



REVISIÓN

¿Son éticos los objetivos de gestión para los médicos de nuestros hospitales?



M.B. Alonso^{a,b,*}, E. Pacios^c y B. Herreros^{b,c,d}

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

^b Grupo de Trabajo de Bioética y Profesionalismo, Sociedad Española de Medicina Interna

^c Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés-Universidad Europea, Madrid, España

^d Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid), España

Recibido el 14 de diciembre de 2017; aceptado el 4 de junio de 2018

Disponible en Internet el 25 de julio de 2018

PALABRAS CLAVE

Gestión sanitaria;
Conflictos éticos;
Objetivos de gestión;
Bioética

Resumen Los objetivos de gestión, en ocasiones, plantean importantes conflictos de valor, hasta el momento poco estudiados. En el presente artículo se analiza qué cuestiones éticas plantean los *objetivos operativos* de gestión a los médicos que trabajan en hospitales españoles. Estas cuestiones son las siguientes: 1) en el sistema actual se prima la cantidad sobre la calidad, lo que supone una perspectiva de gestión predominantemente economicista; 2) se trata de un sistema jerarquizado, en el que apenas hay participación y en el que los clínicos carecen de capacidad decisoria y 3) los objetivos se centran en actividades desfasadas respecto a la realidad del sistema sanitario actual, por lo que deben ser actualizados considerando, por ejemplo, la cronicidad o la continuidad asistencial. Al analizar estas cuestiones, se realiza una propuesta de elaboración de los objetivos de gestión basada en 3 aspectos: priorizar la calidad asistencial (lo que finalmente repercute en una gestión eficiente), elaborar los objetivos de forma participativa y mixta (con objetivos colectivos e individuales) y diseñar nuevos objetivos acordes con la realidad del actual sistema sanitario. No es complicado poner en práctica esta propuesta, ya que la meta final de los clínicos y de la gerencia es la de proporcionar una asistencia sanitaria óptima.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Healthcare management;
Ethical conflicts;

Are the management objectives for hospital physicians ethical?

Abstract Management objectives at times create significant value conflicts that have so far been seldom studied. This article analyses the ethical issues created by the *operational objectives* of management for physicians who work in Spanish hospitals.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: belalor@yahoo.es (M.B. Alonso).

Management objectives; Bioethics

These issues are as follows: 1) the current system places quantity above quality, which represents a predominantly economist management perspective; 2) the system is hierarchical, lacks participation and deprives clinicians of decision-making authority; 3) the objectives are focused on outdated activities in terms of the current reality of the healthcare system and should therefore be updated considering, for example, chronicity and the continuity of care. After analysing these issues, we created a proposal for developing management objectives based on prioritising quality care (which ultimately results in efficient management), developing objectives in a participatory and mixed manner (with group and individual objectives) and designing new objectives in keeping with the current reality of the healthcare system. Putting this proposal into practice is not complicated because the final goal of clinicians and management is to provide optimal health care.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). All rights reserved.

Introducción

Un reto importante de los sistemas sanitarios es dar respuesta a las demandas de la población, de manera que se consigan los máximos niveles de equidad y eficiencia en la atención sanitaria, con unos recursos que siempre son limitados¹⁻³. La gestión sanitaria se encarga de conseguir que las instituciones consigan oportunamente estos objetivos de equidad y eficiencia⁴. Para calibrar cómo es la gestión de una organización se utilizan, entre otros parámetros, los indicadores de gestión, que expresan cuantitativamente el comportamiento del centro sanitario. Algunos de los indicadores de gestión hospitalaria aceptados universalmente son la ocupación hospitalaria, el índice de rotación de camas, la estancia media, el número de altas hospitalarias, la tasa de reingresos y la productividad de la consulta externa⁵⁻⁹.

Sin embargo, quienes finalmente proporcionan la atención sanitaria y, por tanto, gestionan los recursos, son los facultativos. Para optimizar la gestión, las instituciones marcan unos objetivos operativos, diferentes de los estratégicos generales de la organización. Los objetivos operativos señalan a los profesionales una serie de metas específicas de gestión¹⁰, de manera que esta se mejore (su eficiencia y equidad) sin menoscabo de la calidad sistencial^{11,12}. A cambio de su consecución, los médicos obtienen un incentivo, generalmente económico. La mayoría de los objetivos operativos incluyen indicadores de gestión hospitalaria clásicos (estancia media, tiempo de espera en consultas) e indicadores directos de gasto tanto farmacéutico como por otros conceptos. Otros objetivos valoran funciones investigadoras y docentes de los profesionales¹³.

En el modelo habitual de gestión de los hospitales españoles, la Dirección-Gerencia realiza anualmente una propuesta a cada servicio o unidad de los objetivos operativos. El jefe o responsable clínico del servicio, previo consenso con los médicos de la plantilla, transmite las alegaciones pertinentes a la Dirección, que puede o no aceptarlas. En cualquier caso, para que los clínicos puedan recibir la compensación por alcanzar los objetivos, deben ser firmados (y por tanto aceptados) previamente por todos los miembros

del servicio. Se trata, por tanto, de un modelo de planificación de objetivos vertical¹⁴.

Marcar objetivos a los clínicos es positivo, porque trabajar con incentivos mejora al profesional y, por ende, al sistema sanitario. Sin embargo, los objetivos operativos de gestión, tal y como están diseñados habitualmente, ponen sobre la mesa importantes conflictos de valor. Por ejemplo, tienden a ofrecerse objetivos con un criterio meramente economicista: priorizan la gestión sobre la calidad asistencial o presionan al clínico a través de su firma colectiva. Estos conflictos éticos hasta el momento han sido poco estudiados. Este artículo analiza qué cuestiones éticas plantean los objetivos operativos de gestión marcados a los médicos que trabajan en los hospitales españoles.

Bioética y ética de las organizaciones sanitarias

El médico ha tenido desde siempre la necesidad de justificar éticamente su actuación profesional, a nivel personal, ante los pacientes y el resto de los profesionales. La ética médica tradicional consideraba que la obligación moral del médico consistía en la búsqueda del máximo beneficio para el paciente, y cualquier otro propósito era calificado como inmoral. Esta perspectiva ha chocado durante décadas con cualquier cuestión relacionada con la gestión económica de la salud⁴, porque los médicos entendían que los objetivos de gestión podían interferir con el fin primordial de su profesión: dar el mejor cuidado a los pacientes^{15,16}. Poco a poco los profesionales de la salud, especialmente los médicos, han ido reconociendo la importancia de combinar la gestión económica con el cuidado de los enfermos, de manera que han aceptado que se establezcan objetivos y que se puedan medir sus resultados, con la finalidad de gestionar mejor los recursos, sin que por ello se tenga que descuidar la atención sanitaria¹⁷.

La bioética surge en los años 70 como actualización de la ética médica tradicional. La bioética se puede definir como la rama de la ética que se encarga de promover decisiones

clínicas racionales y óptimas, teniendo en cuenta tanto los hechos clínicos como las preferencias y valores de todos los implicados en ellas^{18,19}. Para que las decisiones sean racionales y óptimas, es importante incorporar todos los valores y principios involucrados, no solo la clásica búsqueda del beneficio para el paciente. Se tienen que sumar también, por ejemplo, el respeto a la libertad de las partes implicadas y la justa distribución de los recursos²⁰. De esta manera, se obtiene una perspectiva de los problemas más global y ajustada a la realidad²¹.

Por último, las organizaciones también tienen una ética, unos valores que guían sus prioridades y que son expuestos a través de sus objetivos estratégicos. Aunque las instituciones sanitarias deben realizar una gestión eficiente, no pueden olvidar los valores sobre los que se cimienta su sentido último: la atención óptima de los enfermos, que tiene que modular todas las decisiones de gestión¹⁶. Gestionar bajo la perspectiva de los valores permite trazar objetivos de gestión éticos como, por ejemplo, asegurar un acceso equitativo o contener responsablemente el gasto²¹.

Ética de los objetivos de gestión

¿Qué se debería incentivar y qué se incentiva realmente?

A los médicos se les incentiva por alcanzar resultados cuantitativos, basados en cifras y porcentajes sobre los indicadores de gestión asistencial: recetar un determinado porcentaje de antirretrovirales, obtener una estancia media inferior, etc. El sistema actual de incentivos tiene el peligro de primar la cantidad sobre la calidad. Con el propósito de reducir el gasto, se recompensa, por ejemplo, «asistir a más pacientes en menos tiempo», medido a través de indicadores como el índice de rotación de camas, el número de primeras consultas y sucesivas o el tiempo de atención en consulta externa²². Se trata, por tanto, de una gestión con una perspectiva predominantemente economicista.

Si hay algo que se puede afirmar con rotundidad, es que no se puede incentivar una actividad que vaya en contra de la buena práctica médica^{23,24}, por lo que se debe tener cuidado tanto al diseñar los objetivos como al firmarlos. Si para cumplir los objetivos incurrimos en una mala práctica, estamos yendo en contra de lo que persigue nuestra profesión y los responsables de ello somos nosotros, no los gestores del centro. No podemos dar altas precoces de planta de hospitalización injustificadas, dejar de pautar fármacos indicados y recomendados para una indicación específica o valorar de forma rápida a los pacientes en las consultas por el mero hecho de tener que cumplir los objetivos pactados. Unos objetivos éticos incentivan la buena práctica, sin olvidar que la gestión de los recursos debe ser eficiente. Por ejemplo, si 2 antibióticos son similares en su efecto, lo ético sería pautar el más barato. Pero si el más caro es superior para tratar la infección, debemos dar prioridad a la eficacia²⁵.

Por tanto, debemos procurar que se incentiven las buenas actividades y prácticas clínicas. Esto, además de ético, es eficiente, porque si tratamos correctamente a los enfermos precisaremos menos visitas en consultas, habrá menos reingresos o la estancia media será menor. Pero no se puede invertir el proceso: incentivar exclusivamente con

indicadores cuantitativos (como la estancia media) y confiar en la buena voluntad del profesional para que trate de forma adecuada a los enfermos. Si se incentivan las buenas prácticas clínicas, se beneficiará el médico y, simultáneamente, el paciente. Para ello se tienen que buscar los indicadores que existan al respecto, que pueden ser cuantitativos o no.

¿Cómo tendrían que diseñarse los objetivos y cómo se diseñan?

Habitualmente, la Dirección-Gerencia realiza una propuesta a cada servicio con los objetivos anuales. Dichos objetivos son transmitidos a los clínicos a través del jefe de servicio. Se trata, por tanto, de un sistema jerarquizado, en el que apenas hay participación y en el que los clínicos carecen de capacidad decisoria.

La Dirección-Gerencia de los centros debería trabajar conjuntamente y de forma directa con los médicos asistenciales en la elaboración de los objetivos de gestión. En la gestión sanitaria moderna se postula reemplazar la estructura piramidal por otra más horizontal, en la que participen todos los profesionales de la salud que trabajan en la organización, fomentándose así el capital humano de la institución. Por ello, los objetivos deben ser discutidos y consensuados entre la Dirección-Gerencia del hospital, los directivos intermedios (jefes de servicio, sección o responsables de unidad) y los médicos de la plantilla.

Otra cuestión importante respecto a la forma de diseñar los objetivos es a quién van dirigidos. Si los objetivos se diseñan para un servicio o unidad en su conjunto, es una forma de presionar indirectamente a cada médico individual, pues si uno de ellos no cumple los objetivos, todo el servicio o unidad se ven perjudicados. Por otro lado, unos objetivos únicamente individuales tampoco son adecuados, porque gran parte de la actividad clínica es colectiva; sin olvidar que la presión para el médico, si cabe, sería aún mayor si los objetivos son exclusivamente individuales. Por todo ello, los objetivos deben ser mixtos: tiene que haber una parte colectiva (para aquellas actividades que dependen del grupo) y otra individual, basada en la tarea específica de cada médico. Si no es así, además de resultar poco eficientes, los objetivos pierden valor moral.

Si se otorga a los clínicos un papel protagonista en el diseño de los objetivos, se consigue un triple resultado: se les implica más en la gestión, mejora la asistencia sanitaria (los clínicos son los que mejor conocen las necesidades de atención) y se optimiza la eficiencia. Todo ello repercute positivamente en la organización²⁶.

¿Qué objetivos son realmente importantes para mejorar la práctica clínica?

Los objetivos muchas veces se centran en actividades desfasadas respecto a la realidad del sistema sanitario actual. Por ello, es importante que sean acordes con los aspectos nucleares de nuestro sistema sanitario. A continuación, se exponen algunos ejemplos sobre cómo se podrían actualizar los objetivos de gestión en el sistema sanitario vigente.

En la actualidad, los objetivos que se firman en los hospitales españoles se centran casi exclusivamente en los indicadores de gestión clásicos de hospitalización,

relacionados con la atención a pacientes agudos. Sin embargo, la atención a los pacientes crónicos consume el 80% del gasto sanitario de nuestro país²⁷. El esquema general de atención a los pacientes en los hospitales españoles está anclado en el pasado, centrado en exceso en la atención de trastornos agudos. Es fundamental reorientar ciertos objetivos hacia el cuidado de los enfermos crónicos, pluripatológicos y de alta complejidad. Aplicar en estos pacientes los objetivos de gestión hospitalarios clásicos como, por ejemplo, la estancia media, no resulta adecuado. Un objetivo para este tipo de enfermos sería, por ejemplo, el diseño de mapas de continuidad asistencial orientados a evitar ingresos hospitalarios y mejorar la interacción entre la Atención Primaria (AP) y la Atención Especializada (AE).

La continuidad asistencial de cuidados y servicios sanitarios incluye la coordinación entre AP y AE. La falta de comunicación y coordinación entre AP y AE produce, entre otros problemas, congestión de pacientes en los hospitales, algo que repercute negativamente en el conjunto del sistema³. Un objetivo deseable de continuidad asistencial sería la creación de equipos multidisciplinares, con médicos especialistas y de AP, enfermería, fisioterapeutas y trabajadores sociales, que planifiquen una atención coordinada. El trabajo en equipo con profesionales de distintos niveles asistenciales es esencial para una correcta atención de los pacientes crónicos pluripatológicos²⁸. Mediante la coordinación de estos equipos, se pueden llevar a cabo medidas como el tratamiento precoz de las agudizaciones y planes preventivos personalizados para este tipo de pacientes. De esta manera, al evitar ingresos, disminuyen también los costes²⁹. En esta misma línea se pueden plantear objetivos destinados a potenciar el desarrollo y la evaluación de Unidades de Atención Domiciliaria y de Hospitalización a Domicilio. Estas pueden ser alternativas asistenciales eficaces y eficientes para garantizar una adecuada atención a pacientes que necesitan una asistencia sanitaria activa y compleja, pero al realizarla en el domicilio se evita la iatrogenia hospitalaria³⁰. La telemedicina y la teleasistencia son también modalidades asistenciales que facilitan la interacción entre pacientes, familiares o cuidadores y los equipos de AP y AE³¹. A través de los objetivos de gestión se puede potenciar la implantación y el buen funcionamiento de todos estos modelos de atención interdisciplinar.

Otro aspecto clave son los objetivos de investigación y docencia. Por un lado, tienen escaso peso en el conjunto de los objetivos y, por otro lado, no se dota a los profesionales de tiempo ni de medios para su desarrollo. Como consecuencia, resulta muy complicado incorporar la docencia y la investigación al ámbito clínico³², por lo que son tareas poco desarrolladas y muchas veces infravaloradas. Sin embargo, dichas tareas son esenciales en nuestra profesión y deben formar parte de nuestro desempeño. Por este motivo, es importante incluir objetivos de investigación y docencia individualizados (se debe marcar un itinerario específico para cada clínico) y, sobre todo, realistas. Esto tiene 2 vertientes: el compromiso del profesional y el reconocimiento de los gestores. Algunos ejemplos de objetivos de investigación y docentes podrían ser elaborar y realizar proyectos de investigación clínica (especialmente en líneas de investigación que mejoren la calidad asistencial), participar en equipos de investigación o de asesoría

metodológica de la investigación, realizar publicaciones científicas y comunicaciones a congresos, o participar en sesiones científicas y en la docencia pre- y posgrado. Si el profesional se compromete a cumplir los objetivos de investigación y docencia, la Dirección-Gerencia tiene que responder estableciendo una dedicación horaria específica para su cumplimiento. En países como Estados Unidos o Canadá se utilizan modelos como el denominado *half day*, que facilita al profesional medio día a la semana para llevar a cabo el plan preestablecido de actividades docentes o investigadoras. Los gestores deben aportar los medios necesarios a título individual para la consecución de estos objetivos específicos, o carece de sentido plantearlos.

El cuidado del médico, en su sentido más amplio, laboral y personal, debería ser otro de los objetivos. No es posible alcanzar ningún objetivo si el médico está sobrecargado física o emocionalmente. En Estados Unidos están comenzando a cambiar los programas de «atención centrada en el paciente» por programas de «atención centrada en el paciente y en el profesional». Esto tiene mucha lógica porque, aunque el paciente es quien da sentido al sistema, es el profesional el que le presta directamente la atención³³.

Marckmann y Maschmann señalan que los valores éticos centrales en la atención hospitalaria tienen que integrarse en los planes de la gestión hospitalaria y, por tanto, también en los objetivos³⁴. Abogan por la realización de encuestas repetidas al personal del hospital para asegurar la «calidad interna» de los centros. Si se incorporan valores y mejora la calidad interna, simultáneamente mejorará la salud física y psíquica de los profesionales, se consiguen mejores resultados en satisfacción y, por último, también en calidad externa. Según Marckmann y Maschmann, un mayor uso de la ética en la gestión de los hospitales podría servir, además, para mejorar la economía de las instituciones³⁴.

Conclusión: la excelencia, punto de encuentro entre la ética médica y la gestión sanitaria

En el presente artículo hemos analizado qué cuestiones éticas plantean los objetivos operativos de gestión marcados a los médicos que trabajan en los hospitales españoles. Estas son las siguientes: 1) el sistema actual de incentivos prima la cantidad sobre la calidad, lo que supone una perspectiva de gestión predominantemente economicista; 2) se trata de un sistema jerarquizado, en el que apenas hay participación y en el que los clínicos carecen de capacidad decisoria. Por otro lado, con el diseño grupal de objetivos, se corre el riesgo de presionar inadecuadamente al clínico y 3) los objetivos se centran en actividades desfasadas respecto a la realidad del sistema sanitario actual, por lo que deben ser actualizados pensando, por ejemplo, en la cronicidad y en la continuidad asistencial.

Al analizar estas cuestiones, realizamos una propuesta de elaboración de objetivos de gestión basada en la priorización de la calidad asistencial, lo que finalmente repercutiría en una gestión eficiente (una gestión ética es también económica); en una elaboración de objetivos participativa y mixta, con objetivos colectivos e individuales y con nuevos objetivos acordes con la realidad del actual sistema sanitario. No es complicado poner en práctica esta propuesta, ya que la meta final de los clínicos y de las gerencias

coincide: dar la mejor asistencia sanitaria posible; es decir, ser excelentes.

La meta de las instituciones sanitarias no es el ahorro, sino dar una asistencia óptima a los enfermos, considerando para ello la máxima efectividad y eficiencia³⁵. Los clínicos, por su parte, deben asumir de forma responsable su función de gestores de recursos como parte de su tarea asistencial. Los objetivos de gestión no pueden lograrse sin su implicación, ya que los médicos asistenciales son responsables directos de las 3/4 partes del gasto sanitario³⁶. Esto supone un enorme compromiso, ya que la ética médica marca que debemos proporcionar la mejor atención al paciente en cada momento, pero también tenemos la obligación de ser eficientes. Malgastar los medios técnicos disponibles es un atentado contra la ética médica. Una mala gestión de los recursos puede llevar a que algunos enfermos no reciban los tratamientos que necesitan, porque los recursos no son infinitos. Ser buenos médicos supone implicarse también en los objetivos de gestión, para que sean a su vez eficientes y éticos¹⁵.

Es necesaria la creación de líneas de trabajo en bioética y gestión clínica^{37,38}. En Estados Unidos y otros países de nuestro entorno es habitual encontrar consultores clínicos en bioética con formación en gestión que pueden ayudar a resolver los problemas descritos³⁹⁻⁴¹. Sin embargo, en España existe una escasez de profesionales formados a la vez en clínica, gestión y bioética^{42,43}. No debe olvidarse, además, que existen muy pocos trabajos de investigación sobre ética y gestión sanitaria, por lo que entendemos que esta área es de interés emergente, tanto para los clínicos como para los gestores.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Weinstein MC, Stason WB. Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices. *NEJM*. 1977;296:716-21.
- Jovell AJ. Ética de las decisiones sanitarias. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:580-2.
- Ojeda Feo JJ, Freire Campo JM, Gervas Camacho J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Rev Adm Sanit*. 2006;4:357-82.
- Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA. Área de investigación y análisis. Documento de trabajo, 2013 [consultado 3 jun 2018]. Disponible en: <http://docplayer.es/23816896-Indicadores-de-gestion-y-evaluacion-hospitalaria-para-hospitales-institutos-y-diresa.html>.
- Sánchez Guzmán MI. Indicadores de gestión hospitalaria. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex*. 2005;18:132-41.
- AHRQ Quality indicators —guide to inpatient quality indicators: Quality of care in hospitals— volume, mortality, and utilization. Rockville, MD: Agency for Health Care Research and Quality, 2002. AHRQ Pub. N.º 02-RO204 [consultado 3 jun 2018]. Disponible en: https://www.ahrq.gov/downloads/pub/inpatqi/iqi_guide.pdf.
- García-Eroles L, Illa C, Arias A, Casas M. Los top 20 2000: objetivos, ventajas y limitaciones del método. *Rev Calidad Asist*. 2001;16:107-16.
- Copnell B, Hagger V, Wilson SG, Evans SM, Sprivilis PC, Cameron PA. Measuring the quality of hospital care: An inventory of indicators. *Intern Med J*. 2009;39:352-60.
- Moreno Domene P, Estévez Lucas J, Moreno Ruiz JA. Indicadores de gestión hospitalaria. *Sedisa Siglo XXI*. 2010, N.º 17 [consultado 3 jun 2018]. Disponible en: https://www.sedisasigloxxi.es/IMG/article_PDF/article_a38.pdf.
- Rodríguez Perera FP, Peiró M. La planificación estratégica en las organizaciones sanitarias. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:749-54.
- Ruiz Iglesias L. Claves para la gestión clínica. En: Ruiz Iglesias L, Orriols i Galve L, editores. *La calidad como eje del nuevo enfoque de las políticas sanitarias*. Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 2004. p. 55-71.
- BOE. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [consultado 3 jun 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>.
- Núñez-Cortés JM, Civeira-Murillo F, Gutiérrez-Fuentes JA. El hospital universitario del siglo XXI. *Educ Méd*. 2011;14:83-89 [consultado 3 jun 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132011000200003.
- BOE. Real Decreto 521/1987, de 15 de Abr. Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud [consultado 3 jun 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1987/BOE-A-1987-9351-consolidado.pdf>.
- Gracia Guillén D. Ética y gestión sanitaria. En: Jiménez Jiménez J. *Manual de gestión para jefes de servicios clínicos*. 2.ª ed. Madrid: Ed. Díaz de Santos; 2000. pp. 159-186.
- María Lozano J. La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial. En: Gracia D. *Ética profesional y ética institucional: entre la colaboración y el conflicto*. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; pp. 10-22 [consultado 3 jun 2018]. Disponible en: <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/4688855/cuaderno28.pdf/ff2dc9c8-f89d-4e2f-b854-92ad153b2293>.
- Gray M. *How to get better value health care*. Oxford University Press; 2007. p. 35-57.
- Sánchez-González M, Herreros B. La bioética en la práctica clínica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015;53:66-73.
- Rivas Flores J. Ética en la toma de decisiones sanitarias. Cuadernos Gestión Sanitaria. N.º 3. Madrid: Fundación Gaspar Casal; 2015. pp. 33-53 [consultado 3 jun 2018]. Disponible en: http://www.fgcasal.org/publicaciones/CT3.Etica_en_la_20toma_de_decisiones_sanitarias.pdf.
- Kaldjian LC, Weir RF, Duffy T. A clinician's approach to clinical ethical reasoning. *J Gen Intern Med*. 2005;20:306-11.
- Schumann JH, Alfandre D. Clinical ethical decision making: The four topics approach. *Semin Med Pract*. 2008;11:36-42.
- Spencer EM, Mills AE. Ethics in health care organizations. *HEC Forum*. 1999;11:323-32.
- Billler-Andorno N, Lenk C, Leititis J. Ethics EBM, and hospital management. *J Med Ethics*. 2004;30:136-40.
- Código de Deontología Médica. Guía de ética médica. Madrid: Consejo General de Colegios de Médicos de España; 2011. pp. 20-25 [consultado 3 jun 2018]. Disponible en: <https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo.deontologia.medica.pdf>.
- Vega AR. El Servicio Andaluz de Salud paga plusas a los médicos que adelantan las altas. *El País*. 2014 [consultado 3 jun 2018].

- Disponible en: <http://www.abc.es/sociedad/20141027/abci-andalucia-premio-altas-hospitalarias-201410262140.html>.
26. García Fernández P, Martín del Burgo Carrero ML. Cuadernos Gestión Sanitaria. Número 1. La innovación en la gestión de las organizaciones sanitarias. Madrid: Fundación Gaspar Casal; 2015 [consultado 3 jun 2018]. Disponible en: http://www.fgcasal.org/publicaciones/CT1_La_Innovacion_en_la_gestion_de_las_organizaciones.pdf.
 27. Estévez J, Casado P, Martín JM, Garrido M, del Pino MD, Sanz J. et al. Soluciones para la gestión de la cronicidad. SEDISA (Sociedad Española de Directivos de la Salud); 2015 [consultado 3 jun 2018]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?iPos=16&id=59817&irPag=1&clave=E6Q8A617B7&pos=0>.
 28. Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Aten Primaria*. 2012;44:107-13.
 29. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [consultado 3 jun 2018]. Disponible en: http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf.
 30. Fernández-Miera MF. Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(S1):39-50.
 31. Rubies-Feijoo C, Salas-Fernández T, Moya-Olvera-F, Guanyabens-Calvet J. Imagen médica, telemedicina y teleasistencia médica. *Med Clin (Barc)*. 2010;134 Supl 1:56-62.
 32. Gutiérrez Fuentes JA. La formación en investigación en el ámbito hospitalario. *FEM*. 2013;16 Supl 3:S1-70.
 33. Post SG, Roess M. Expanding the rubric of «patient-centered care» (PCC) to «patient and professional centered care» (PPCC) to enhance provider well-being. *HEC Forum*. 2017;29:293-302.
 34. Marckmann G, Maschmann J. Does ethics pay off? Need and perspectives of value management in hospitals. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2014;108:157-65.
 35. Real de Asúa D, Herreros B. ¿Por qué dedicarse a la bioética? Siete razones para comenzar a hacerlo. *Rev Clin Esp*. 2016;216:271-5.
 36. Del Llano Señaris J, Núñez-Cortés M. Ética y gestión sanitaria. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:337-8.
 37. Vogelstein E. The nature and value of bioethics expertise. *Bioethics*. 2015;29:324-33.
 38. Iltis AS, Sheehan M. Expertise, ethics expertise, and clinical ethics consultation: Achieving terminological clarity. *J Med Philos*. 2016;41:416-33.
 39. Schochow M, Schnell D, Steger F. Implementation of clinical ethics consultation in German hospitals. *Dtsch Med Wochenschr*. 2014;139:2178-83.
 40. Hurst SA, Reitel-Theil S, Perrier A, Forde R, Slowther AM, Pegoraro R, et al. Physicians' access to ethics support services in four European countries. *Health Care Anal*. 2007;15:321-35.
 41. Fox E, Myers S, Pearlman RA. Ethics consultation in United States hospitals: A national survey. *Am J Bioeth*. 2007;7:13-25.
 42. Cipriano Silva M. Organizational and administrative ethics in health care: An ethics gap. *Online J Issues Nurs*. 1998;3(3). Manuscript 1 [consultado 3 jun 2018]. Disponible en: <http://ojin.nursingworld.org/mainmenucategories/anamarketplace/anaperiodicals/ojin/tableofcontents/vol31998/no3dec1998/ethicsgap.html>.
 43. Castlen JP, Cote DJ, Moojen WA, Robe PA, Balak N, Brennum J, et al. The changing health care landscape and implications of organizational ethics on modern medical practice. *World Neurosurg*. 2017;102:420-4.