

# Monográfico

## Investigación e innovación: eficiencia calidad y salud



### **Principios básicos para la gestión de los aspectos éticos en el modelo de calidad de centros sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura**

Barrera Martín-Merás A

Coordinador de Calidad. Área de Salud de Cáceres. Servicio Extremeño de Salud  
gerent.caceres@ses.juntaex.es

#### **Introducción**

Con el *I Plan Marco de Calidad*, presentado en el mes de julio de 2006, la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura, dota al Sistema Sanitario Público Extremeño de un instrumento para la mejora continua de la calidad en todos los ámbitos, con el objetivo de promover un cambio en la cultura de gestión, que esté orientado hacia la calidad total, de tal forma que, situando como objetivo principal la satisfacción plena del ciudadano con la atención sanitaria recibida, extiende la responsabilidad en la mejora continua de la calidad a cada miembro de la organización sanitaria, constituyendo un verdadero cambio cultural y de participación<sup>16</sup>.

El *I Plan Marco de Calidad* se ha estructurado en ocho pilares estratégicos, que abarcan todos los aspectos de la organización que mayor repercusión tendrán en la mejora de la calidad de los servicios que se prestan, y por lo tanto en la satisfacción de los usuarios del sistema. Uno de estos pilares es el de *autorización y acreditación de*

*los centros, servicios y establecimientos sanitarios* proponiendo un *modelo de calidad para centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura*, a través del Decreto 227/2005, de 27 de septiembre<sup>16</sup>.

Con el modelo se persigue garantizar la calidad de la actividad sanitaria que recibe el ciudadano, fomentar la auto-evaluación por los propios profesionales y desarrollar una cultura basada en la mejora continua de las prestaciones sanitarias ofertadas a la población.

Este Modelo, aplicable tanto a centros sanitarios públicos como privados, está constituido por una serie de estándares de calidad de amplio consenso técnico y social, que se organizan en torno a funciones importantes, directamente relacionadas con la mejora continua de las organizaciones, y que deben ser referencia en la actividad de los centros sanitarios. A su vez, estos estándares se agrupan en 10 categorías o criterios y 24 sub-categorías<sup>14</sup>.

La *categoría 5* aborda la *gestión de la información, el conocimiento y los aspectos éticos*, y establece cómo la organización garantiza los derechos de los pacientes y usuarios relativos a la autonomía del paciente y de la información y documentación clínica<sup>14</sup>.

La *subcategoría 5.3* trata de la *gestión de los aspectos éticos* y aborda la gestión de todos aquellos aspectos éticos que garanticen el cumplimiento de los derechos fundamentales de los pacientes, más allá de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Son los derechos que garantizan su dignidad personal, el respeto de sus valores culturales, psicosociales y espirituales<sup>14</sup>.

Entendemos, con P. Simón<sup>21</sup> que “si toda reflexión sobre la calidad comporta una dimensión ética, y si pueden señalarse etapas de desarrollo moral en la configuración histórica de los criterios y estándares de calidad, entonces todos los criterios y estándares de calidad que usan los sistemas de acreditación son, de alguna forma, también criterios y estándares éticos en los que subyace un imperativo moral de “deber”, vinculado al juicio sobre la calidad, y están sustentados por un principio ético. Todo criterio y estándar de acreditación constituye una exigencia estructural, organizacional. Por tanto, la médula ética que, como hemos dicho, en teoría entraña todo criterio y estándar sería, en un sentido amplio y global, de ética organizacional. Esto quiere decir que, por definición, de alguna manera, todo modelo de acreditación trata de configurarse como un modelo de *ética organizacional*”.

Aunque todo el modelo de acreditación se configure como un modelo de ética organizacional y podamos considerar a todos los estándares como estándares éticos, en el presente artículo se intentará exponer los princi-

pios básicos en los que deben apoyarse los requisitos mínimos exigibles para el cumplimiento de aquellos estándares específicamente definidos para la evaluación de aspectos éticos y que están recogidos en la subcategoría 5.3, *estándares para la gestión de los aspectos éticos*.

### **Estándar 5.3.1. Está establecido un código ético para la práctica asistencial**

Toda la organización en su conjunto, desde la perspectiva individual de los profesionales y desde las perspectivas institucional, estructural y funcional, asume el compromiso activo de cumplimiento de las prácticas que le permitan realizar con la mayor efectividad y eficiencia posible el marco de valores definido públicamente en la MISIÓN, VISIÓN y VALORES del centro sanitario. La práctica asistencial, eje de la actividad del centro sanitario, es coherente con esta declaración de valores.

Sus principios básicos, serán:

1. Respeto a la dignidad de la persona.
2. Respeto a la autonomía de su voluntad.
3. Respeto a la confidencialidad.
4. Respeto a la intimidad.
5. Respeto al derecho a la información.
6. Garantizar la equidad y el acceso a las prestaciones, y por tanto el derecho a la protección de la salud, en condiciones de igualdad efectiva.
7. Garantizar la calidad.
8. Garantizar la participación de los ciudadanos en la toma de decisiones referente a sus problemas de salud.

### **Estándar 5.3.2. Los profesionales que trabajan en la organización reciben información referente a los derechos de los pacientes**

El proceso de atención sanitaria ha de insertarse en un marco donde se consideren y respeten los valores y las preferencias de los pacientes, los cuales han de ser informados de sus derechos y de las responsabilidades.

La garantía del cumplimiento de los derechos y deberes del paciente ha de sustentarse en la existencia de procedimientos útiles para la consideración de aquellos aspectos que la legislación vigente recoge, siendo, por tanto, necesario que las relaciones entre profesionales y pacientes tengan presente estos principios, que el personal conozca las cuestiones éticas relacionadas con la asistencia del paciente y los procedimientos establecidos por el centro para hacerlas efectivas.

### **Estándar 5.3.3. Se realizan propuestas al Comité de Bioética**

En las organizaciones sanitarias se plantea la necesidad de crear instancias que sean capaces de aportar criterios que ayuden en la toma de decisiones que deben llevar a cabo los profesionales de la salud en los casos en que la coexistencia de valores contrapuestos o simplemente diferentes la dificulta. Una de estas instancias son los Comités de Ética Asistencial o Comités de Bioética Asistencial.

Se denomina *Comité de Ética Asistencial* aquella comisión consultiva e interdisciplinar, al servicio de los profesionales y usuarios de una institución sanitaria y del propio centro sanitario, creada para analizar y asesorar en la resolución de los posibles

conflictos éticos que se producen a consecuencia de la labor asistencial y cuyo objetivo final es mejorar la calidad de dicha asistencia sanitaria<sup>20</sup>.

### **Estándar 5.3.4. Se adoptan acciones basadas en la ética del centro sanitario**

Aunque todo criterio y estándar de acreditación constituye en sí mismo una exigencia estructural y organizacional, este estándar apela directamente a la ética de la organización.

P. Simón<sup>23</sup> hace un recorrido sobre las definiciones y conceptos básicos de la ética de las organizaciones sanitarias, desde la definición del grupo de trabajo de bioética de Virginia que la define como *"el proceso o conjunto de procesos para abordar los problemas éticos asociados a las áreas económicas, financieras y de gestión de las organizaciones sanitarias, así como a las relaciones profesionales, educativas y contractuales que afectan al funcionamiento de la organización"*, a la definición propuesta por Robert Lyman Potter en 1999, *"la ética de las organizaciones sanitarias es el discernimiento de los valores para guiar las decisiones de gestión que afectan al cuidado del paciente"*, o la definición propuesta por Spencer et al, en 2000, *"la ética de la organización es la articulación, aplicación y evaluación de los valores relevantes y posicionamientos morales de una organización, que la definen tanto interna como externamente"*.

Las actividades de ética organizacional articulan todos los aspectos del funcionamiento de la organización, de tal manera que cuando la organización logra crear un "clima ético", todos sus miembros perciben que en los distintos niveles las decisiones se toman atendiendo a los valores éticos de la misión de la organización.

La calidad y la ética están indisolublemente unidas, de tal manera que sólo así podemos comprender el verdadero sentido de las organizaciones sanitarias, que no es otro que promover efectiva, eficientemente y con sensibilidad y respeto la salud, la vivencia de la enfermedad y la calidad de vida –y de muerte– de cada uno de los hombres y mujeres y de colectividades que constituyen los usuarios o clientes de la organización sanitaria.

### **Estándar 5.3.5. Está definida una política de actuación en relación con la atención a pacientes en situación avanzada o terminal**

Se define como situación de enfermedad avanzada o terminal<sup>29</sup>: “aquella situación en la que existe una enfermedad avanzada, incurable, progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, que conlleva síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes con la existencia de un gran impacto emocional en enfermos, familiares y equipos, con un pronóstico de vida limitado (generalmente inferior a los seis meses), que genera una gran demanda de atención, y en la que el objetivo fundamental consiste en la promoción del confort y la calidad de vida del enfermo y de la familia, basada en el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación”.

Es muy importante una definición clara de los objetivos que deben enmarcar las actuaciones asistenciales y evitar tanto la obstinación terapéutica como el abandono del paciente.

La atención integral y la promoción de la calidad de vida en las fases más avanzadas de las enfermedades crónicas evolutivas y de los enfermos terminales, deben ser consideradas como

un derecho fundamental de las personas y una prioridad para las administraciones y organizaciones sanitarias y sociales. Ello requiere la adaptación de nuestra organización asistencial a estas necesidades.

Sólo con guías de actuación bien consensuadas podrá homogeneizarse este tipo de atención y descargar así al propio profesional (médicos y enfermeras) de la carga de decisiones individualizadas que puedan comportar problemas de tipo legal o ético. Homogeneizar la actitud ante el final de la vida se está convirtiendo no tan solo en una necesidad para los profesionales de la sanidad sino también una creciente demanda de los usuarios de los servicios sanitarios.

### **Estándar 5.3.6. La política de actuación en relación con la atención a pacientes en situación avanzada o terminal, tiene como bases el bienestar y dignidad de dichos pacientes con sensibilidad ante temas delicados**

Los principios y objetivos fundamentales de la atención a pacientes terminales son los de promover la máxima calidad de vida, dignidad y autonomía a los enfermos, teniendo en cuenta sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales, considerando al enfermo y su familia como una unidad a tratar.

Los pacientes terminales tienen unas necesidades únicas y muy especiales de una atención respetuosa y compasiva. La preocupación por el confort y la dignidad del paciente rigen todos los aspectos de la atención en los tramos finales de la vida. Para conseguirlo, el personal debe tener conciencia del tipo de necesidades específicas de los pacientes terminales.

La ética clínica, entendida como la metodología que promueve la toma de decisiones respetando los valores de quienes intervienen, debe ser adoptada como el método de trabajo cotidiano que permita resolver y orientar la inmensa mayoría de dilemas en la atención de enfermos al final de la vida.

Los objetivos de la atención médica al final de la vida, centrados en su calidad y dignidad, deben evitar tanto su prolongación innecesaria como su acortamiento deliberado.

### **Estándar 5.3.7. Está establecida la postura del centro sanitario para iniciar los servicios de resucitación y para retirar el tratamiento de mantenimiento vital**

Las decisiones acerca de prescindir de los servicios de resucitación o del tratamiento de mantenimiento vital son algunas de las elecciones más difíciles para los pacientes, familias, profesionales sanitarios y organizaciones. No existe procedimiento que pueda prever todas las situaciones en que haya que tomar este tipo de decisiones. Por esta razón, es importante que el centro sanitario desarrolle un marco de actuación para tomar este tipo de decisiones.

Este marco de actuación ayuda a la organización a posicionarse en estas cuestiones, asegura que la posición adoptada por el centro sanitario se ajusta a las normas religiosas y culturales de la población, asegura que la posición adoptada por el centro sanitario se ajusta a cualquier requisito normativo o legal, guía las situaciones en que se modifican estas situaciones durante la atención y guía a los profesionales sanitarios en las cuestiones legales y éticas para llevar a cabo los deseos de los pacientes.

### **Estándar 5.3.8. Se llevan a cabo actuaciones de atención social para facilitar la plena reincorporación del paciente a su entorno**

La atención social reviste la mayor importancia en pacientes cuya autonomía se encuentra limitada y dificulta la reincorporación a su medio habitual, haciendo necesaria una atención sociosanitaria adecuada o unos especiales recursos de ayuda y soporte domiciliario.

El concepto de atención sociosanitaria está asociado a la prestación de cuidados continuados o de larga duración, dispensados a personas que presenten simultáneamente situaciones de dependencia y patologías crónicas, y que tienen necesidad de cuidados personales y de cuidados sanitarios al mismo tiempo<sup>11</sup>.

El espacio sociosanitario por tanto, es entendido como aquel formado por las necesidades de prestaciones sociales y sanitarias de forma simultánea y continuada, de un conjunto determinado de personas con enfermedades crónicas y discapacidades físicas, psiquiátricas, sensoriales o intelectuales, que conllevan distintos niveles de dependencia<sup>11</sup>.

Una persona con discapacidad física, psiquiátrica, sensorial o intelectual, es dependiente cuando requiere ayuda para realizar las actividades de la vida diaria y/o actividades instrumentales de la vida diaria<sup>11</sup>.

Los principios generales de los servicios para la atención de personas en situación de dependencia, desde el ámbito sanitario, serán<sup>10</sup>:

1. El objetivo será mejorar el estado de salud y de autonomía física, psíquica y social y la permanencia en la medida de lo posible del

- usuario en su domicilio o entorno social para así contribuir a una mejor calidad de vida tanto del paciente como del cuidador respetando sus estilos de vida y sus preferencias.
2. Se garantiza el acceso universal y gratuito en condiciones de igualdad efectiva.
  3. Está priorizado un enfoque preventivo de la dependencia basado en la atención durante todo el ciclo de vida de las personas, mediante programas de promoción de la salud.
  4. Las prestaciones deben estar orientadas a la atención de las necesidades individuales de las personas ajustadas a su historia de vida y a su entorno familiar y social.
  5. Debe consensuarse un sistema de valoración de la dependencia apoyándose en criterios comunes que orienten la elaboración y la gestión de los planes de cuidados.
  6. Se garantizará un enfoque integral, coordinando el conjunto de niveles y dispositivos asistenciales de salud y sociales.
  7. Debe primar el mantenimiento del usuario en su entorno a la institucionalización.
  8. La cartera de servicios debe ser una oferta básica que posibilite una atención con criterios homogéneos, independientemente del ámbito geográfico.
  9. Los servicios deben ser eficaces, efectivos y eficientes.
  10. La extensión de esta cartera a toda la población debe ser posible gra-

cias a la financiación prevista para el Sistema de Atención a la Dependencia.

11. Debe responder a las garantías y derechos de los usuarios en relación con la seguridad, calidad, accesibilidad, movilidad y tiempo en el acceso a las mismas.
12. Deberán establecerse sistemas de evaluación y mejora de la calidad de esta prestación.

Las características del Sistema de Atención, definidas en el Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura<sup>11</sup>, serán:

1. Atención integral e interdisciplinar: biológica, psicológica y social.
2. Atención global: prevención, asistencia curativa, cuidados y rehabilitación.
3. Complementariedad intersectorial: medidas sanitarias y sociales coordinadas.
4. Calidad relacional: atención humanizada y cuidado del confort del entorno.

**Estándar 5.3.9. Se llevan a cabo actuaciones de educación de los pacientes y/o familiares en la continuidad asistencial que pudieran necesitar**

La continuidad asistencial, mucho más que la simple coordinación, es una visión continua y compartida del trabajo asistencial, en el que intervienen múltiples profesionales, en diferentes centros de trabajo, que actúan en tiempos distintos con un objetivo común: el ciudadano. Es necesario impulsar cambios profundos en las organizaciones, cambios

estratégicos de fuerte impacto que contribuyan a consolidar las innovaciones.

La continuidad de cuidados es "la capacidad de articular una perfecta continuidad en los procesos de atención, con independencia del lugar donde ésta se preste y concentrando lo más cerca posible del paciente los recursos necesarios, con los criterios de máxima calidad, eficacia, efectividad y eficiencia". La continuidad de cuidados en salud es una dimensión de la calidad cada vez más importante. La adecuada coordinación entre los diferentes niveles asistenciales que intervienen en el proceso asistencial debe ser un objetivo prioritario. El usuario de los servicios de salud exige que los servicios se adapten a sus necesidades, y que se den respuestas organizativas a las mismas.

La continuidad asistencial pasa a ser el criterio clave y determinante que inspira organización, funcionalidad, formas de trabajo, formación de profesionales, etc.

La educación sanitaria promueve comportamientos saludables, ayuda a la recuperación y permite al paciente implicarse en las decisiones acerca de su propia asistencia.

La organización llevará a cabo una actividad educadora personalizada, interactiva, interdisciplinaria y mantenida sobre el paciente, previa evaluación de sus necesidades, capacidad, preferencias y voluntad de aprender. La organización promoverá la cooperación y la educación de los pacientes y sus familiares en orden a conseguir un comportamiento correcto y responsable dentro de las normas establecidas.

## Citas bibliográficas

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, de 29-4-1986.
2. Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, suscrito en Oviedo el día 4 de abril de 1997.
3. Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura. D.O.E núm. 76 de 3-7-2001.
4. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15-11-2002.
5. Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente, de Extremadura. D.O.E núm. 82, de 16-7-2005.
6. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE núm. 298, de 14-12-1999.
7. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, de 29-5-2003.
8. Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. BOE núm. 289, de 3-12-2003.
9. Recomendación R (98) 9 del Consejo de Europa relativa a la dependencia.
10. Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. 2004.

11. Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura. Plan Director 2005-2010. Consejería de Sanidad y Consumo. Consejería de Bienestar Social. Junta de Extremadura. 2006.
12. Plan de Salud de Extremadura, 2005-2008.
13. Decreto 227/2005, de 27 de septiembre, por el que se regula el procedimiento y los órganos necesarios para la aplicación del modelo de calidad y la acreditación de la calidad sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura. D.O.E. núm. 115, de 4-10-2005.
14. Manual de Estándares del Modelo de Calidad de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios en la Comunidad Autónoma de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo de Extremadura. Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias. 2004.
15. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Marzo 2006.
16. I Plan Marco de Calidad Sistema Sanitario Público Extremeño. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura. Julio 2006.
17. Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema; 1989.
18. Gracia D. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Editorial Triacastela; 2004.
19. Gracia D, Júdez J. Ética en la práctica clínica. Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid: Editorial Triacastela; 2004.
20. Couceiro A. Bioética para clínicos. Madrid: Editorial Triacastela; 1999.
21. Simón P. Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad. Madrid: Editorial Triacastela; 2005.
22. Alonso Rubio S. De la necesidad de comités de ética en las instituciones. Medicina Intensiva, vol. 25, n.º 5. 2001.
23. Simón Lorda P, et al. La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética. Rev Calidad Asistencial. 2002;17(4):247-59.
24. Altisent Trota R, Martín Espíldora MN. Comités de ética en Atención Primaria. Aten Primaria. 2001, 15 noviembre;28 (8):550-3.
25. Broggi Trias, MA. Una propuesta para un Comité de Bioética de España. Madrid: Fundación Alternativas; 2004.
26. Hernando Robles P, Monrás Viñas P. La puesta en marcha de un comité de ética: la experiencia del Consorcio Hospitalario del Parc Taulí de Sabadell. Med Clin (Barc). 104;262-4.
27. Hernando Robles P. El Comité de Ética Asistencial del Consorci Hospitalari del Parc Taulí: tres años de funcionamiento. Quadern CAPS, n.º 26. 1997.
28. Programa Marco de Cuidados Paliativos. Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura. 2002.
29. Porta J, Núñez Olarte JM, Altisent R, et al. Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. Med Pal. 2002;9(1):41-6.
30. Porta J, Couceiro A, et al. Ética y Sedación al final de la vida. Barcelona: Cuadernos de la Fundació Víctor Gírfols i Lucas N.º 9; 2003.



31. Comité de Ética de la SECPAL. Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos. Med Paliat (Madrid). 2002;9(1):41- 6.
32. Sedación en Cuidados Paliativos. Grupo de trabajo de Tratamientos del Programa Regional de Cuidados Paliativos del Servicio Extremeño de Salud.
33. Barbero Gutiérrez J, et al. Limitación del esfuerzo terapéutico. Med Clin (Barc). 2001;117: 586-94.
34. Lorenzo S. Coordinación social y sanitaria en la asistencia a los ancianos: ojo, que la mayoría llegaremos. Rev Calidad Asistencial. 2001;16:8-9.
35. Torres A, Lledó R. La coordinación entre niveles asistenciales. Rev Calidad Asistencial. 2001;16:232-3.

