



TEMAS DE BIOÉTICA

Dificultades éticas en las organizaciones sanitarias asistenciales públicas



M. Pereda Vicandi*

Centro de Salud Mental Rentería, Rentería, Gipúzcoa, España

Recibido el 21 de julio de 2014; aceptado el 18 de octubre de 2014

Disponible en Internet el 22 de noviembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Bioética;
Ética organizacional;
Servicios de salud;
Prestación sanitaria

KEYWORDS

Bioethics;
Ethics institutional;
Health Services;

Resumen Hoy en día cabe preguntarse por una ética de las organizaciones, dado que gran parte de las decisiones de mayor impacto global no se toman desde la perspectiva particular, sino a nivel organizacional. Lo que legitima a cualquier organización es la necesidad social que satisface, y dicha legitimación depende, a su vez, de la calidad del servicio prestado. Y para ofertar un buen servicio las organizaciones deberían tener presente que es necesario hacer bien las cosas, aunque este «hacer bien» no debería limitarse a lo instrumental, sino también a lo ético, lo cual no parece que esté tan presente.

Las organizaciones sanitarias asistenciales públicas mantienen un discurso en el que manifiestan promover actitudes y actuaciones éticas, tanto en su funcionamiento interno como en la consecución de sus fines. Pero un mayor conocimiento y análisis de su funcionamiento interno permite poner en cuestión lo anterior. Estas organizaciones, por su estructuración y procedimientos, pueden dificultar que los criterios éticos sean principios rectores en su funcionamiento interno, al tiempo que pueden tener consecuencias éticamente cuestionables a nivel poblacional.

Una organización sanitaria no debiera organizarse ni estructural ni funcionalmente como una organización cualquiera que ofrezca servicios, al tiempo que los miembros de la organización no pueden limitarse a ser actores pasivos. Se hace necesario que tanto los profesionales de la organización como los usuarios tengan más conductas pro-éticas, los miembros de la organización desde el profesionalismo y los usuarios desde la responsabilidad.

© 2014 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Ethical dilemmas in public health care organizations

Abstract Today you can ask if you can apply ethics to organizations because much of the greater overall impact decisions are not made by private individuals, are decided by organizations. Any organization is legitimate because it satisfies a need of society and this legitimacy depends

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mik.pereda@gmail.com

Delivery of health care

if the organization does with quality. To offer a good service, quality service, organizations know they need to do well, but seem to forget that should do well not only instrumental level, must also make good on the ethical level. Public health care organizations claim to promote attitudes and actions based on ethics, level of their internal functioning and level of achievement of its goals, but increased awareness and analysis of its inner workings can question it. Such entities, for its structure and procedures, may make it difficult for ethical standards actually govern its operation, also can have negative ethical consequences at the population level. A healthcare organization must not be organized, either structurally or functionally, like any other organization that offers services. In addition, members of the organization can not simply be passive actors. It is necessary that operators and users have more pro-ethical behaviors. Operators from the professionalism and users from liability.

© 2014 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La ética es una disciplina viva. Una prueba de ello es el que hoy en día cabe preguntarse por una ética de las organizaciones. Se trata de un acontecimiento evolutivo natural y necesario, dado que gran parte de las decisiones de mayor impacto global no se toman desde la perspectiva particular, sino a nivel organizacional.

Para hablar de ética organizacional hace falta un requisito, que es el de que se pueda definir a la organización como agente ético. El sujeto (agente) ético se caracteriza por una autonomía que le permite acciones voluntarias (puede hacer o no hacer algo) y, por tanto, implica el compromiso de responder de las consecuencias de esas acciones. Definido así se puede defender que la organización sí es un sujeto ético, dado que lleva a cabo acciones voluntarias pues, aunque las acciones sean ejecutadas por personas individuales, la toma de decisiones no es desde una perspectiva individual, sino organizativa.

Lo que legitima a cualquier organización es la necesidad social que satisface. Y dicha legitimación no es independiente de cómo satisfaga dicha necesidad, esto es, de la calidad del servicio prestado. El trabajo excelente reclama máximos areteológicos (virtudes) al profesional, no solo una ética de complacencia¹. Y si esto es así en organizaciones cuyos productos pueden ser meros objetos (televisores, coches...) también lo es cuando el producto es un servicio. Y si ese «servicio» es un derecho fundamental, como lo es el de la asistencia sanitaria, esta obligación ética se impone aún más.

Las organizaciones sanitarias asistenciales son cada vez más complejas, lo que supone que hay múltiples niveles donde pueden darse dificultades para el funcionamiento ético. En el presente artículo se va a esbozar una panorámica general, desde diferentes perspectivas, de algunas dificultades éticas que acontecen en estas organizaciones.

Dificultades éticas

Burocracia² y política

Una de las clasificaciones organizacionales más conocidas es la de Mintzberg³. Siguiendo dicha clasificación se podría

situar a las organizaciones sanitarias asistenciales públicas como una combinación de burocracia profesional y organización política:

- Burocracia profesional dado que algunas de sus características definitorias son: el conocimiento está en los profesionales siendo administrado por estos, funciones muy segmentadas, tendencia a la protocolización de las relaciones, fronteras internas muy marcadas y clara jerarquización.
- Política dado que los distintos estamentos pugnan frecuentemente por retener o ampliar sus áreas de influencia, lo que conlleva el que tengan que «hacer política».

Un funcionamiento organizativo burocratizado y politizado no es un buen contexto en el que la ética pueda convertirse en algo definitorio de la organización. Las dinámicas organizacionales influyen en el tipo de relaciones posibles, y es precisamente en las relaciones un plano donde actúa la ética. Así, la ética está influida por las relaciones en las que se enmarca y viceversa.

La estructura burocrática plantea dificultades para el desarrollo ético de diferentes modos. Por ejemplo:

- *Hiperreglamentación*. «Todo» está reglamentado, todo tiene ya su respuesta. Los dilemas éticos surgen de preguntas sobre qué hacer en un determinado momento, y si la respuesta precede a la pregunta no hay cabida para la reflexión ética.
- *Despersonalización*. Los burócratas se relacionan entre sí por sus cargos y no por las personas que los ostentan. Se pierde empatía y sin empatía la ética pierde un pilar fundamental.
- *Apego a las normas, excesiva jerarquización*. La autonomía se diluye para pasar a heteronomía. Se pierde la esencia de la libertad y, por tanto, la esencia del acto ético.
- *Conformismo*⁴. La conducta ética tiene poco de conducta conformista.

Por mucho que la burocracia reglamente no se puede prever ni controlar todo lo acontecible en el interior de una organización. Existen las llamadas «zonas de

incertidumbre»⁵, que son las partes de la organización cuyas actividades no han llegado a ser delimitadas o formalizadas. En organizaciones tipo «gran hermano», donde se pretende tener todo «controlado», se perciben estas zonas de incertidumbre como amenazas y se intenta acotarlas. Pero estos intentos suelen ser contraproducentes o baldíos:

- Al intentar formalizarlas, se crean otras.
- Paradójicamente, la capacidad de control sobre las operaciones disminuye a medida que las organizaciones crecen y aumentan su número de supervisores⁶.
- La estrategia de intentar acabar con esas zonas puede llevar a la disfuncionalidad por «fibrosis» organizativa.

Estas zonas de incertidumbre son espacios de gestión personal donde los operadores son los dueños y señores, y donde su actitud y comunión real con la organización se explicitan. Por tanto, son espacios que informan tanto de la ética de la empresa como de la ética de sus protagonistas, así como de la integración entre ambas. Son los espacios donde los operadores (miembros de una organización) tienen la autonomía suficiente como para operar con sus valores, tanto privados extraorganizacionales como organizacionales interiorizados. Si se quiere conocer la verdadera ética de la organización no hay que fijarse en su código ético publicado, hay que fijarse en lo que comparten las distintas zonas de incertidumbre que se reparten por toda la organización. Captar estos denominadores comunes es captar el verdadero clima ético de la organización.

En las organizaciones sanitarias asistenciales públicas estas zonas unas veces son reductos del profesionalismo, otras veces explicitan hastío, resentimiento, victimismo... hacia la organización; otras expresan el mal de acedia (*burn-out*); en otras se ve una oportunidad para significarse y medrar; otras explicitan conductas de resignación, supervivencia o vivencia de lo organizacional como insondable...

¿Se puede considerar como denominador común que en esas zonas primen los valores éticos (justicia, beneficencia, integridad, competencia, no maleficencia...) que la organización busca promocionar en la sociedad? En los casos en que la respuesta sea negativa cabe cuestionarse que si una organización no sabe promocionar esos valores internamente... ¿cómo los va a poder ofertar a la sociedad? No se puede ofrecer lo que no se tiene, no se puede dar lo que no se produce. En definitiva, no se puede dar un bien que no se tiene. Por tanto, lo primero es «ser» lo que se quiere «hacer». Pero en esta situación los operadores no pueden quedarse en un papel pasivo y reactivo. También para ellos existiría la obligación moral de intentar producir el cambio hacia la generación de dicho bien.

Y por ser una organización política, las posibilidades de desarrollo ético también salen malparadas. En las organizaciones políticas la organización en sí misma se convierte en lo principal. Se vuelve más importante proteger y sostener la organización que el objetivo para el que fue creada. Así, los operadores (los integrantes de la organización) comienzan a priorizar necesidades organizativas sobre las necesidades sociales que se debieran satisfacer y/o sobre su excelencia profesional. La lucha por retener o ampliar áreas de influencia dentro de la organización (lucha por el poder),

con sus conductas no éticas (intrigas, maquiavelismo...) está servida.

Cultura organizacional

La cultura de una organización es una seña de identidad invisible pero claramente perceptible. Tiene la capacidad de definir lo correcto y lo incorrecto, la coherencia, el sentido, los valores... La cultura organizacional, en gran medida, implica un determinado discurso moral⁷ y una «forma de hacer las cosas» que no se suele cuestionar⁸.

Todo grupo de individuos (incluido el pueblo de demonios kantiano⁹) que se reúne durante un tiempo para realizar una actividad común acaba generando unas normas, valores y conductas compartidas por las que regirse¹⁰, esto es, una «cultura» a través de la cual se relacionan los miembros entre sí y con su entorno. Por tanto, la cultura organizacional no es independiente de la interacción de los miembros entre sí y con el entorno. A su vez, estas interacciones son mediatizadas por la estructura organizacional en la que se enmarcan, influirán y serán influidas por las normas morales que de ellas surjan en una relación circular. Por ello, el funcionamiento de las organizaciones sanitarias condiciona cuáles son los conflictos éticos que pueden surgir¹¹.

Otra cuestión es que dentro de una cultura organizacional pueden surgir subculturas. El desajuste entre las diferentes subculturas es una de las causas más frecuentes de tensión dentro de una organización que en más de una ocasión se expresa como una especie de pugilato entre perspectivas morales. Así, por ejemplo, es bastante común que haya una «brecha» entre la parte asistencial y la parte gestora. Unos dirán primar valores de beneficencia o no maleficencia, y otros los de la justicia y eficiencia. La visión de la situación en compartimentos estancos crea el fatal espejismo de que ambas posiciones son mutuamente excluyentes por ser distintas. Y ante los mismos dilemas éticos ambas partes toman decisiones distintas. Pero lo cierto es que son eso mismo, subculturas y, por tanto, se expresan solo parcialmente, dado que están dentro de otra cultura mucho más poderosa y cada vez más dominante en las organizaciones sanitarias: la cultura burocrática y política.

Códigos éticos

Entonces, si se asume que la cultura es un vehículo importante en la expresión ética de la organización... ¿qué papel tienen los códigos éticos?

Algunas organizaciones sanitarias asistenciales han desarrollado códigos éticos que al tener sus orígenes en los códigos profesionales (siendo probablemente el más antiguo el código médico), adolecen de las limitaciones de estos, entre las cuales están:

- Pueden reflejar o expresar, pero no crear, el compromiso ético.
- Pueden favorecer una actitud de fixismo hacia la norma (invariabilidad de la norma), justificando así la renuncia a la propia autonomía en nombre de la afirmación legalista del código.
- Se puede confundir sus afirmaciones o sus reconocimientos con la aplicación real de estos.

- Para facilitar el acuerdo pueden ser demasiado imprecisos y, de esta manera, cobijar prácticas muy diferentes entre sí.
- Suelen centrarse más en las conductas que puedan suponer pérdidas de beneficios (o de imagen) para la organización, prestando menos atención a otras conductas, igual o más inmorales.

Dicho lo anterior, quizás se pueda afirmar que es mejor tener un código ético que no tenerlo, pero el hecho de tenerlo no vuelve ética a una organización. La dimensión ética de la cultura organizacional, mediante la cual se asumen determinados valores que muchas veces no han sido ni formulados, pero que se perciben claramente, supera sobradamente a estos códigos por la vía fáctica, la vía de los hechos consumados.

Jefatura y liderazgo, autoridad y poder

No hay que confundir poder con autoridad, del mismo modo que no hay que confundir jefe con líder. El poder es lo que tiene el jefe, la autoridad es lo que tiene el líder. El jefe manda, al líder se le obedece. De hecho, tener autoridad es tener poder, pero tener poder no significa tener autoridad¹². El que tiene autoridad influye en los otros de modo que no pierdan su autonomía, dado que fue por libre decisión «obedecer». Es algo autónomamente decidido pues una forma de ejercer la autonomía es cederla. Esto es, un sujeto puede decidir libremente que sea otro el que decida (muchos pacientes lo hacen a diario en las consultas con sus médicos), o sea, pasar de la autonomía a la heteronomía. Este camino es reversible. El requisito es que el juicio crítico no quede suspendido. Esto permite que en caso de que se juzgue que tal cesión ha dejado de ser correcta, se le desinventa de esa potestad normativa. Cuando eso último sucede el superior jerárquico pasa de tener autoridad a tener poder.

En las organizaciones sanitarias asistenciales actuales abundan más los jefes que los líderes. Solo sobreviven algunos liderazgos morales basados en la competencia profesional o en el compromiso personal. Son liderazgos modestos, sin publicidad, en grupos pequeños (servicio, ambulatorio...) y que no suelen promocionar en la organización.

Preconvencionalismo, convencionalismo y posconvencionalismo

Es conocido el trabajo de Kohlberg¹³ sobre el desarrollo moral de las personas. Propuso 3 niveles principales:

1. Nivel preconvencional. Las normas son una realidad externa que se respetan solo atendiendo a las consecuencias (premio, castigo) o el poder de quienes las establecen.
2. Nivel convencional. Se quiere responder favorablemente a las expectativas que los otros tienen, por lo que se identifica como bueno o malo aquello que la comunidad (organización) así lo considera.
3. Nivel posconvencional. Se asumen principios como buenos en sí mismos, universalizables, con prioridad sobre

obligaciones legales o institucionales convencionales, patrimonio de la humanidad y no del superior jerárquico.

Haciendo un paralelismo con estas fases del desarrollo moral se podría clasificar como jefes a los que consiguen que sus subordinados asuman los valores de la organización en un nivel preconvencional (miedo al castigo) o convencional (modo de adaptación organizacional) y como líderes a los que lo consiguen en un nivel posconvencional.

Aplicadas a los códigos éticos habría que plantearse si estos se deben orientar a regular los comportamientos preconvencionales, a afirmar las exigencias convencionales o a desarrollar la capacidad posconvencional en la vida de la organización. Independientemente de lo que se decida que deben hacer, lo que habitualmente hacen es lo primero, lo segundo a veces (no siempre explícitamente) y rara vez lo tercero.

En las organizaciones sanitarias no es infrecuente que se apele a una implicación posconvencional cuando la propia institución es incapaz organizativamente de moverse más allá de lo preconvencional o, como mucho y puntualmente, en lo convencional. Se contradice a sí mismo el discurso en el que el cumplimiento del horario es una obligación porque «para eso le pagan» (preconvencional) y luego variar el discurso según las circunstancias y hacer demandas posconvencionales a los operadores.

Cuando esto ocurre una opción es que los operadores «se salgan moralmente» de la organización y se sitúen moralmente en otro marco de referentes éticos (ideario, profesión...) en el que poder funcionar. Por ejemplo, hay médicos que se consideran más médicos que trabajadores de una organización sanitaria en concreto. De este modo pueden contextualizarse dentro del ideario médico y desarrollarse en los valores del profesionalismo, aunque sepan que esto les conllevará a dificultades adaptativas dentro de la organización, a la que terminan viviendo como el lugar donde están pero no como un lugar al que pertenecer y vincularse. Solo es la pagadora de las nóminas.

Cierto es que el desarrollo moral es un camino que cada individuo anda, pero también es cierto que factores históricos, sociales, culturales... han favorecido o entorpecido el que los sujetos lo transiten. Hay sociedades que dificultan, por sus propios valores culturales, el que sus miembros lleguen a un grado posconvencional. Sin ir más lejos, a nuestra sociedad occidental le ha costado unos cuantos siglos, vistos los desmanes que en nombre de la «moral» se han llegado a cometer. Por tanto, se entiende que una organización, como estructura social que es, también tiene capacidad de influir en el grado de desarrollo moral de sus integrantes.

El conflicto

Los conflictos son inevitables pues siempre habrá intereses contrapuestos. El conflicto en sí no es malo, ni bueno, ni neutral. Es conflicto. Definir a una organización como «más ética» por no tener conflictos es falaz. A veces la más corrompida puede ser la menos conflictuada. Los conflictos tienen el potencial de inducir cambios y una política adormecedora de los mismos puede llevar al anquilosamiento de una organización. El *quid* puede estar en su gestión y en la no estereotipación estéril de los mismos. Esto es

precisamente lo que ocurre en muchas organizaciones sanitarias, donde los conflictos son los mismos de hace décadas y se manejan como un baile de pasos predeterminados, estabilizando la organización (homeostasis)¹⁴.

En los conflictos se pueden aplicar conceptos de la teoría de la comunicación¹⁵. Ante un desacuerdo a nivel metacomunicacional (relacional, analógico) se intenta resolver a nivel de contenido, donde realmente no había desacuerdo¹⁶. Por ejemplo, se puede discutir un protocolo de derivación a nivel de contenido (todos de acuerdo con ello), pero a nivel relacional implicar una definición relacional jerarquizada (el motivo real de conflicto). Un «acuerdo» logrado a nivel de contenido sería, en realidad, un pseudoacuerdo (el típico de la burocracia). Surgirá una nueva ocasión en la que el conflicto estalle de nuevo, el mismo conflicto con otro aspecto. Una gestión del conflicto desde la ética dialógica¹⁷ no suele ser frecuente.

Stakeholders

Aunque el fin de una organización sanitaria sea satisfacer el derecho a la prestación sanitaria, no puede hacerse a costa de los derechos de los operadores (profesionales y/o gestores) ni de los proveedores. Todos los implicados (*stakeholders*) han de entrar en la ecuación ética y ninguno ha de ser instrumentalizado ilegítimamente a favor de otro (imperativo categórico kantiano), por muy elevados que sean los valores que se pretendan defender.

No deja de ser paradójico y doble vincular¹⁸, y por ello patógeno, que aquellos (las administraciones públicas) que deciden que un fármaco pueda ser comercializado, que autorizan que sea prescrito en determinadas indicaciones, que negocian el precio final y que deciden financiarlo (pues perfectamente pueden autorizarlo y no financiarlo) se quejen de la factura que pagan. Para ahondar más en la paradoja, esos mismos fármacos que han sido autorizados tras los pertinentes estudios de eficacia y seguridad que la propia administración exige, son posteriormente calificados como medicamentos que no aportan nada nuevo y, por tanto, recomiendan su no prescripción. Recomiendan no recetar lo que ellos mismos han autorizado a prescribir y que han facilitado hacerlo mediante la financiación (incluso con financiación de aportación reducida, la máxima para personas en activo). Pareciera que lo importante fuera mantener el discurso público de que se incorporan y facilitan los fármacos más novedosos, pero el discurso interno es distinto (no son novedosos y no se deben recetar).

Promoción organizacional

Las organizaciones asistenciales públicas se vanaglorian de seleccionar a los más capaces para cada categoría profesional y de hacerlo empleando criterios objetivos. Pero esto solo ocurre en los niveles asistenciales, esto es, en los puestos organizacionales jerárquicamente más bajos. Así, usando como ejemplo Osakidetza, para conseguir plaza hay que superar un concurso-oposición donde la discrecionalidad, aunque posible, está más dificultada. Para acceder a las jefaturas el procedimiento ya es solo concurso y para las jefaturas más altas el método de acceso es, simplemente, el de libre designación. La problemática derivada de la de las jefaturas vitalicias por oposición ha sido sustituida por

la problemática derivada de las jefaturas temporales por «libre designación».

Calidad y excelencia

En términos puramente éticos se podría decir que la calidad asistencial está definida por el respeto, sin exclusión, de los 4 principios bioéticos: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. La máxima calidad sería lo que se llama excelencia¹⁹.

En España, actualmente, se utilizan de forma predominante 3 modelos o sistemas de calidad: modelo europeo EFQM (es un modelo de gestión que pone el acento en los procesos estratégicos); normas ISO/UNE (es un sistema de certificación que se fija sobre los procesos clave) y los estándares JCAHO/JCIA (es un procedimiento de acreditación que se centra en los procesos de soporte).

Todos los modelos son susceptibles de análisis ético y, al hacerlo, se aprecia que en ninguno de los 3 hay una reflexión explícita sobre el fundamento ético de sus estándares. Por ejemplo, en el caso del modelo EFQM: no hay una reflexión explícita sobre el fundamento ético de los estándares, es un modelo autoevaluativo, orientación utilitarista hacia el éxito económico y no está pensado específicamente para organizaciones sanitarias²⁰.

Con respecto a todos estos sistemas de acreditación decir que bien está el cumplirlos, pero su cumplimiento no es suficiente para decir que una empresa «es ética». Usando un símil deportivo, que a un equipo de fútbol no le piten faltas y tenga muestras formales de deportividad no significa que juegue bien ni que sea deportivo. Y justo de eso trata la calidad ética, de hacer bien el bien. Y para ello es preciso hacerlo en forma y fondo.

La calidad es cualidad y no cantidad, por pura definición de sí misma. Se puede intentar medir, pero tal medida va a ser siempre una construcción arbitraria que como mucho se puede aproximar. Aún así se puede intentar medirla, es más, es una obligación, pero hay que tener presentes las limitaciones. No se puede aplicar las matemáticas a todo por igual.

Una calidad y excelencia basadas en una ética de la vigilancia dificultan la motivación individual exigible para incentivar dinámicas de calidad en las organizaciones. La normativización, tan propia de las organizaciones grandes y burocratizadas, solo puede establecer unos mínimos para la interacción y actuación. Los máximos siempre quedan al arbitrio de cada uno, siendo precisamente los máximos los que apuntan a la excelencia. Además, la calidad emerge no solo por autocontrol, sino también por las dinámicas interaccionales organizativas que hacen emerger la excelencia. Y es que el ser humano no puede alcanzar la excelencia solo, sino que para ello necesita del concurso de otros. La excelencia se logra en comunidad. Cualquier proceso que pretenda la excelencia en una organización ha de buscar un entorno cooperativo y de participación, no de vigilancia, dirigido a alcanzar fórmulas de organización más aptas para los objetivos fundamentales de los servicios sanitarios.

Eficiencia

Con la eficiencia hay que tener presente que más no significa mejor. La eficiencia sigue la Ley de Rendimientos

Decrecientes de Ricardo²¹. Cuando se invierten recursos por encima de un determinado punto, los costes suben mucho más deprisa que los beneficios. Es ético detener la inversión a tiempo. Muchas organizaciones sanitarias parecen olvidar esta ley. No más plantilla o no más programas o no más gestión van a ser necesariamente mejor. Lo que sí son es «más organización» (autopoiesis²² organizativa). Un diseño eficiente de la organización favorece que sus servicios sean eficientes. Por lo tanto, se puede sostener que es una obligación moral el estructurar la organización sanitaria de un modo que pueda cumplir con su deber moral de eficiencia (derivada de la justicia distributiva) sin olvidar que, en esta estructuración, se han de tener presentes a todos los agentes implicados (los pacientes, gestores, profesionales sanitarios, proveedores...) y los valores considerados importantes²³.

También señalar que la eficiencia no es un valor absoluto aunque así se presente. Una medida no es eficiente en sí misma, sino en relación con las que tengan una efectividad similar²⁴. Por tanto, quien determina la comparación crea el «patrón oro» que mide la eficiencia. Quién y cómo realice tal comparación son éticamente relevantes.

Las organizaciones sanitarias no deben usar en la práctica la definición económica de eficiencia al tiempo que, en su discurso público, tanto hacia el exterior como para su interior, usan la definición de eficiencia basada en la calidad. La disonancia que se genera va en contra de lo que se pretende conseguir. Disonancia que genera un malestar y desconfianza, directamente proporcionales al grado de conocimiento de la realidad organizacional.

La eficiencia puede ser valorada también desde la perspectiva del Principio del óptimo de Pareto²⁵. Según este principio, una configuración resulta eficiente siempre que no sea posible cambiarla por otra que beneficie a alguien sin que al mismo tiempo perjudique a otro alguien. Como se puede intuir, puede suceder que distintas distribuciones cumplan el óptimo de Pareto, aunque sean injustas e inequitativas. De ahí que muchos autores (por ejemplo Rawls²⁶) implementen otro principio que es el de justicia. De hecho, la tesis hoy más aceptada es que ambos criterios son necesarios. Así, ni dentro de la organización ni dentro de la sociedad se puede aumentar el bienestar de unos a cuenta del bienestar de otros. Por tanto, el «sacrificar» el bienestar de los miembros de una organización en pro del bienestar social, y viceversa, es cuestionable. La búsqueda de la eficiencia, que en sí es una obligación moral, puede pervertirse si tal búsqueda no se plantea como una exigencia de justicia social.

Si la medicina gestionada quiere funcionar con criterios éticos tendrá que evitar destruir los valores propios de las profesiones sanitarias, como lo es la relación médico paciente, que pueden ponerse en peligro si el médico tiene que atender, además de a los intereses del paciente, a los de la organización en la que trabaja²⁷.

Autonomía

Los usuarios de los servicios de salud se relacionan con estos tanto como consumidores (la prestación sanitaria es un objeto de consumo), como clientes (en cuanto que pagadores a través de los impuestos), como votantes (en cuanto

que con su voto tienen una gran capacidad de influencia sobre los gestores, que son nombramientos políticos). Una soberanía de consumidores separada de toda norma moral y orientada solo por necesidades subjetivistas es tan temible como una democracia plebiscitaria sin constitución ni normas jurídicas (la mayoría sin reglas)²⁸. Pero todavía está por llegar el estadista, que no político, que lo diga en un discurso público.

Entre la ciudadanía y estas organizaciones se genera un *quid pro quo* sorprendente que termina por cerrar un círculo vicioso. La atención ofertada por estas organizaciones (generada por sus propios procesos organizativos internos) es coherente con la tendencia de los ciudadanos usuarios a delegar elementos fundamentales de su vida en manos de estas organizaciones²⁹. Las organizaciones sanitarias mantienen una singularidad que puede desembocar en efectos perversos. Cuanto mayor sea su grado de eficacia, es decir, su capacidad de restituir a determinados colectivos a dinámicas de autonomía, mayor es la posibilidad de que la continuidad de la organización sea cuestionada. Es decir, como organizaciones, hacer bien su trabajo explícito significa favorecer su desaparición. Esto es algo que va en contra de la tendencia a autopropetarse de todos los grupos humanos. Esta necesidad de perpetuarse a la contra de los objetivos explícitos es totalmente coherente con la propuesta relacional que se establece en la interacción con los usuarios. Estos aprenden a formular una declaración de carencia y una propuesta de delegación de determinados aspectos de su vida, que en muchas ocasiones la organización rotula con diagnósticos (medicalización de los problemas biográficos). Los usuarios fácilmente aprenden a construirse identidades carenciadas, viendo perpetuadas tales definiciones. Tales historias están repletas de «evidencias» y de diagnósticos.

Recordar aquí que no deja de ser chocante que en las sociedades desarrolladas el nivel de salud percibido por la población no se haya incrementado conforme a la universalización de la prestación sanitaria y la mejora técnica y científica de la asistencia médica³⁰. Y es que la delegación no es salud, y no combatir esta delegación es «estafar éticamente» a los usuarios, al favorecer que se vacíen de virtudes y valores que los dignifican. El objetivo ético de las organizaciones sanitarias debiera ser devolver la autonomía a los seres humanos que requieren de sus servicios, no hacerles creer que son autónomos por demandar asistencia. Se trata de crear valor añadido: sea libertad, sea responsabilidad, sea competencia, sea autonomía... Con los actuales planteamientos no se favorece que los ciudadanos promuevan estas virtudes.

Equidad

El informe Black³¹, realizado en Gran Bretaña en 1980 tras analizar el Sistema Nacional de Salud público británico, mostró un resultado contundente: aunque en las últimas décadas la salud en general había mejorado, los avances de los pobres no habían sido paralelos a los de los más ricos, que habían mejorado mucho más, incrementándose así la brecha de desigualdad entre ambas clases sociales. La inequidad también se daba en otros países, España incluida, tal y como recogía un informe de la OMS³². Parece que las

organizaciones sanitarias públicas tampoco están siendo exitosas con su obligación de justicia social y de lucha contra la desigualdad en cuestión de salud. Esto no es más que la consecuencia de que es difícil contestar de modo concreto a la cuestión de cuándo es justo un sistema sanitario³³. Es una pregunta que en tiempos de escasez es aún más pertinente el hacérsela.

Conclusiones

Realmente la conclusión de este trabajo es una y se puede resumir en una frase: la propia estructura y funcionamiento de la organización no favorece su funcionamiento ético.

Una organización sanitaria no debiera organizarse ni estructural ni funcionalmente como una organización cualquiera que ofrezca servicios. La atención sanitaria se hace a través de individuos que tienen importantes obligaciones éticas dado el servicio que prestan, por lo que es sumamente importante que estas organizaciones se doten de estructuras y patrones de funcionamiento que fomenten el comportamiento ético.

Cierta es la máxima aristotélica de que el todo es más que la suma de sus partes, pero también es cierto que el todo no es independiente de las partes que lo constituyen. Y las partes que constituyen las organizaciones son sujetos que suelen proceder de la misma sociedad a la que van a prestar sus servicios. Y si la sociedad no es posconvencional, las organizaciones que surjan de ella difícilmente pueden serlo, aun como «propiedad emergente»³⁴. Por tanto, para que las organizaciones puedan tener un desempeño ético, tanto los operadores como los usuarios han de tener más conductas pro-éticas; los operadores desde el profesionalismo y los usuarios desde la responsabilidad.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Dalla Costa J. El imperativo ético. Por qué el liderazgo moral es un buen negocio. Madrid: Paidós; 1999.
- Weber M. ¿Qué es la burocracia? Chile: Tauro; 2005.
- Mintzberg H. Mintzberg y la dirección. Madrid: Diaz de Santos; 1989.
- Lapassade G. La transformación de la burocracia. Barcelona: Gedisa; 1985.
- Crozier M, Erhard F. El actor y el sistema. Las restricciones la acción correctiva. México: Alianza; 1990.
- Kaufmann A. El poder de las organizaciones. Madrid: Ediciones Universidad de Alcalá de Henares; 1993.
- Lozano JM. Ética y empresa. Valladolid: Trotta; 1999.
- Villoria M. Ética pública y corrupción. Curso de ética administrativa. Madrid: Tecnos; 2000.
- Kant I. Sobre la paz perpetua. Madrid: Tecnos; 1998.
- Osca A. Psicología de las organizaciones. Madrid: Sanz Torres; 2004.
- Simón P. La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio del desarrollo de la bioética. Rev Calid Asist. 2002;17: 247-59.
- Maxwell JC. Las 21 leyes irrefutables del liderazgo. Barcelona: RBA Nueva Empresa; 2008.
- Kohlberg L. Psicología del desarrollo moral. Bilbao: Desclée de Brouber; 1992.
- Jackson D. El problema de la homeostasia familiar. En: Winkin Y, editor. La nueva comunicación. Barcelona: Kairós; 1953, 1984.
- Watzlawick P, Beavin J, Jackson D. Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder; 1995.
- Selvini M. Al frente de la organización. Estrategia y técnica. Barcelona: Paidós; 1997.
- Habermas J. Conciencia moral y acción comunicativa. Barcelona: Península; 2002.
- Bateson G. Pasos hacia una ecología de la mente. En: Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre. Buenos Aires: Lohlé-Lumen; 1998.
- Millán J. La ética de la gestión asistencial. En: Amor JR, Ferrando I, Ruiz J, editores. Ética y gestión sanitaria. Madrid: Universidad Pontificia de Madrid; 2000.
- Ética de las organizaciones sanitarias. Simón P, editor. Nuevos modelos de calidad. Madrid: Triacastela; 2005.
- Case KE, Fair RC, Oster S. Principles of economics. Boston: Prentice-Hall; 1999.
- Varela FJ, Maturana H, Uribe R. Autopoiesis: The organization of living systems, its characterization and a model. Biosystems. 1974;5:187-96.
- Gracia D. Ética de la eficiencia. En: Amor JR, Ferrando I, Ruiz J, editores. Ética y gestión sanitaria. Madrid: Universidad Pontificia de Madrid; 2000.
- Del Llano J, Millan J. Ética y gestión sanitaria. Med Clin. 2002;118:337-8.
- Barr N. Economics of the welfare state. Nueva York: Oxford University Press; 2004.
- Rawls J. Teoría de la justicia. México: Fondo de Cultura Económica; 2012.
- Conill J. Horizontes de economía ética. Madrid: Tecnos; 2006.
- Cortina A. Ética de la empresa. Claves para una nueva cultura empresarial. Madrid: Trotta; 2008.
- Coletti M, Linares JL. La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. En: La experiencia de Ciutat Vella. L'Hospitalet de Llobregat: Paidós Terapia Familiar; 1997.
- Sen A. Health: Perception versus observation. BMJ. 2002;324: 860-1.
- Townsend P, Davidson N. The black report. En: Townsend P, Davidson N, Whitehead M, editores. Inequalities in health. The Black report and the health divide. London: Penguin Books; 1992.
- Whitehead M. Los conceptos y principios de la equidad en la salud. Washington DC: Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS; 1991.
- Gafo J. Los principios de justicia y solidaridad en bioética. En: Gafo J, editor. El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 1999.
- Axelrod R. La complejidad de la cooperación. Modelos de cooperación y colaboración basados en los agentes. México DF: Fondo de cultura económica; 2004.