveles de atención, y c) mejorar la organización del trabajo e incrementar la satisfacción de los usuarios/pacientes. Estos objetivos conllevan unas estructuras organizativas más horizontales, una descentralización organizativa y una potenciación del trabajo en equipo multidisciplinar. Cabe resaltar que esta gestión se centra en especial en la atención integral de la persona, lo que sugiere un respeto a los principios éticos.

Con respecto a la gestión de cuidados, quiero resaltar algunos de sus aspectos ligados a su objetivo principal de cuidar de la persona sana o enferma, de la familia y la comunidad con un enfoque integral. En primer lugar, organiza los cuidados de tal manera que los profesionales enfermeros puedan proporcionar de forma coherente, rápida y adecuada unos cuidados óptimos, acordes con las necesidades de la comunidad y a ser posible con sus expectativas. La esencia es dar una respuesta profesional y de calidad de forma que se promueva el bienestar de la persona y la necesaria continuidad de cuidados que se requiere para que el proceso asistencial se desarrolle de forma que

garantice la seguridad y calidad de las actuaciones profesionales. Su desarrollo requiere, al igual que la gestión clínica y por ello son complementarias, una organización basada en procesos transversales y una potenciación del profesional enfermero clínico como líder de los cuidados. En segundo lugar, y como argumentan algunos autores (Gordon, 2006; OMS, 2007), los beneficios de unos cuidados bien gestionados pueden ayudar enormemente a la sostenibilidad del sistema sanitario, ya que por una parte protegen a las personas de los riesgos que pueden producirse en el estado de vulnerabilidad que produce la enfermedad y que les dificulta realizar las actividades de la vida diaria. Y por otra, tal como argumenta Aiken en sus investigaciones, los cuidados enfermeros contribuyen significativamente a la reducción de la morbilidad y mortalidad. Las intervenciones enfermeras son coste-efectivas e invertir en enfermería supone tanto una mejora en los cuidados como una disminución del gasto sanitario.

Y por último, como enfermera quiero destacar que la contribución de una buena salud a los atributos sociales y económicos de un país no pueden ser infravalorados. Todas las personas desean estar sanas y no padecer dolor, y el gobierno tiene el deber de establecer políticas sociales y públicas que garanticen que la población mantenga un óptimo estado de salud y bienestar. Y estos son los objetivos que siempre han formado parte de la profesión enfermera.

Conclusiones

Estas breves reflexiones han pretendido argumentar que no existen lógicas distintas: la asistencial y la gestora. Lo que sí existen son diferentes enfoques o paradigmas que, al ser puestos en práctica, conllevan diferentes formas de gestionar y en consecuencia pueden hacer que estén más próximas o más alejadas. A buen seguro que cuanto más alejadas estén, menos atención global e individualizada recibirán el paciente y su familia.

Referencias bibliográficas

- Amenold, A. «Recent paradigms for risk informed decision making», *Saf Sci*, 40, 2001, págs. 17-30.
- Aiken, L. H., Clarke, S., Sloane, D., Lake, E., y Cheney, T. «Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes», *Journal of Nursing Administration*, 38, 2008, págs. 223-229.
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., y Silber, J. H. «Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction», *Journal of American Medical Association*, 288, 2002, págs. 1987-1993.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., et al. «Nurses' reports on hospital care in five countries», *Health Aff*, 20, 2001, págs. 43-53.
- Beswick, S., Hill, P. D., y Anderson, M. A. «Comparison of nurse workload approaches», *Journal of Nursing Management*, 18, 2010, págs. 592-598.
- Blegen, M. A. «Patient safety in hospital acute care units», *Annual Review of Nursing Research*, 24, 2006, págs. 103-125.
- Borawski, D. B. «Ethical dilemmas for nurse administrators», *Journal of Nursing Administration*, 25, 1995, págs. 60-62.
- Busquets, M. «Las enfermeras y la ética», *Rev Rol Enf*, 30, 2007, pág. 405.
- Camunas, C. «Ethical dilemmas of nurse executives», *Journal of Nursing Administration*, 24, 1994, págs. 45-51.
- Connelly, L. M., Yoder, L. H., y Miner-Williams, D. «A qualitative study of charge nurse competencies», *Medical Surgical Nursing*, 12, 2003, págs. 298-305.
- Hall, L., Doran, D., y Pink, L. «Outcomes of interventions to improve hospital nursing work environments», *Journal of Nursing Administration*, 38, 2008, págs. 40-46.
- Hines, S., Luna, K., y Lofthus, J. *Becoming a high reliability organization: Operational advice for hospital leaders* (AHRQ Publication N°. 08-0022). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.

International Council of Nurses (ICN). Workforce forum 2002. Available at: <http://www.icn.ch/forum2002overview.pdf>

Juvé, M. E., Farrero, S., Monterde, D., Hernandez, O., Sistach, M., Rodríguez, A., *et al.* «Análisis del contexto organizativo de la práctica enfermera: el *Nursing Work Index* en los hospitales públicos», *Metas de Enfermería*, 10, 2007, págs. 67-65.

Kane, R., Shamliyan, T., Mueller, C., Duval, S., y Wilt, T. «The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes - Systematic review and meta-analysis», *Medical Care*, 45, 2007, págs. 1195-1204.

McClure, M. L., Poulin, M. A., Sovie, M. D., y Wandelt M. A. «Magnet hospitals: attraction and retention of professional nurses (the original study)». En: M. L. McClure y A. S. Hinshaw (comps.): «Magnet Hospitals Revisited: Attraction and Retention of Professional Nurses». Washington, DC: *American Nurses Publishing*, 2002, págs. 1-24.

McGillis Hall, L., Doran, D., y Pink, G. «Nurse staffing models, nursing hours and patient safety outcomes», *Journal of Nursing Administration*, 34, 2004, págs. 41-45.

Pearson, M. L., Upenieks, V. V., Yee, T. y Needleham, J. «Spreading nursing unit innovation in large hospital systems», *Journal of Nursing Administration*, 38, 2008, págs. 146-152.

Siu, H., Spence Laschinger, H., y Finegan J. «Nursing professional practice environments: setting the stage for constructive conflict resolution and work effectiveness», *Journal of Nursing Administration*, 38, 2008, págs. 250-257.

Stichler, J.F. «Leadership roles for nurses in healthcare design», *Journal of Nursing Administration*, 37, 2007, págs. 527-530.

Toren, O., y Wagner, N. «Applying an ethical decision-making tool to a nurse management dilemma», *Nursing Ethics*, 17, 2010, págs. 393-402.

Wong, C. A., y Cummings, G. G. «The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review», *Journal of Nursing Management*, 15, 2007, págs. 508-521.

Yamada, D. «Workplace bullying and ethical leadership», *Journal of Values based Leadership*, 1, 2008, págs. 48-60.

Sira Abenoza

Profesora colaboradora de ESADE

Hacia un horizonte compartido

En el mundo empresarial, se trata de una certeza que tiene cada día más fuerza: la eficiencia económica no es una condición suficiente. La lógica puramente economicista, tal y como ha quedado demostrado por una crisis que apenas estamos atravesando, no es sostenible. Hoy sabemos que es necesario ampliar los horizontes temporales, dejar de pensar en términos puramente cortoplacistas y aumentar el número de elementos que debemos tener en cuenta antes de tomar una decisión *empresarial*. En otras palabras, la lógica del dinero, de la gestión, tiene que ir acompañada de una preocupación por el entorno, de una lógica de servicio.

En este cambio de paradigma, las instituciones sanitarias (quizá sin tan siquiera ser conscientes de ello) pueden erigirse como referente y modelo a seguir. Su origen histórico, en tanto que entidades dedicadas a la beneficencia, y su conversión hacia una organización que, a raíz de la escasez, ha tenido que preocuparse por la gestión de los recursos, las hace un modelo inverso al empresarial *clásico* que, en caso de resolver sus confrontaciones internas, puede iluminarnos a todos sobre el camino a seguir.

Michael Porter, en su último artículo, nos habla de ese camino. La receta es simple: tenemos que trabajar para crear un valor compartido. La lógica de confrontación que ha llevado a gobiernos, empresas, organizaciones no gubernamentales y ciudadanos a vivir de espaldas unos de otros y entendiendo que el beneficio de uno es un perjuicio para los demás, está agotada. Tenemos un mundo, uno solo, para todos. El bienestar y la mejora de este mundo son necesarios y beneficiosos para cada uno de sus agentes. Hay que trabajar bajo la lógica del valor compartido, del valor común. Hay que abandonar las dinámicas de confrontación.

Si trasladamos este *mantra* a las instituciones sanitarias, la lección es obvia: hay que dejar de lado la confrontación entre médicos y gerentes o, dicho de

otro modo, entre la lógica asistencial y la gerencial. Antes que médico, enfermero o gerente, aquellos que trabajan en una institución sanitaria son personas. Personas que, como todas, se benefician del bienestar del mundo, de los demás.

Las organizaciones sanitarias, como toda organización, son un medio, un vehículo. En su caso, un vehículo con un fin muy concreto: la mejora de la salud de las personas. Y este fin es superior a las finalidades propias de cada una de las personas o colectivos que forman la institución. Por ello, todo profesional de una institución sanitaria, cuando trabaja, debe tener en mente que está ocupando tal cargo para cumplir con este fin: la mejora de la salud de las personas.

Es decir, debe dejar de lado prejuicios como el que asume que un gerente «ve mejor toda la complejidad del sistema», o que un médico «sabe mejor lo que necesitan los pacientes». La perspectiva de ambos colectivos es útil y necesaria para conseguir una perspectiva más amplia y compleja del problema: de las necesidades de las personas en materia de salud y de las posibilidades de atenderlas. Sin embargo, semejante diferencia tiene que aportar valor a la consecución del fin de la organización, en lugar de dividirla. Las dos lógicas tienen un valor intrínseco que debe aprovecharse para un fin común.

Aunque a algunos profesionales sanitarios les cueste aceptarlo, la lógica gerencial también tiene un enorme valor. Según señala Diego Gracia, semejante lógica es hija de la precariedad. Si eso es cierto, hoy el valor de la lógica gerencial es más acuciante que nunca. Nos guste o no, esta es hoy una parte fundamental de la realidad de las instituciones sanitarias: los recursos son limitados y se deben gestionar.

Ahora bien, aceptando este mal (y decimos mal porque a todos nos gustaría imaginar un mundo sin problemas de recursos), o bien resignándonos a esta limitación insoslayable, es necesario buscar la mejor manera de ejercer la lógica gerencial, y hay que ejercerla de manera virtuosa. Es decir, entendiendo que la eficiencia económica no es suficiente, que el valor es compartido y el fin, común. Y, en este ámbito, la lógica asistencial tiene mucho que aportar: las dos lógicas unidas aportan una visión mayor.

Para curar la *ceguera* que han sufrido durante las últimas décadas las instituciones sanitarias (imbuidas probablemente por la misma *ceguera* que ha sufrido toda la sociedad), para salvar la distancia que separa estas dos lógicas que han alimentado el mal hábito de la confrontación, necesitamos tender puentes entre los dos mundos: herramientas de deliberación, de discusión, de diálogo, que ayuden a mejorar los procesos de toma de decisiones para conseguir poner en práctica la *phronesis* olvidada.

A través de la palabra y del diálogo podemos conocer la visión del otro, y la conjugación de visiones es justamente la vía más adecuada para encontrar la mejor solución a un problema común. En ese sentido, los Comités de Ética Asistencial son una herramienta que nace de la lógica asistencial y que, a lo largo de los últimos veinte años, utilizando la vía del diálogo, han demostrado su utilidad y validez para llevar a cabo procesos de toma de decisión prudentes y virtuosos gracias a la lógica participativa y al diálogo.

La disolución de la lógica de confrontación entre los dos mundos, asistencial frente a gerencial, requiere una comprensión profunda del hecho de que el horizonte debe ser compartido. Por tanto, la mejora del funcionamiento de las instituciones sanitarias pasa probablemente por la incorporación de Comités de Ética en los procesos de toma de decisión, tanto gerenciales como asistenciales. Porque tal vez solo una herramienta que asume que el bien, o la calidad, requieren de una definición participativa puede ayudar a dibujar ese horizonte común. Únicamente a través de la consolidación de un ente de este tipo en los procesos asistenciales y de gestión podremos llegar a alcanzar aquello que a todos nos preocupa: el valor compartido.

Mediante la consolidación de esta herramienta como metodología para los procesos de decisión conseguiremos romper la lógica de confrontación y trabajar para construir visiones más amplias y complejas, soluciones coherentes con la lógica del valor compartido, y que, a su vez, pueden servir de guía e inspiración para el sector empresarial.

Victòria Camps, en su apertura del seminario, lamentaba la falta de valentía acuciante en nuestra sociedad, la necesidad de enseñar valores a las próximas generaciones para que resuelvan esta falta. Los Comités de Ética pueden

convertirse en una potente herramienta para poner en práctica valores excelentes, crear una cultura de diálogo y pensamiento común, instaurar precedentes y predicar mediante el ejemplo. Probablemente no es una solución suficiente para resolver todos los problemas presentes, pero sí una vía de mejora deseable y necesaria.

Francesc José Maria

Abogado y asesor del Consorci de Salut i Social de Catalunya

Hay que tener en cuenta, en primer lugar, que el paciente es la razón de ser tanto de las organizaciones sanitarias como de sus profesionales. Si situamos al paciente y su salud en el punto de mira central de gestores y profesionales sanitarios muy posiblemente se pueda dar el acercamiento, y ¿porqué no?, la convergencia entre las dos lógicas. Todos trabajamos para lo mismo: para hacer efectivo el derecho de los ciudadanos a la protección de su salud.

Si hacemos el ejercicio de listar principios éticos y valores que pueden ser considerados *a priori* más propios de un colectivo que del otro, vemos que no hay tantas diferencias, al menos en el enunciado.

Un valor para el profesional es el de autonomía en el ejercicio de su actividad, olvidando muchas veces que forman parte de equipos que, a la vez, trabajan para organizaciones; hechos que aportan sin duda un gran valor añadido, pero a la vez son muy limitadores de la autonomía. Para el gestor, un valor de primer orden sería la eficiencia, olvidando muchas veces que la eficiencia en salud también hay que medirla por la capacidad de solucionar los problemas de salud y no solo por cómo hemos sido capaces de hacer más con menos. Si vamos al campo de los principios éticos, el profesional pone el acento en el de beneficencia y el gestor en los de justicia y solidaridad. Pero encontramos un conjunto de valores que de entrada son compartidos por los dos colectivos: calidad, orientación al cliente, innovación, etcétera.

El problema aparece cuando se quiere llenar de contenido estos valores y principios éticos. Pondré un ejemplo: la innovación es comúnmente entendida por el profesional como la posibilidad de poder disponer de la última

tecnología o recetar la última molécula que ha salido al mercado para tener el mejor apoyo a su labor diagnóstica o terapéutica, con gestión de los recursos que, por definición, siempre son escasos. Y en cambio, para el gestor la innovación es entendida la mayor parte de las veces como la reingeniería de los procesos organizativos y asistenciales para hacer más eficiente la gestión económica y clínica del centro que, cuando supone una nueva ordenación de funciones y del tiempo de trabajo, choca contra los intereses del profesional.

De esta diferente concepción de los contenidos de valores y principios éticos es desde donde surgen confusiones que pueden producir tensiones entre las dos lógicas hasta llegar al conflicto. También se producen tensiones entre las dos lógicas porque quien determina el gasto, o al menos una buena parte (el profesional), no es quien consume los recursos (el paciente) ni a quien toca pagarlo (el gestor).

Podemos decir que, con carácter general, tanto a los gestores como a los profesionales les falta una visión sistémica del ejercicio de sus funciones. Esta visión sistémica también favorecería la concurrencia de las dos lógicas, así como la formulación de una ética inclusiva superadora de las diferencias.

Begoña Román Maestre

Profesora de Ética, Facultad de Filosofía, Universitat de Barcelona

La ética de las organizaciones: una asignatura pendiente

Es usual que las personas seamos conscientes de los valores personales por los que regimos nuestra vida, y decidamos en el ámbito de nuestra intimidad desde nuestra concepción de lo que es la vida buena. También es usual que al escoger una profesión uno se identifique (vocación) con los valores y misión que la caracteriza o, como mínimo, acate los códigos deontológicos de su colegio profesional. En ambos casos, en la ética profesional y en la más per-

sonal, se suele ser consciente de lo que nos jugamos, de lo que está en juego y de las reglas del juego.

Sin embargo, de la ética cívica, la de los mínimos decentes que cualquier persona debería tener para escoger luego su propio concepto de vida buena, de esta ya no somos tan conscientes. Y parte de dicha falta de conciencia y de claridad explicaría por qué en España se ha instaurado una asignatura sobre educación para la ciudadanía a los alumnos de secundaria: porque hay que discernir las normas para el espacio público compartido; normas que, en sociedades moralmente plurales, deben ser imparciales y tolerantes con respecto a las opciones de vida personales.

Pues bien, algo así como una asignatura pendiente tenemos respecto a la ética de las organizaciones, en general, y a la de las organizaciones sanitarias en particular: solamente son conscientes de la ética de la organización quienes más allá del mero ejercicio de su profesión en ella, ejercen un cargo de cierto nivel de responsabilidad. Con esta alusión a la asignatura pendiente no solo nos referimos a la conveniencia (está por discutir) de convertirla en una asignatura en los *campus* universitarios de profesionales de la salud, sino de insertar de forma realista el ejercicio de las profesiones en entornos organizativos (y no en formar a profesionales *liberales*). Esa es la verdadera asignatura pendiente: la formación de profesionales que no sean ciegos al entorno organizativo, al trabajo en equipo y de gestión; lo que requiere de otras competencias que también hay que tener para ser un buen profesional. Al mismo tiempo que es necesaria la formación de gestores que no desconozcan la peculiaridad de los profesionales a los que va a dirigir y, por tanto, no se limiten sin más a aplicar las técnicas de gestión aprendidas en las escuelas de negocios o de administración y dirección de empresas.

Por eso no consideramos correcta la percepción de dos lógicas, dos formas de proceder, una asistencial y otra gerencial como si fueran dilemáticas, con lealtades a personas y categorías distintas (el paciente y la calidad, en un caso, y la titularidad de la organización y la sostenibilidad organizativa en otro). Es esa distorsionada percepción la que explica por qué el *managed care* (gestión clínica) es visto con frecuencia despectivamente, cual ilegítima intromisión de lo gerencial, burocrático e incluso economicista, en la legítima lógica desinte-

resada, altruista de lo asistencial. Más bien se debería considerar dicha gestión clínica como normativamente necesaria, por trascendental, es decir, no solo limitante y delimitadora, sino condición de posibilidad de la lógica asistencial misma. Esta es la lectura positiva del *managed care*, la de imbricación de «ambas lógicas» que no son sino dos diferentes puntos de vista del ejercicio de la profesión en entornos organizativos donde hay que gestionar personas, recursos, tiempos, lo que supone acordar prioridades y limitaciones.

Lugares de encuentro para superar desencuentros y encontronazos

Porque están condenadas a entenderse, hay que recuperar la visión teleológica que legitima a las profesiones y a las organizaciones. Como se trata de organizaciones sanitarias y, por tanto de organizaciones de profesionales, habrá que reconocer el *virtuosismo* de cada profesional, la excelencia en el manejo de su instrumento. Pero al mismo tiempo, habrá que recordar que el profesional de hoy no es una persona hecha a sí misma (*self-made man/woman*), sino que para llegar a ser profesional y continuar siéndolo ha necesitado y necesita tocar en la orquesta: esta le permite el desempeño y la formación, el empleo y la empleabilidad. Del mismo modo se precisan, unas veces, directores de orquestas (si son grandes organizaciones) y, otras, responsables de grupos de jazz (unidades más pequeñas y dinámicas porque requieren de continua improvisación y creatividad). Ahora bien, uno no se siente acogido, arraigado y miembro más que en unidades próximas y cercanas de pertenencia, y eso son los equipos. El vínculo es más difícil de crear cuando la organización es meramente un logo, un edificio o una nómina; o cuando no se dejan claras las directrices, los encargos y las políticas. Tanto en una como en otra organización musical, nos hacen falta ensayos, partituras, armonías, ritmos, velocidades, es decir, coordinación, aprendizaje, gestión de tiempos, personas, carreras profesionales, conocimiento del rumbo.

Todo lo cual supone a su vez la autopercepción del profesional asistencial como miembro del grupo del que se siente y toma parte, así como otra forma de gerencia, más atenta a la consulta y comunicación de los afectados, profe-

sionales que se deben al conocimiento y que también se gestiona organizativamente. En último término, por el lado gerencial debe asumirse la especificidad de la gestión de profesionales sanitarios, y por el lado asistencial habrá que asumir la pertenencia al equipo y a la organización y la pertinencia de la gestión en el desempeño de la profesión.

Y como en esto no hay regla matemática habrá que deliberar y discutir los qué y cómo lograr la meta común: ni se trata de aplicar reglas de gestión independientemente de los casos asistenciales y de los profesionales involucrados; ni se trata tampoco de desconsiderar irresponsablemente la atención a los medios y a las políticas organizativas que implica el desempeño profesional. Lo que sí es ineludible para tal deliberar y discutir son los lugares y tiempos de encuentro, que suponen precisamente querer y poder gestionar los desencuentros y los encontronazos.

Una propuesta de agenda

Necesitamos entonces *formación en gestión* de los profesionales, para que la organización no se haga solo visible coactivamente en forma de exigencias, para ser cómplices de ella, y no solo víctimas o «usuarios» meramente instrumentales. Ese mero uso tampoco coadyuva a la confianza del paciente en el profesional y la organización, pues esta requiere precisamente de la confianza y coherencia a nivel interno entre los profesionales y la organización.

Habrà que recordar/recuperar la misión compartida, el encargo institucional, discutir sobre los modelos asistenciales por los cuales se quieren caracterizar, y deliberar *por qué y cómo* se alinean la justicia (garantizar el derecho a la asistencia sanitaria de calidad) y la coordinación de la eficiencia necesaria en los medios dirigidos a ese fin común.

La participación en los espacios comunes donde deliberar qué y cómo hacer y proceder supone *querer* participar. En los espacios de deliberación, de participación y de toma de decisiones habrá que compartir conocimientos, fines, directrices claras, procesos, lo cual supone un equilibrio entre la especialidad profesional, la interdisciplinariedad y la buena comunicación y argumentación públicas y transparentes.

También van a ser necesarias políticas de reconocimiento, porque tratar igual a los que no lo son (porque tampoco lo es su responsabilidad, rendimiento y desempeño) pasa por acordar qué es un *mérito* en esa organización, por qué, quién lo dice y cómo se evalúa, es decir, gestionar el compromiso y evaluarlo para reconocerlo desde ítems de eficiencia, cuantitativos, sí pero no solo cuantitativos (no se trata sin más de resultados, la misma acción asistencial puede ser en sí misma un buen resultado antes de esperar de ella algo más). En efecto, la eficiencia ha de ser más compleja que la mera ausencia de quejas, gestión de listas de espera o un acrítico coste/beneficio (¿beneficio de quién y por qué?). La gestión por valores (más que por objetivos a secas) requiere de discusión no solo sobre cómo los encarnamos, sino también cómo los evaluamos (por aquello de no confundir valores y precios, o valores económicos y éticos).

Esta gestión de la diferencia, y no de la homogeneización, es más compleja y requiere de participación en la gestión, de rendimiento de cuentas (de todas clases) y de delegación responsable (¿quién hace qué?, ¿cómo?, ¿con quién?, ¿sabe?, ¿puede?, ¿quiere?, ¿le dejan?, ¿qué dejará de hacer?). Todo lo cual precisará romper tanto con la *erótica* del poder, por no querer soltarlo, como con la *anorexia* del poder, por no desearlo, porque o bien se tiene de este una visión negativa (el poder corrompe inexorablemente la razón), o simplemente porque no compensa, resultando más cómodo no responder más que del mero acatar órdenes (lo cual no es apto para profesionales que gestionan conocimiento).

Explicitar las expectativas mutuas formará parte de la gestión de la calidad, para superar estrecheces de miras tanto de profesionales que no quieren ni poder ni gestión, pues los conciben como una intromisión y abandono del buen ejercicio profesional, como de gerentes que, por falta de coraje o simplemente por miedo al disenso, recelan de la comunicación y la participación.

En el fondo, la asistencia centrada en la persona del paciente, y no en la del profesional ni en el sistema, va a exigir cambios de hábitos, de mentalidades y de privilegios: imposible sin coraje, imposible sin entusiasmo.

Àngel Puyol

*Director del Departamento de Filosofía, Universitat
Autònoma de Barcelona*

El seminario se pregunta por la relación entre la lógica asistencial y la lógica gerencial, partiendo del supuesto conflicto que puede darse entre la necesidad de ser eficiente en la distribución de los recursos limitados de la sanidad y la necesidad de ser además equitativo en dicha distribución. Es cierto que, en muchas ocasiones, ese conflicto parece existir y que nos obliga a escoger si queremos más eficiencia con menos equidad o más equidad con menos eficiencia. Y estoy de acuerdo con el profesor Diego Gracia en que debemos ponderar en cada caso ambos valores en vez de querer determinar si uno u otro es el que debe prevalecer en todos los casos. Debemos tomar decisiones sabias, prudentes (en el sentido aristotélico, que no latino, de la prudencia) y fruto de la deliberación en cada ocasión en que debemos ponderar eficiencia y equidad. Debe tenerse en cuenta además que el sacrificio de la eficiencia a favor de la equidad está justificado siempre que estén en juego valores fundamentales relacionados con la dignidad de las personas, la igualdad de oportunidades y la cohesión social.

Mi aportación es más analítica que normativa y se basa en el argumento de que, según la concepción de la equidad y de la eficiencia que utilicemos, podemos disminuir los casos en que hay conflicto o dilema entre la eficiencia y la equidad. El resultado es que hay más espacio para la compatibilidad del que en un principio puede parecer. No obstante, en cualquiera de las concepciones de la equidad y de la eficiencia que utilicemos, el conflicto entre ambos valores no se elimina completamente. No hay una única visión de ambas lógicas: la asistencial y la gerencial. La lógica asistencial, cuando desea vincularse a la equidad sanitaria, puede tener, al menos, dos concepciones. En la primera, el valor de la equidad exige priorizar a los enfermos que están más graves (A1). Según esta idea, lo equitativo es invertir los recursos que haga falta en aquellos enfermos cuya salud es peor, sin importar el coste (ni económico ni para la salud de los demás). Esta lógica tiene dos problemas evidentes. Por un lado, es más difícil de aplicar en un contexto en el que la

medicina científica a veces es muy cara debido al elevado precio de la alta tecnología. Se trata, en este caso, de una limitación objetiva o inevitable. Por otro lado, no está claro que la ciudadanía esté dispuesta a asumir esos elevados costes, bien porque eso requiere sacrificar otros bienes también importantes o bien porque exige una solidaridad tan grande que muchas personas no están dispuestas a tenerla. Esta limitación no es inevitable, pero, para muchas personas, el excesivo gasto sanitario no es deseable.

En la segunda concepción de la lógica asistencial, la equidad sanitaria exige priorizar a los enfermos que más beneficio sanitario van a extraer de los recursos sanitarios disponibles (A2). Según esta idea, es equitativo invertir los recursos que más eficiencia van a producir en la provisión de salud para el conjunto de la población (no para un enfermo particular). Pensemos, por ejemplo, en la medicina que se practica en el frente militar o en una ONG que, con muy pocos recursos disponibles, desea optimizar la salud de una determinada población pobre con una salud precaria. En ambos casos, dedicar los escasos recursos a unos pocos enfermos muy graves con un pronóstico incierto es menos aconsejable, moralmente hablando, que centrarse en los enfermos menos graves pero con un pronóstico mucho más esperanzador. Ambas concepciones de la equidad sanitaria o lógicas asistenciales pueden ser, en muchas ocasiones, incompatibles entre sí. Pero, sobre todo en relación con el tema que nos afecta ahora, cabe decir que la segunda concepción de la lógica asistencial es más compatible con la eficiencia que la primera.

Respecto al valor de la eficiencia que persigue la lógica gerencial, también podemos distinguir, al menos, dos concepciones. La primera consiste en priorizar la eficiencia en la provisión de salud (G1): su objetivo es aumentar o maximizar (optimizar) la salud de la población (no de este o aquel enfermo en particular). La segunda consiste en priorizar la eficiencia económica (G2), bien porque tenemos el objetivo de sacar el máximo rendimiento social de un presupuesto público (G2a) o bien porque nuestro objetivo es el de aumentar el margen de beneficio económico de la empresa sanitaria privada (G2b). Ambas lógicas gerenciales pueden ser incompatibles entre sí. Pero lo interesante para nuestro tema es que esas distinciones dentro de la lógica gerencial también tienen efectos sobre una mayor o menor compatibilidad con la equidad.

Así, priorizar a los enfermos más graves (A1) y priorizar la eficiencia económica (G2) son incompatibles en muchas situaciones, sobre todo si el tratamiento de los enfermos es muy caro y debe asumirlo la sociedad. En el caso de aumentar el margen de beneficio económico de la empresa sanitaria privada (G2b), es claramente muy incompatible con priorizar a los enfermos más graves (A1), puesto que el lucro en la sanidad convierte a la salud en un bien mercantilizable. Por otra parte, priorizar a los enfermos más graves (A1) y priorizar la eficiencia en la provisión de salud (G1), y priorizar a los enfermos que más beneficio sanitario van a extraer de los recursos sanitarios disponibles (A2) y priorizar la eficiencia económica (G2), entran también en conflicto en muchas ocasiones, puesto que sus objetivos son opuestos. Sin embargo, priorizar a los enfermos que más beneficio sanitario van a extraer de los recursos sanitarios disponibles (A2) y priorizar la eficiencia en la provisión de salud (G1) pueden llegar a ser compatibles, puesto que persiguen el mismo fin: maximizar la salud de la población. Aquí, podemos afirmar que justicia y eficiencia se dan la mano. Pese a buscar la eficiencia, la salud no es un bien mercantilizable. Pero sí es un bien intercambiable, lo que genera un doble problema ético. Por un lado, se viola la separabilidad moral de las personas, ya que la salud que pierde un individuo se compensa con la salud que gana otro. Por otro lado, salen perjudicados los enfermos cuyos tratamientos son muy caros y tienen poca efectividad. Por ejemplo, los aquejados por enfermedades raras y con tratamientos caros. En estos casos, seguimos obligados a elegir entre justicia y eficiencia. Yo diría, más bien, entre solidaridad y eficiencia. Priorizar a ese tipo de enfermos no es eficiente (con ninguno de los criterios de la eficiencia que he señalado) y tampoco es necesariamente justo, si tenemos en cuenta los iguales intereses de los demás por mejorar su salud. Pero desatenderlos es, posiblemente, poco solidario. Podemos pensar que la solidaridad de una sociedad se mide, por ejemplo, por el trato que se dispensa a los niños con enfermedades raras y graves (si son, como suele suceder, enfermedades con tratamientos caros y poco efectivos, pero los únicos que pueden ayudarlos).

Concluyo. Si la lógica o eficiencia gerencial busca o prioriza otro tipo de bienes distintos al de la salud, entonces claramente hay una mercantilización de la salud y una incompatibilidad con la lógica asistencial, sea esta cual sea.

En cambio, si busca la eficiencia en la provisión de salud, puede ser compatible con una cierta lógica asistencial centrada en la salud de la población más que en la de cada uno de los individuos. Por otro lado, si la lógica asistencial se reduce a priorizar a los enfermos más graves, tiene hoy día un problema serio, debido al encarecimiento de la medicina científica (sobre todo la alta tecnología). Si la lógica asistencial prioriza la salud de la población por encima de la de cada individuo, necesita complementarse con la solidaridad social, al menos en determinados casos (como la asistencia a los niños que padecen enfermedades cuyos tratamientos conocidos o disponibles son caros y con una efectividad baja) si no quiere deshumanizarse.

Relación de los especialistas invitados

- Sira Abenoza, profesora colaboradora de ESADE.
- Rogelio Altisent, coordinador del Grupo de Investigación en Bioética del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
- Ramón Bayés, catedrático de Psicología Básica y profesor emérito de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Francesc Borrell i Carrió, miembro del Comitè de Bioètica de Catalunya.
- Montserrat Busquets Surribas, profesora de la Escola d'Infermeria, Universitat de Barcelona.
- Victòria Camps, presidenta de la Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Manel del Castillo, gerente del Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.
- Margarita Esteve, directora de Enfermería del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.
- Diego Gracia, catedrático de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid.
- Pablo Hernando, director de Servicios de Atención al Cliente, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.
- Francesc José María, abogado y asesor del Consorci de Salut i Social de Catalunya.
- Josep Maria Lozano, profesor del Departamento de Ciencias Sociales, ESADE.
- Màrius Morlans, médico y presidente del Comité de Ética Asistencial, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.
- Francesc Moreu, socio director de Moreu y Asociados.
- Margarita Peya Gascons, profesora de la Escola d'Infermeria, Universitat de Barcelona.
- Manel Peiró, director del programa Direcció de Servicios Integrados de Salud, ESADE.
- Àngel Puyol, director del Departamento de Filosofía, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Anna Ramió Jofre, vocal de la Junta de Gobierno y miembro de la Comisión Deontológica del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona (COIB).
- Begoña Román Maestre, profesora de Ética, Facultat de Filosofia, Universitat de Barcelona.
- Joan Viñas, jefe de sección de Cirugía, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Títulos publicados

Cuadernos de Bioética

28. *La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial*
27. *Ética y salud pública*
26. *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*
25. *La ética, esencia de la comunicación científica y médica*
24. *Maleficencia en los programas de prevención*
23. *Ética e investigación clínica*
22. *Consentimiento por representación (en edición)*
21. *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa*
20. *Retos éticos de la e-salud*
19. *La persona como sujeto de la medicina*
18. *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*
17. *El bien individual y el bien común en bioética*
16. *Autonomía y dependencia en la vejez*
15. *Consentimiento informado y diversidad cultural*
14. *Aproximación al problema de la competencia del enfermo*
13. *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*
12. *La gestión del cuidado en enfermería*
11. *Los fines de la medicina*
10. *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*

9. *Ética y sedación al final de la vida*
8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*
7. *La gestión de los errores médicos*
6. *Ética de la comunicación médica*
5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
4. *Medicina predictiva y discriminación*
3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
1. *Libertad y salud*

Informes de la Fundació

4. *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*
3. *Clonación terapéutica: perspectivas científicas, legales y éticas*
2. *Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación*
1. *Percepción social de la biotecnología*

Interrogantes éticos

3. *La subrogación uterina: análisis de la situación actual*
2. *Afectividad y sexualidad. ¿Son educables?*
1. *¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes?*

Para más información: www.fundaciongrifols.org

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS