

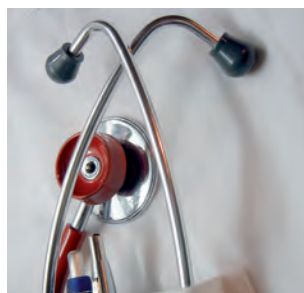


CENTRO DE
POLÍTICAS
PÚBLICAS UC

TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

Ética y responsabilidad social de las instituciones en el sistema de salud chileno

FRANCISCO JAVIER LÉON
Facultad de Medicina



Ética y responsabilidad social de las instituciones en el sistema de salud chileno¹

FRANCISCO JAVIER LEÓN CORREA²
Facultad de Medicina

Introducción

Un conocido bioeticista norteamericano, Mark Siegler, ha descrito recientemente las cuatro etapas que ha seguido, a su juicio, la bioética en Estados Unidos (Siegler, 2011): una primera fase paternalista, en los setenta, donde decidía el médico y el paciente obedecía; una segunda, en los ochenta, basada en la autonomía del paciente, donde este decidía y el médico implementaba la solución; una tercera etapa, en los noventa, donde ya no deciden ni los médicos ni los enfermos, sino los gerentes de las empresas de salud; y una cuarta, en los primeros años del siglo XXI, donde se establece un modelo ético de decisiones compartidas entre todos, donde se valoran los criterios ofrecidos desde las diferentes disciplinas y se llega a acuerdos.

En el contexto actual no es posible seguir con un sistema institucional paternalista de decisiones unilaterales de los profesionales o de las instituciones, ni tampoco es viable para Chile un sistema contractual de obligaciones de servicios médicos “comercializados”, o una medicina a la defensiva amparada en el consentimiento informado del enfermo o sus familiares y temerosa de posibles denuncias. Por el contrario, parece mucho mejor para todos, profesionales, pacientes e instituciones de salud, una medicina de decisiones compartidas. La nueva Ley 20.584 de derechos y deberes de las personas en la atención de salud que entró en vigencia el 1° de octubre de 2012, apunta en esa dirección. En ella se contemplan los derechos y también los deberes de

los pacientes frente a los profesionales que les atienden, pero también frente a las instituciones de salud. Sin embargo, no aparecen en esta ley los derechos de los usuarios frente al sistema de salud, qué asistencia es la que tienen derecho a recibir en el sistema público o en el privado, solo se dice que deberán recibir atención entregada “oportunamente” y “de calidad”. Ante esto, se entiende que otros aspectos de la reforma sanitaria atienden a esa oportunidad y calidad que debe tener por justicia nuestro sistema de salud.

Con la reciente aprobación de la ley de derechos y deberes de los pacientes, se culmina el proceso de reformas legales. El modelo de atención que propone esta reforma promueve claramente la participación de los pacientes en los procesos de decisión dentro de la relación clínica, tanto a nivel del médico con el enfermo, como de los pacientes frente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, lo cual se considera como positivo. Sin embargo, estas instituciones deben afrontar el reto de dar esa atención de calidad, donde el respeto de los derechos y deberes mutuos de profesionales y usuarios es una parte fundamental, pero donde también deben seguirse los criterios de responsabilidad y solidaridad social, más allá de la estricta justicia. Para esto, nos parece fundamental seguir profundizando en los criterios éticos que deben seguir las instituciones de salud.

Los problemas de ética clínica tienen un primer nivel, que es el de la relación entre los médicos y los profesionales de la salud en general, con los pacientes, con las

¹ Una versión preliminar de este trabajo fue presentada en una mesa de discusión organizada por el Centro de Políticas Públicas UC el 7 de noviembre de 2012. En la ocasión comentaron el documento el Dr. Manuel José Irrarrázaval, el Dr. Rodrigo Salinas y la Dra. María Inés Gómez.

² Doctor en Filosofía y magister en Bioética. Desde el año 2005 es presidente de la Sociedad Chilena de Bioética y desde el 2009 de la Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética (FELAIBE). Desde noviembre de 2012 es presidente de la Comisión Ministerial de Ética de la Investigación Biomédica de Chile.

personas que se atienden en salud. De una relación muy paternalista, aún visible en algunos profesionales y en parte de los pacientes, se está pasando a otros modelos de relación. Uno de ellos, presente en Chile en algunos sectores de alta tecnología, se caracteriza por una relación comercial, donde el médico se presenta como un técnico que informa y ofrece servicios a unos clientes cada vez más exigentes. En otros, el médico adopta un criterio contractual, manteniéndose en una relación de derechos y deberes de justicia y no maleficencia, ante un paciente demandante, aunque más bien pasivo. La judicialización de las demandas, aunque todavía mucho menor que en otros países de nuestro entorno, impulsa también una medicina defensiva que se traduce en no realizar ni arriesgar nada que no esté aprobado por el paciente, y en sumar pruebas diagnósticas a veces injustificadas. Finalmente, está cada vez más extendido el modelo de decisiones compartidas, en que el médico decide conjuntamente con el paciente o los familiares, quienes participan activamente en la toma de las decisiones mediante el consentimiento informado.

Pero los profesionales de la salud no están solos ante el paciente. Muchos de los dilemas éticos que tienen se deben a problemas con la institución o instituciones en las que se desenvuelve la mayoría de la atención en salud actualmente. Las consultas privadas de los médicos, aún importantes, se han reducido en número de horas respecto al tiempo que dedican a la atención de pacientes en clínicas, hospitales y en instituciones de salud, donde los criterios organizacionales cuentan y a veces pueden enfrentarse a los criterios clínicos. Si en el paternalismo el médico decidía solo, y en algunos modelos era el paciente autónomo el que tomaba las decisiones, podemos decir que actualmente las decisiones en gran parte las toman también los gerentes y directivos de las instituciones, y los que definen las políticas y reformas del sistema de salud. Entre el médico y el paciente median el hospital, la clínica, las instituciones de seguros de salud públicas y privadas, además de las Garantías Explícitas en Salud (GES) que se han establecido como país, todo en un sistema configurado por las decisiones de los que lo conforman, por las políticas que se intentan desde el Ministerio de Salud (Bastías y Andia, 2007), y por las leyes vigentes.

La actividad de atención de la salud se presta actualmente, en su mayor parte, en instituciones complejas, con equipos de salud regidos por políticas públicas o por idearios institucionales. Es fundamental, por tanto, que las instituciones pongan en un primer plano los valores

éticos de la atención en salud como garantía de una calidad de atención que va más allá de los criterios de excelencia y gestión empresarial, por encima de los criterios economicistas o de rentabilidad económica, en lo que se ha denominado una fundamental “apuesta ética en las organizaciones sanitarias” (García, 2005), que debe estar presente también en el sistema nacional de salud y en las políticas de salud.

Es necesaria la incorporación de principios éticos y de responsabilidad social de las instituciones del sistema de salud en el nuevo marco legal, y debe existir un correlato institucional pertinente con los cambios en el modelo de atención que se está tratando de impulsar desde el sistema de salud, frente a los desafíos que plantea la relación médico-paciente-instituciones. En este sentido, se hace importante adecuar estos principios según el marco legal existente y seguir avanzando en la institucionalización de la ética y la responsabilidad social en nuestro sistema de salud.

Esta visión se ha integrado en parte en Chile a través del proceso de acreditación de la calidad en los hospitales públicos y privados, donde uno de los estándares exigidos es el cumplimiento de los derechos de los pacientes, a través de la actuación de los Comités de Ética Asistencial (CEA) creados para proteger y promover esos derechos. Muchas instituciones de salud han promovido la creación de estos comités con motivo de la acreditación oficial en marcha, pero es importante entender bien su función más allá de los procesos de certificación de calidad asistencial. También los Comités de Ética Científicos (CEC) han desarrollado una muy meritoria tarea de protección de los derechos de los enfermos que participan en los protocolos de investigación biomédica y social.

Es urgente, como política pública de salud, potenciar la tarea de los comités de bioética, tanto los CEA como los CEC, así como la puesta en marcha y funcionamiento de la Comisión Nacional de Bioética, creada en el 2006 a través de la Ley 20.120 que regula la investigación científica en seres humanos, pero que aún está sin constituirse. Esta Comisión es por ley la encargada de asesorar las políticas públicas en lo que respecta a los aspectos éticos de las innovaciones e investigación biomédica, y también de la legislación que sobre estas materias se promulgue, así como de difundir la formación en bioética de todos los profesionales de la salud, directivos de las instituciones, legisladores y de la sociedad en general.

El objetivo fundamental de este trabajo es destacar los elementos más relevantes para la discusión respecto a la ética y responsabilidad social de las instituciones de

salud, a la luz del nuevo marco de la reforma en salud en Chile y la legislación vigente, y los principales desafíos que se presentan en materia de institucionalización de la bioética en el ámbito de las instituciones de salud.

1. Responsabilidad social, ética institucional y modelos de calidad de la atención en salud

Al hablar de responsabilidad social de las empresas, la dimensión a la que curiosamente se le da menos espacio y reflexión es a la dimensión ética y a los valores de carácter moral asociados a la misma. La responsabilidad es una noción central de la dimensión moral, que nos lleva a prever las consecuencias que se derivan de nuestras acciones y al cuestionamiento crítico de las causas y razones que las propician. Lejos de ser indiferentes, las razones que subyacen a la puesta en práctica de la responsabilidad social, representan los motivos por los cuales las empresas y, por supuesto, sus gestores, asumen el compromiso ético más allá de los límites de la responsabilidad puramente legal.

Tanto los sujetos como las instituciones tienen capacidad de actuar y libertad de elección, y los que toman las decisiones pueden tratar de minimizar los riesgos y evitar peores consecuencias. Ser consciente de esto y actuar en consecuencia, es la manera adecuada de ejercer la responsabilidad, y precisamente medir, analizar y prever las posibles consecuencias de la acción, es quizás el rasgo más característico que podemos aplicar a las instituciones, que deben seguir por tanto, un proceso deliberativo sobre lo que está en su poder y lo que es modificable, sobre los medios a disponer, las alternativas de acción y las consecuencias, de modo similar a como llegan a un consejo prudente los comités de ética en las instituciones de salud.

Cortina y Conill (2005) han dedicado amplia atención al tema de la ética de la empresa y de la organización, destacando que solo en ámbitos cerrados las empresas pueden moverse regidas únicamente por normas. La mayoría de los grupos humanos y de las empresas, por tanto, deben orientarse por valores, que pueden ser más o menos morales, más o menos humanizadores o deshumanizadores. No existen empresas amorales, como no existen tampoco personas amorales.

En el ámbito de la salud, se ha desarrollado enormemente en estos últimos años la ética de la empresa al igual que otras éticas aplicadas (Hall, 2000; Ozar *et al.*, 2000; Spencer *et al.*, 2000), lo que muestra en definitiva, una

vuelta del humanismo a la actividad empresarial, parecida a la ligazón entre humanidades y ciencia biomédica que realiza la bioética.

Esos valores deben ser promovidos en la atención de salud y forman el fundamento de una ética organizacional e institucional básica en la salud pública, que considere tanto los derechos como las necesidades humanas, y los deberes de las instituciones públicas de salud.

El primero de esos deberes éticos es la responsabilidad institucional. Las deliberaciones de las políticas públicas tienen que ver con decisiones colectivas, que tornan cualquier programa sanitario en una política pública de tipo impersonal, pues está limitada por vínculos institucionales. Por tanto, se deben analizar éticamente estas políticas públicas, atribuirles claramente responsabilidad, con acciones determinadas y legitimadas colectivamente.

El bien interno o deber ético básico del médico es respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, y el fin último de la práctica sanitaria consiste en realizar las acciones adecuadas para proporcionar el mayor bien posible a la salud del paciente, de forma que muchos de los conflictos que impiden alcanzar el bien social, la salud en nuestro caso, derivan de la confusión de este bien interno con los bienes externos que necesariamente acompañan a toda práctica, como son el dinero, el poder o el reconocimiento. Ambos tipos de bienes son necesarios, pero el problema aparece cuando se confunden y los bienes externos ocupan el lugar de los internos, tanto en el plano del ejercicio profesional, como en los objetivos de las instituciones.

La responsabilidad institucional es fundamentalmente entonces evitar la corrupción, la ineficiencia y la mala resolución de los conflictos de intereses que afecten de modo perjudicial a los pacientes. En este sentido, lo primero, es no hacer y evitar la maleficencia. Las instituciones, y más aún las de salud, son actores con responsabilidad propia en la atención y prestación de salud, y la responsabilidad exige en primer lugar responder por los errores o la maleficencia causada, y en seguida, dar a cada uno lo que le corresponde, con igual consideración para todos los pacientes, con justicia distributiva.

Pero más allá de cumplir con la justicia, toda institución de salud tiene la necesidad de desarrollar un modelo de calidad y acreditación de la excelencia en la asistencia prestada, que es hoy en día uno de los pilares básicos para generar la confianza de los pacientes-usuarios:

“cualquier cosa menor que la excelencia resulta insuficiente” (González, 2005: 63).

Para esto se han desarrollado modelos de calidad y de acreditación muy variados, y en todos encontramos criterios y estándares que tienen que ver directamente con los valores morales y con los derechos de justicia de los pacientes. Ha surgido así una ética de las organizaciones sanitarias, más allá de la bioética clínica, centrada en los modelos de acreditación de la calidad asistencial e institucional, a partir de las iniciativas de la *Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations*³.

Cada uno de los diferentes modelos de acreditación de las instituciones de salud tiene incorporados, de un modo u otro, determinados valores éticos. El modelo chileno de acreditación de instituciones de salud, basado en las normas de calidad ISO, pretende “que las personas reciban una atención de calidad y más segura al momento de recurrir a un prestador (...). La Acreditación permite que a las personas que concurran a un centro de salud acreditado, además de recibir las prestaciones del sistema AUGE, se les garantice que la atención que se otorga en dicho centro asistencial cuenta con estándares y protocolos establecidos que aseguran la calidad de la atención de los pacientes y, a su vez, permiten minimizar los errores de procedimiento” (MINSAL, 2012). En la actualidad, el proceso de acreditación es voluntario, pero a contar del 1° de julio del 2013 será exigible para todos los hospitales y clínicas (prestadores de atención cerrada) que pretendan seguir entregando prestaciones a pacientes con patologías AUGE. De lo contrario, si a esa fecha no están acreditados, se verán impedidos de otorgar este beneficio a los usuarios del sistema de salud.

Más allá del tema de la calidad, las empresas de salud tienen ciertas características que provocan problemas éticos específicos: (i) quien paga los servicios no es generalmente el usuario, sino una agencia gubernamental o una empresa de seguros; (ii) los servicios que se ofertan no los deciden libremente los médicos de la institución, sino que vienen determinados en muchas ocasiones; (iii) el usuario es especialmente vulnerable por la propia enfermedad; (iv) el bien que se oferta, la salud, es un bien básico de la persona; (v) existe una gran asimetría entre la oferta

de servicios de salud y la demanda de una medicina del deseo sin límites; y finalmente, (vi) en toda organización de salud intervienen los gestores en busca de la eficiencia, por una parte, y el personal sanitario, por otra, quienes ven en el bien del paciente el fin de su profesión. Conviene así dos tipos de ética diferentes, como bien señalaba Dworkin (1977), una guiada por el principio del rescate, de la convicción ideal del bien –la del médico–, y otra –la del gerente– guiada por el principio del asegurado prudente, de la responsabilidad ante los costes.

La propuesta metodológica para superar esta dicotomía desde la ética de la empresa ha sido la de los *stakeholders*. Una organización sanitaria tiene que asumir responsabilidades frente a las exigencias, demandas o intereses legítimos no solo de sus accionistas (*shareholders*) sino también de sus *stakeholders*, o partes interesadas (cualquier individuo o grupo que puede afectar o ser afectado por el logro de los objetivos de la organización). “Esta teoría es relevante porque desde ella se pueden abordar no solo las buenas prácticas sanitarias en el ámbito profesional, sino también en el ámbito organizacional, ayudando a comprender y explicar los posibles conflictos de valores, de lealtades, de compromisos y de intereses” (González, 2005: 79).

La institución y todas las partes interesadas forman una comunidad compartida y deliberada sobre los principios morales mínimos de justicia cuando evalúa las decisiones y prácticas organizacionales, en una fase analítico-descriptiva, y la generación posterior de estrategias ético-normativas que todos puedan asumir como propias. Y esto, en tres niveles de deliberación ética que necesitan de ayuda concreta: a nivel de valores (declaración de valores de la institución); a nivel de principios éticos (códigos de ética profesionales); y a nivel de normas (guías de buenas prácticas clínicas y guías éticas específicas sobre los problemas más corrientes en la asistencia de salud en la institución, con ayuda de los comités de ética asistencial).

Para aplicar la responsabilidad social en una institución de salud, hay que realizar prácticas éticas transparentes, establecer criterios de referencia claros y verificables, exigir la comprobación de los datos por agentes independientes, delimitar bien el tipo de información que

³ Organización estadounidense independiente y sin fines de lucro, que acredita y certifica programas y organizaciones dedicadas a la atención de salud (www.jointcommission.org).

como institución debe facilitarse, garantizar la fiabilidad del procedimiento de evaluación y establecer auditorías (Arrieta y De la Cruz, 2005). Es lo que se denomina en el modelo estadounidense *accountability*, la responsabilidad por los actos y omisiones, y el cumplimiento de los compromisos o requerimientos en relación con las políticas empresariales, de forma que se establezcan relaciones de confianza.

Uno de los modos, que va más allá de respetar una carta de derechos y deberes de los pacientes y no está contemplado en la ley chilena, es también transparentar y dar a conocer los resultados clínicos propios de cada institución, de modo que el usuario pueda conocer los costos aproximados de las intervenciones que va a recibir, pero también la eficacia comprobada de los profesionales que le van a atender. Esto facilitaría un adecuado proceso de consentimiento informado y participación de los pacientes en las decisiones.

2. Ética institucional y principios bioéticos

Se han propuesto diversos sistemas de fundamentación de los principios éticos que deben articular la bioética. Sin entrar ahora a fondo en esta discusión, es conveniente señalar que parecen insuficientes las propuestas meramente principialistas, propias de la bioética estadounidense, pero no de la latinoamericana ni de la europea, que se basan en una ética procedimental que ayude a tomar decisiones difíciles en el ámbito clínico (García Llerena, 2012). Es necesaria una fundamentación más universal de los valores, principios y normas éticas. No podemos quedarnos solo en las normas que expresan los consensos sociales o legales que se han alcanzado en la comunidad en general, o en las guías ético-clínicas en particular. Se deben tener presente los bienes o valores fundamentales

que se resguardan con la atención en salud, especialmente los bienes humanos básicos de la vida y la salud, así como el de la libertad personal. Por otra parte, es importante saber aplicar los principios éticos fundamentales que ayuden a clarificar los casos concretos y adecuarlos a los valores más universales: los principios fundamentales de no maleficencia y beneficencia, propios de la tradición hipocrática de la medicina, más la aportación contemporánea de la justicia y la autonomía como esenciales en la atención de salud, sin olvidar los de responsabilidad y solidaridad que deben completarlos.

Es preciso desarrollar los principios secundarios o intermedios necesarios para delimitar y concretar en la práctica los grandes principios generales. ¿Qué es la justicia en un caso ético-clínico concreto? Puede ser el respeto a un derecho, puede ser la protección de un paciente vulnerable, puede ser no discriminar de modo injusto los recursos en una decisión de limitación de tratamientos. Es necesario concretar más en cada uno de los principios y verlos no solamente en la relación médico-paciente, sino también como principios éticos que deben seguir las instituciones de salud y que tienen que ver directamente con la protección de los derechos, promoción de los deberes y virtudes necesarias en el ámbito biomédico. Así se unen y complementan una bioética de principios y una bioética de virtudes, una ética deontológica con una ética teleológica, y también una visión personalista con una visión de una ética social.

A continuación se presenta un cuadro resumen con los principales principios bioéticos generales y secundarios que debieran regir la atención de salud, tanto en el ámbito clínico (en la relación médico-paciente), en el ámbito institucional, y en el ámbito social (Ministerio de Salud-sociedad).

Cuadro 1 | Principios de bioética clínica, institucional y social

Principios	Bioética clínica (Médico-paciente)	Bioética institucional (Institución-médico-usuario)	Bioética social (Ministerio de Salud-sociedad)
No maleficencia	Deber de no abandono	No abandono institucional	No abandono social
	Precaución	Precaución: sistemas de seguridad	Prevención de salud
	Responsabilidad profesional	Responsabilidad institucional	Responsabilidad política
Justicia	Respeto de los derechos de los pacientes	Respeto de los derechos de los pacientes	Promoción de los derechos
	Equidad	Equidad en el acceso a la atención de salud	Priorización de la salud
	Equidad en el reparto de recursos	Equidad en recursos escasos	Seguimiento de inequidades
	Protección al más débil	Protección de la población vulnerable	Discriminación positiva
	Eficiencia profesional	Eficiencia institucional	Control, acreditación
	Continuidad de la atención	Sostenibilidad de la atención	Sostenibilidad del sistema
Autonomía/ Confidencialidad	Consentimiento informado	Participación de los pacientes	Control social de la salud
	Promover la competencia	Participación de la familia	Participación de la comunidad
	Responsabilidad: deberes	Educación en salud institucional	Prevención/educación
	Confidencialidad	Custodia de la información y confidencialidad	Control de la confidencialidad
Beneficencia/ Solidaridad	Calidad de vida y cuidado	Calidad asistencial	Calidad del sistema
	Excelencia profesional	Excelencia institucional	Acreditación
	Humanización del cuidado	Planes de humanización institucional	Acreditación
	Solidaridad: compasión	Solidaridad institucional	Subsidiariedad

Fuente: elaboración propia.

Desde los principios bioéticos expuestos anteriormente, aplicados a las instituciones de salud, se pueden exponer algunas reflexiones puntuales (León, 2009):

La **no maleficencia** es primariamente no dañar física o psíquicamente, evitar el dolor físico y el sufrimiento psíquico. Puede concretarse en tres principios: deber de no abandono del paciente o sujeto de investigación; principio de precaución, que nos ayuda a evitar cualquier mala *praxis*, a nivel del equipo clínico y de la institución; y principio de responsabilidad ante las consecuencias de las decisiones ético-clínicas, o de la toma de medidas en una institución o en salud pública.

El principio de **justicia** es primariamente dar a cada uno lo suyo, lo debido, a lo que tiene derecho, pero a su vez contiene otros principios, a saber:

- a) Principio de respeto a los derechos o a la legalidad vigente, lo que implica ver al paciente o usuario como un sujeto de derechos legítimos, teniendo claridad en los derechos y deberes mutuos de los profesionales de la salud y los pacientes, y entre ellos y el sistema.
- b) Principio de equidad, que es distribuir las cargas y beneficios equitativamente, más que el mero equilibrio entre costes/beneficios o recursos/servicios prestados. Primero consiste en no realizar discriminaciones injustas y segundo en la igualdad en las posibilidades de acceso y en la distribución de los recursos de la salud, al menos dentro del mínimo ético exigible en cada situación concreta.
- c) Principio de protección, para conseguir efectivamente un nivel adecuado de justicia con los más vulnerables o ya vulnerados, en la atención de salud o en la investigación biomédica.

- d) También pertenece a la justicia el deber de eficiencia a nivel profesional, institucional o del propio sistema de salud. Es exigible la eficiencia a los profesionales que trabajan en el sistema de salud, a las instituciones privadas o públicas que están dentro de una medicina gestionada que debe necesariamente racionalizar el gasto. Aquí es primordial poner el fin de la salud –propio del profesional y del sistema– por encima del fin económico, importante pero secundario.
- e) A nivel institucional, es un deber asegurar la sostenibilidad del sistema y la continuidad de la atención al usuario, y es un deber de justicia prioritario para el sistema de salud asegurar la sostenibilidad de las prestaciones que se ofrecen a los ciudadanos.

En cuanto al principio de **autonomía**, no es solamente el respeto por las decisiones libres, voluntarias e informadas del paciente, a través del proceso del consentimiento informado. Existe también más allá del deber ético de los profesionales de promover la competencia, ayudar –sin paternalismos– a que el paciente pueda ejercer una libertad responsable. No se trata de una autonomía individualista, en muchos casos, sino del individuo en el ámbito familiar, y a veces comunitario, más amplio. De hecho coexisten en nuestros países dos modelos, el de la salud privada y el de la salud pública. Pero no es posible mantener la idea de que lo privado sería el ámbito del paciente que desea ser autónomo, mientras lo público queda –de hecho, no en los teóricos derechos– como el ámbito de la beneficencia y la justicia. Este planteamiento sería radicalmente injusto. También corresponde al principio de autonomía la participación de todos los ciudadanos en el control social y en la elaboración de las políticas de salud públicas, o en las líneas de investigación biomédica.

Por último, el principio de **beneficencia**, es hacer al paciente el mayor bien posible según su propia escala de valores. En primer lugar, supone atender el bien de la calidad de vida del paciente como fin propio de la medicina: no solamente curar, sino cuidar y dar la mejor calidad de vida posible. Calidad de vida se entiende así como un bien del paciente, y no solo como un instrumento o principio instrumental para medir la proporcionalidad de un determinado tratamiento. La calidad de la atención conlleva varios aspectos: excelencia en cuanto a obtener los mejores resultados, valor en cuanto al precio de los servicios ofrecidos, ajuste a unas determinadas especificaciones o estándares, y satisfacción de las expectativas de los usuarios. Esto se puede conseguir mediante los compromisos explícitos de las instituciones

a través de las Cartas de Servicios, por ejemplo, y mediante los procesos de acreditación de las instituciones de salud. Se requiere también una medicina mucho más cercana al paciente, con una relación más personal, mas humanizada, tanto por parte del médico y demás profesionales de la salud, como por parte de la institución, por ejemplo, con planes concretos de humanización de la atención que se presta.

Y también es imprescindible el principio de **solidaridad**, más allá de la justicia, tanto a nivel social como individual. Una sociedad puede implementar un sistema que generalice la asistencia en salud a todos, con prestaciones de alta calidad si lo permite el desarrollo económico, pero podría ser calificado como deshumanizado, distante, no acogedor por parte de los usuarios, y puede dar lugar a un aumento de las quejas o a una mala percepción de la atención recibida. Mientras que por el contrario, un sistema con menos recursos –económicos y humanos– como el sector de salud público chileno, ve compensadas sus deficiencias actuales por una solidaridad benéfica desde la propia sociedad o los individuos. Pero existe también un deber ético de solidaridad por parte de todos los ciudadanos comprometidos con la justicia y por parte de las instituciones públicas a todos los niveles, que para un Estado solidario se convierte en deber de subsidiariedad allí donde no llegue la iniciativa particular de los ciudadanos.

3. Institucionalización de la bioética: los Comités de Ética en Latinoamérica y en Chile

Durante los años ochenta en Estados Unidos y un poco más tarde en Europa y Latinoamérica, se crean los comités de bioética para fomentar el diálogo y el debate en torno a una multiplicidad de cuestiones bioéticas contemporáneas. Según la Guía de creación de comités de bioética de la UNESCO (2005), todo comité de bioética se encarga de abordar sistemáticamente y de forma constante la dimensión ética de: (i) las ciencias de la salud, (ii) las ciencias biológicas, y (iii) las políticas de salud innovadoras. Típicamente, dicho comité está integrado por diversos expertos, tiene carácter multidisciplinario y sus miembros adoptan distintos planteamientos con ánimo de resolver cuestiones y problemas de orden bioético, en particular dilemas morales relacionados con la bioética.

Al principio cumplen funciones de asesoramiento en casos ético-clínicos y también de revisión de los protocolos de investigación para velar por los pacientes incorporados a las investigaciones biomédicas. Enseguida se dife-

rencian en su actividad y se crean los Comités de Ética Asistencial o Clínica, y los más específicos Comités de Ética de Investigación, o Comités de Ética Científicos, como se les ha denominado en Chile.

Según la normativa chilena, las funciones de los Comités de Ética Asistencial son las siguientes: (i) Asesorar, mediante la metodología de análisis ético clínico, a pacientes o prestadores en el proceso de toma de decisiones relativo a aquellos dilemas éticos que se susciten como consecuencia de la labor asistencial; (ii) Contribuir a la protección de los derechos de los pacientes y usuarios en su relación con los prestadores, y proponer a la institución medidas adecuadas para su cumplimiento; (iii) Velar por el respeto a la dignidad, autonomía e intimidad de las personas que intervienen en la relación clínica; (iv) Elaborar y proponer el reglamento de régimen interno; (v) Proponer a la institución protocolos y orientaciones de actuación de carácter preventivo para enfrentar situaciones en que puedan surgir conflictos éticos; (vi) Promover y colaborar en la formación en bioética de los funcionarios de la institución, así como la de los miembros del propio comité y del equipo directivo de la institución a la que pertenezca; y (vii) Elaborar una memoria anual de sus actividades y remitirla a la dirección correspondiente y a la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Frente a esta función asesora, que no reemplaza la responsabilidad de la decisión del médico tratante o de la institución, los Comités de Ética de Investigación o Científicos, por su parte, sí tienen un carácter decisorio: sin su permiso no se puede comenzar las investigaciones en un hospital o institución de salud, y pueden realizar sugerencias, pero también recomendaciones de estricto cumplimiento por parte de los investigadores.

En junio del año 2011 tuvo lugar el VIII Congreso de la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética (FELAIBE), y a la vez, las XII Jornadas Nacionales de la Sociedad Chilena de Bioética. Ya se cumplieron veinte años de la fundación de la FELAIBE, y en estos años se han sucedido diversos congresos, la creación de centros, asociaciones, y sociedades de bioética en muchos de los países latinoamericanos. Lo que en un principio era meta ideal e ilusión de unos pocos médicos y académicos de algunos países, que se planteaban difundir el interés por esta nueva disciplina, hoy en día es una realidad. La bioética ha aportado a la reflexión y al debate público de los principales temas valóricos relacionados con la vida y la ciencia, se ha introducido en los currículos académicos

y la formación de pregrado de bastantes carreras de la salud y también de otras, y en la formación continua de posgrado de muchos profesionales, a través de diplomas y maestrías por toda Latinoamérica.

Se ha extendido en bastantes países la constitución y el trabajo de los comités de ética, tanto de ética de la investigación biomédica, como de ética asistencial o clínica, en instituciones de salud, aunque aún no tienen todo el desarrollo que desearíamos.

Están ya mucho mejor coordinados a nivel de cada país los comités de ética de la investigación y funciona desde hace algunos años la Federación Latinoamericana de Comités de Ética de Investigación, aunque en algunos países falta coordinación interna. Es mucho menor la coordinación de los comités de ética asistencial, y pensamos que es un reto apoyarlos, ayudar con las mutuas experiencias, con ofertas de mayor formación de sus miembros, y conseguir así que tengan el reconocimiento institucional debido.

El Dr. Andrés Peralta, de República Dominicana, ha realizado recientemente una encuesta dirigida a Comités de Ética Asistencial (CEA) de toda Latinoamérica, para analizar sus fortalezas y debilidades. Según las respuestas de 472 CEA de 20 países, se pueden rescatar como las principales debilidades: la existencia en pocos países de disposiciones legales y administrativas gubernamentales para regular los comités de ética asistencial; la falta de apoyo institucional que se describe como carencia de un espacio físico para el comité, la falta de insumos, o de apoyo en las tareas administrativas; las funciones *ad honorem* de los miembros de los CEA, que son percibidas como trabajo agregado y responsabilidad mayor, lo cual se traduce en disminución del interés en participar en los CEA y en la eficiencia de los mismos; la ausencia de reuniones regulares de los CEA de varios países; la concentración de los CEA en instituciones ubicadas en las ciudades capitales de los países; la no existencia de profesionales calificados en ética asistencial que orienten el proceso de consolidación de los comités; la no existencia de criterios definidos para la nominación de los miembros; y finalmente, la indiferencia de las instituciones de algunos países para la protocolización de los procedimientos médicos y pobre responsabilidad de las autoridades para tomar la iniciativa (Peralta, 2011).

Como vemos, son bastantes las dificultades presentes en el trabajo de los CEA, pero cada día son más los profe-

sionales formados en bioética que participan en estos comités, y existe también un interés creciente de los profesionales del ámbito de la salud por los estudios de bioética, así como debilidades identificadas que pueden ayudar a indicar el camino por donde hay que seguir avanzando en esta materia.

En Chile, los comités de ética de investigación, denominados Comités de Evaluación Ético-Científicos (CEC), surgen con la norma 57 del Ministerio de Salud de 2001, que regula la ejecución de ensayos clínicos que utilizan productos farmacéuticos en seres humanos. Estos comités se crean en la mayoría de los servicios de salud regionales, y en algunos de los hospitales públicos y privados. La Ley 20.120 de 2006, que regula la investigación en seres humanos, regula también estos comités, y establece que en el plazo de un año debe aprobarse un reglamento para su funcionamiento. Después de muchas propuestas y consideraciones de todos los implicados, no se pudo llegar a un acuerdo con las autoridades del Ministerio de Salud, y se ha retrasado el reglamento de los CEC hasta ahora, aunque ya parece próxima su aprobación.

La falta de referencias legales también ha implicado la falta de asistencia y promoción desde el Ministerio de Salud en estos años. Los CEC han desarrollado una valiosa tarea de supervisión y aprobación de los protocolos de investigación con muy pocos medios y apoyo institucional.

Por su parte, los Comités de Ética Asistencial (CEA) se crearon en bastantes hospitales a partir de 1994. La norma general técnica exenta 134 reguló su creación, composición y funciones, y fijó las atribuciones de los Comités

de Ética en los hospitales de tipo 1 y 2. En el artículo 2, expone: “El Comité de Ética Asistencial es un órgano interdisciplinario de carácter consultivo, creado para analizar y asesorar sobre los dilemas éticos que se suscitan como consecuencia de la labor clínica, ayudando con esto a mejorar la calidad de la atención de salud y a proteger los derechos de las personas en relación a ella. La labor del Comité se considera parte integrante de la labor asistencial”. Tampoco se ha aprobado en estos años ningún reglamento de los CEA, que se han desarrollado y constituido en diversas instituciones de salud.

Desde la Sociedad Chilena de Bioética se ha realizado un esfuerzo por ayudar a la constitución y desarrollo de los CEC y CEA en estos años, con la creación en diciembre del 2011 de una red nacional de comités, que sirva para coordinar su funcionamiento y aumentar la colaboración y trasmisión de experiencias entre ellos. Como se observa en el Cuadro 2 y 3, existen y funcionan de modo regular actualmente, 42 CEA, de ellos solamente 13 en regiones y 29 en Santiago: 18 en hospitales, 2 en institutos de salud, 3 en servicios de salud y 6 en clínicas. En cuanto a los CEC, funcionan en total 36, de ellos 10 en regiones y 26 en Santiago: 6 en los servicios de salud, 9 en hospitales, 5 en clínicas, y 3 en universidades, más un comité de ética de la investigación en ciencias sociales, y 2 de bienestar animal⁴.

Los datos son provisionales, ya que actualmente se están creando comités de ética en bastantes instituciones. De todas formas, en estos últimos años, se han implementado más en las instituciones de salud del ámbito público que en el privado.

Cuadro 2 | Comités de Ética Asistencial en Chile

	Santiago		Regiones		Total		
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Total
Hospitales	11	7	10	3	21	10	31
Instituciones de Salud	2	-	-	-	2	-	2
Servicios de Salud	3	-	-	-	3	-	3
Clínicas	-	6	-	-	-	6	6
Total CEA	-	-	-	-	26	16	42

Fuente: elaboración propia en base a información de la Sociedad Chilena de Bioética.

4 www.bioeticachile.cl

Cuadro 3 | **Comités de Ética Científicos en Chile**

	Santiago		Regiones		Total		
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Total
Hospitales	3	4	-	-	3	4	7
Instituciones de Salud	6	-	7	-	13	-	13
Servicios de Salud	2	4	3	4	5	8	13
Clínicas	-	4	-	-	-	4	4
Total CEA	-	-	-	-	21	16	37

Fuente: elaboración propia en base a información de la Sociedad Chilena de Bioética.

Recientemente se han realizado también propuestas de constitución de los CEA en la atención primaria de salud (León *et al.*, 2010), con la experiencia existente desde hace algunos años en el Centro de Salud Familiar Cristo Vive. La idea original es que los CEA de cada hospital sirvieran de referencia para todo el área de salud que abarcan, pero de hecho, hay una tajante separación de la atención primaria y la especializada, los problemas éticos planteados son muy diferentes, y deben resolverse en cada ámbito con la participación en los CEA de los profesionales de cada institución prestadora de servicios de salud. En el año 2012 se han creado tres CEA en dos centros de salud familiar públicos y en un servicio de salud municipal. Estas primeras experiencias van a ser muy valiosas para su posible generalización, y deberían formar parte de la más amplia reforma de la salud en el ámbito de la atención primaria (Télez, 2006; Montero, Télez, Herrera, 2010).

Se ha resaltado asimismo la importancia de los comités de ética en la reciente ley de derechos y deberes de las personas en la atención de salud. En esta ley se le dan más atribuciones a los CEA, y se impulsa su creación. Tanto los prestadores de salud institucionales como los individuales —médicos, enfermeras, kinesiólogos, etc.— deben tener un CEA de referencia al que puedan acudir para resolver dudas o solicitar ayuda en la toma de decisiones, tanto los profesionales como los propios pacientes o sus familiares. Por otra parte, como ya se ha mencionado, el proceso de acreditación de la calidad en los hospitales públicos y privados también ha contribuido en la creación de estos comités, ya que considera como uno de los estándares exigidos, el cumplimiento de los derechos de los pacientes a través de la actuación de los Comités de Ética Asistencial, creados para proteger y promover esos derechos.

4. Las Comisiones Nacionales de Bioética en Latinoamérica y en Chile

La bioética surge precisamente de los comités especializados a los que se encarga analizar los problemas éticos de la investigación biomédica en Estados Unidos a finales de los setenta: la Comisión Belmont redacta el Informe Belmont, en el que se intentan definir los principios éticos universales que deberían guiar la investigación científica. En la mayor parte de los países de Europa surgieron grupos interdisciplinarios de Bioética durante los años ochenta y noventa, dirigidos al estudio de esta nueva disciplina de la ética de la vida, que dieron lugar a comisiones y comités, primero en las instituciones, para ampliarse después al ámbito nacional, con la constitución de comisiones nacionales de bioética de carácter permanente o de comisiones *ad hoc* con carácter temporal para resolver o asesorar en un determinado problema.

Estas comisiones son órganos a los que se puede recurrir ante las múltiples y variadas situaciones éticas, para integrar los distintos aspectos interdisciplinarios, establecer los principios de los que deben derivarse las normas a seguir, y hacer que la bioética no se quede en mera reflexión teórica, sino que llegue a ser una realidad pragmática (Núñez, 2003).

En la Declaración de Helsinki (Revisión de Tokio, 1975) ya se hace referencia a ellas antes de que existieran los comités asistenciales clínicos y allí se define que los comités nacionales son responsables de supervisar o aconsejar a los comités de ética protectores de una deontología médica (y también tienen la misión) de ser testimonios de una ética universal, es decir, de una visión generalmente aceptada de la dignidad de la vida

humana y de los límites que no pueden ser franqueados si no se quiere violar esta dignidad. Se denominan comités, aunque más tarde se irá imponiendo el nombre de comisiones, y pronto dejan de referirse tan exclusivamente a la deontología médica y se amplían al campo de la Bioética, especialmente en el ámbito clínico y de la atención en salud.

En el mismo congreso de FELAIIBE mencionado anteriormente, se expuso asimismo la situación actual de las comisiones nacionales de bioética en cada uno de los países que participaron (León, 2011). En resumen, se puede definir la misión de estas comisiones como una reflexión ética sobre la salud, la vida y la persona humana, dentro de las condiciones culturales, sociales, morales y valóricas de un país determinado. Y más específicamente, la reflexión sobre las implicaciones éticas, sociales y legales de los progresos biomédicos en su conjunto, y su repercusión en la práctica y en la investigación biomédica (Kottow, 2007).

Los comités de ética de cada hospital ven y ayudan a resolver los problemas y dilemas concretos cotidianos, no tienen una función normativa; pero es muy importante que toda su experiencia pueda ser analizada y estudiada desde una visión más general, regional o nacional, de forma que pueda servir para asesorar en la legislación sobre bioética, o en la implementación de políticas públicas de salud.

La situación de las comisiones nacionales de bioética en Latinoamérica es muy diversa. Se producen avances y retrocesos, falta de impulso para formarlas, en algunos casos, o para implementarlas y desarrollarlas después de crearlas jurídicamente.

Tanto los comités como las comisiones nacionales son espacios públicos institucionales de deliberación, de diálogo y respeto mutuo, que llevan a acuerdos morales que pueden ser compartidos por todos, adecuados a la realidad cultural y social de cada país. En la medida en que funcionen, también se extenderán los acuerdos y experiencias más allá de las fronteras nacionales a todo el ámbito latinoamericano. Los congresos y reuniones de bioética, y entre ellos, los organizados desde hace veinte años por FELAIIBE, tienen este sentido: crear un espacio moral común donde todos podamos entendernos y afrontar juntos los desafíos éticos. Como comenta Cortina (2004: 28), “justamente en descubrir esos valores compartidos y en aventurar desde ellos respuestas responsables se comprometen las comisiones y asociaciones nacionales e internacionales de bioética, los comités de ética de las instituciones públicas, los comités

de empresas a menudo transculturales, los acuerdos de profesionales de la comunicación, o de otras profesiones. Un mínimo de acuerdos morales traspasa las fronteras y va forjando una ética cívica transnacional”.

En Chile, la Comisión Nacional de Bioética se crea en el año 2006 en la Ley 20.120. Es una institución asesora tanto del poder ejecutivo, como del legislativo y judicial, integrada por nueve profesionales, expertos en bioética, designados por el Presidente de la República con acuerdo del Senado adoptado por los dos tercios de sus miembros en ejercicio. De acuerdo a la ley, sus funciones son asesorar a los distintos poderes del Estado en los asuntos éticos que se presenten como producto de los avances científicos y tecnológicos en biomedicina, así como en las materias relacionadas con la investigación científica biomédica en seres humanos, recomendando la dictación, modificación y supresión de las normas que la regulen. El principal campo que señala la ley es la investigación científica biomédica, aunque es bastante más amplio.

Se trata de una instancia que debe recibir las informaciones de los comités de ética científicos, de investigación, y de los comités de ética asistenciales, sobre los problemas que estén presentes en el país, y a partir de eso, debe elaborar informes, realizar investigaciones, asesorar y proponer leyes o reglamentos, o políticas de salud a los organismos correspondientes, tanto del poder ejecutivo, como del legislativo y judicial. Es una instancia nacional de debate y de búsqueda de consenso desde la reflexión bioética, independiente y asesora.

Según la Ley 20.120, esta comisión ya debería estar en marcha, pero no se ha constituido aún, seis años después, por falta de voluntad política o de suficiente consideración de su importancia. Es de esperar que se cumplan las promesas de una próxima constitución, pues puede significar un gran impulso a la bioética institucional y social en Chile.

5. Los aportes de la Ley de derechos y deberes de los pacientes

La Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, fue aprobada después de una tramitación parlamentaria de once años. De acuerdo a esta ley, los pacientes tienen derecho a una atención oportuna, sin especificar más, pero se entiende que debe estar asegurada por las demás leyes de salud, al menos como meta y principal objetivo de la reforma de salud.

La promulgación de esta ley impulsa un cambio en la relación médico-paciente e institución-usuario. Con el reconocimiento de los derechos y deberes de las personas en la atención de salud por parte de todos los profesionales y de las instituciones prestadoras, se establece la obligación jurídica, y no solamente ética como hasta ahora, del trato humano y el respeto a la dignidad de las personas enfermas, el consentimiento informado, la confidencialidad de los datos de la ficha clínica, la posibilidad de rechazar tratamientos, la participación de los pacientes en las instituciones de salud, etc.

Los temas de justicia distributiva y social no aparecen en esta ley, pero sí incorpora varios aspectos de esa deseada humanización de la atención en salud. En este sentido, es positivo que socialmente se establezca claramente que queremos una mejor, más cálida y compasiva atención por parte de todos los profesionales de la salud, de forma que los prestadores institucionales tienen el deber de velar por un trato digno a los pacientes: que “se utilice un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención” (artículo 5, a), que “se adopten actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas” (artículo 5, b), lo que incluye llamar a los pacientes por su nombre, “respetar y proteger la vida privada y la honra de la persona” y no sacar fotos o filmar sin su previo consentimiento, el cual debe manifestarse por escrito en caso de publicidad o difusión en los medios de comunicación (artículo 5, c).

Una parte fundamental está dedicada a la información al paciente, tanto al iniciar una atención en salud o una hospitalización (artículo 8), como durante la misma (artículo 10) o en el momento de dar el alta médica (artículo 11). Información “oportuna y comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante (...) acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado (...) de acuerdo con su edad y condición personal y emocional” (artículo 8).

También la ley concede más atribuciones a los Comités de Ética Asistencial (CEA). Aunque sus dictámenes son de asesoría y no de obligatorio cumplimiento, sí es obligatoria la consulta –hasta ahora solamente se sugería consultar– en el caso de que los familiares quieran limitar el tratamiento y el médico piense que todavía debe ser proporcionado (artículo 17), cuando la dirección de la institución quiera emitir un alta forzosa (artículo 18), o en casos de esterilizaciones, psicocirugías y otros

tratamientos irreversibles a pacientes con discapacidad mental (artículo 24), en que será necesario un informe favorable del CEA.

La ley establece además, una especial protección a las personas con discapacidad psíquica o intelectual, en casos de internamiento o tratamiento involuntario, medidas de aislamiento, etc. y crea una Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales y comisiones regionales de protección, una en cada región del país (artículo 29). Si bien el objetivo es muy loable, es bastante complicado su cumplimiento para el seguimiento de tratamientos ambulatorios, hospitalización o participación en investigaciones de estos pacientes en todo el país. Una forma más realista de cumplir con este objetivo es trabajar en conjunto con los comités de ética asistencial y los comités de ética científicos de investigación que ya existen, y que tienen la misma misión de velar por los derechos de los pacientes y sujetos de investigación, y especialmente de los más vulnerables.

Tal y como se plantea en la ley, será cada vez más necesaria la presencia de los CEA en todas las instituciones de salud, pues son los garantes de la implementación de esos derechos reconocidos a los pacientes (León Sanz, 2004). Los dilemas éticos de cada institución deben resolverse dentro de la misma, con la deliberación compartida de los propios colegas y la visión interdisciplinaria de los casos ético-clínicos.

Desafíos pendientes

Luego de analizar la situación en Chile con respecto a la institucionalidad en bioética y resaltar los aspectos más relevantes relativos a los principios éticos que debieran regir la atención en salud en el contexto del nuevo marco institucional, a continuación se plantean algunos desafíos aún pendientes para seguir avanzando en este camino.

- Implementar la Comisión Nacional de Bioética, creada por la Ley 20.120 en el año 2006. Es urgente su constitución, para que esta pueda orientar, asesorar y promover la ética de la investigación biomédica, así como la ética de las instituciones de salud. Es fundamental, por la experiencia de bastantes países, que sea una comisión independiente, plural, que impulse el debate valórico en las políticas públicas de salud, y asesore en las leyes que en el ámbito de la bioética deban promulgarse en estos próximos años, así como en el desarrollo e implementación de la actual ley de

derechos y deberes de los pacientes. Tiene la función de asesorar al poder legislativo en la redacción de las leyes, pero también al poder ejecutivo, al Ministerio de Salud en su caso, sobre los aspectos valóricos del sistema de salud y de las políticas de salud, y al poder judicial en la interpretación y aplicación de las leyes para que estas sean cercanas y acordes con los criterios ético-clínicos.

- Impulsar el funcionamiento de los comités de ética científicos que existen y tienen una buena experiencia, y fomentar la creación de muchos nuevos en el ámbito de la investigación académica de las universidades, sobre todo en ciencias humanas y sociales, además de las ciencias de la salud. Es determinante la creación de la Comisión Ministerial de Ética de la Investigación prevista en la Ley 20.120 del año 2006, que coordine y apoye la tarea de los CEC. Funciona ya una red de comités de ética promovida desde el año 2009 por la Sociedad Chilena de Bioética, pero es necesaria una mejor estructuración, disposición de medios e impulso de la formación adecuada en bioética de los miembros de estos comités desde el Ministerio de Salud.
- Estimular el funcionamiento de los comités de ética asistencial, primero para que puedan efectuar un buen asesoramiento en los casos cada vez más numerosos que consultan los profesionales de la salud, y que pueden y deben comenzar a consultar los propios pacientes o sus familiares, según lo dispuesto en la Ley de derechos y deberes de las personas en la atención de salud. Son los encargados de velar por los derechos de los pacientes, y por tanto, deben tener un papel importante dentro de cada institución a la hora de implementar la ley.
- Desarrollar una mayor coordinación entre los directivos y gerentes de las instituciones de salud, los servicios de calidad asistencial, las OIRS, y los comités de ética asistencial, de forma que de modo

conjunto promuevan la ética institucional y el debate valórico tanto interno como con los usuarios. Toda organización de salud tiene que asumir responsabilidades frente a las exigencias, demandas o intereses legítimos no solo de sus accionistas o profesionales (*shareholders*) sino también frente a las demandas e intereses de sus *stakeholders*, o partes interesadas.

- Promover la *accountability* y la responsabilidad por los actos y omisiones, y el cumplimiento de los compromisos o requerimientos en relación con la ética, tanto de cara a la próxima acreditación de las instituciones de salud, como en la implementación de la Ley 20.584 sobre derechos y deberes de las personas en la atención de salud, que exige un proceso de acreditación continua, al que pueden ayudar los CEA y los CEC.
- Mejorar la enseñanza de la bioética tanto en pregrado como en postgrado. Es imprescindible para conseguir no solo un mayor conocimiento en este ámbito por parte de los profesionales de la salud, gerentes y directivos de instituciones de salud, y encargados de las políticas sanitarias, sino también para conseguir un cambio de actitudes y la trasmisión de valores éticos que aseguren una mayor humanización en nuestro sistema de salud.
- Finalmente, no se debe olvidar que el modelo de relación médico-paciente que se propone desde la bioética de decisiones compartidas, va más allá de unas relaciones de no maleficencia y justicia, y de la aplicación estricta de unos derechos y deberes. Se está comenzando a atender, aunque tímidamente, a la autonomía de los pacientes, pero hay que señalar que queda mucho por delante en la humanización de la atención en salud, en la excelencia de los cuidados con los pacientes, en la calidad asistencial y en un profesionalismo médico y de todos los que atienden en salud, que tenga en cuenta la competencia y la eficiencia, pero también los valores de servicio, beneficencia y solidaridad social.

Referencias

- Arrieta, B. y De la Cruz, C.**, 2005. *La dimensión ética de la responsabilidad social*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Bastias, G., Andia, M.**, 2007. Garantías Explícitas en Salud (GES): seis consideraciones para su implementación. *Temas de la Agenda Pública*, 2 (9). Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Cortina, A.**, 2004. Una ética transnacional de la corresponsabilidad. En: Serrano, V. (ed.) *Ética y globalización. Cosmopolitismo, responsabilidad y diferencia en un mundo global*. Madrid: Biblioteca Nueva, 15-32.
- Cortina, A., Conill J.**, 2005. Ética, empresa y organizaciones sanitarias. En: Simón, P. *Ética de las organizaciones sanitarias*. Madrid: Triacastela, 15-36.
- Dworkin, R.**, 1977. *Taking rights seriously*. Cambridge Mass: Harvard University Press.
- García Llerena, V.**, 2012. *De la bioética a la biojurídica: el principialismo y sus alternativas*. Granada: Comares.
- García, D.**, 2005. *La apuesta ética en las organizaciones sanitarias*. Castellón: Universitat Jaume I.
- González, E.**, 2004. Los restos éticos de la medicina gestionada. En: García, D. *Ética empresarial. Del diálogo a la confianza en la empresa*. Madrid: Trotta, 63-91.
- Hall, R.T.**, 2000. *An introduction to healthcare organizational ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Kottow, M.**, 2007. El rol de una Comisión Nacional de Bioética. En: Sociedad Chilena de Bioética, *Comisiones Nacionales de Bioética*. Santiago: Sociedad Chilena de Bioética.
- León, F.J.**, 2009. Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social. *Acta Bioethica*, 15 (1), 70-78.
- León, F.J., Araya, J., Niveló, M.**, 2010. Propuesta de Comités de Bioética en la atención primaria de salud en Chile. *Medicina y Humanidades*, 2 (1), 29-40.
- León, F.J. (coord.)**, 2011. *Ética clínica y Comités de Ética en Latinoamérica*. Santiago: FELAIIBE y Sociedad Chilena de Bioética.
- León Sanz, P. (ed.)**, 2004. *La implantación de los derechos del paciente*. Navarra: EUNSA.
- MINSAL**, 2012. Web Superintendencia de Salud, Ministerio de Salud de Chile. Disponible en: www.supersalud.gob.cl/568/w3-article-7176.html (Revisado el 24 de julio 2012).
- Montero, J., Téllez, A., Herrera, C.**, 2010. Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos. *Temas de la Agenda Pública*, 5 (38). Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Núñez, P.**, 2003. Los Comités Nacionales y Supranacionales de Bioética. En: Martínez, J.L. (ed.), *Comités de Bioética. Dilemas éticos de la medicina actual - 16*. Bilbao: Universidad Pontificia de Comillas y Desclée de Brouwer, 139-170.
- Ozar, B.J., Wherane, P., Emanuel, L.**, 2000. *Organizational ethics in health care: toward a model for ethical decision making by provider organizations*. Chicago: Institute for Ethics, AMA.
- Peralta, A.**, 2011. Perspectivas en Latinoamérica de los Comités de Ética Asistencial. En: León, F.J. (coord.) *Ética clínica y Comités de Ética en Latinoamérica*. Santiago: FELAIIBE y Sociedad Chilena de Bioética, 143-154.
- Spencer, E.M., Mills, A.E., Rorty, M.V., Werhane, P.H.**, 2000. *Organization ethics in health care*. Oxford: Oxford University Press.
- Siegler, M.**, 2011. *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*. Barcelona: Fundación Víctor Grifols i Lucas.
- Téllez, A.**, 2006. Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud. *Temas de la Agenda Pública*, 1 (2). Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- UNESCO**, 2005. *Guía de creación de comités de bioética*. París: UNESCO.



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE



CENTRO DE
**POLÍTICAS
PÚBLICAS UC**

www.politicaspUBLICAS.uc.cl
politicaspUBLICAS@uc.cl

SEDE CASA CENTRAL

Av. Libertador Bernardo O'Higgins 324, piso 3, Santiago.
Teléfono (56-2) 354 6637.

SEDE LO CONTADOR

El Comendador 1916, Providencia.
Teléfono (56-2) 354 5658.

CENTRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS UC

- Facultad de Arquitectura, Diseño y Estudios Urbanos • Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
- Facultad de Ciencias Sociales • Facultad de Derecho • Facultad de Educación
- Facultad de Historia, Geografía y Ciencia Política • Facultad de Ingeniería • Facultad de Medicina