

El personal administrativo y el compromiso ético

Alex O. Baraglia

Central de Emergencias. Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

El objetivo principal del artículo es explorar la necesidad de un compromiso ético-administrativo, considerando la importancia del comportamiento empático en la atención y la construcción de confianza con los pacientes y sus allegados. En el contexto de la Central de Emergencias se destaca el valor de mantener una formación continua en las habilidades del cuidado humano, especialmente en situaciones de alta demanda y recursos limitados, considerándose los fines y significados en la toma de decisiones y en la gestión de las actividades administrativas, así como la necesidad de incluir a sus acompañantes como parte integral del cuidado del paciente. Además, se reconoce el aporte tanto de la ética clínica como la equidad en la atención médica con el compromiso consciente y flexible en la gestión administrativa para promover una relación auténtica con el paciente y una mayor conciencia de los valores éticos.

Palabras clave: compromiso ético-administrativo, empatía, equidad, ética integral.

Administrative Staff and Ethical Commitment

ABSTRACT

The article's main objective is to explore the need for an ethical administrative commitment, considering the importance of empathic behavior in care and building trust with patients and their relatives. In the context of the Emergency Center, the value of maintaining continuous training in human care skills is highlighted, especially in situations of high demand and limited resources, considering the purposes and meanings in decision-making and management of administrative activities, as well as the need to include their companions as an integral part of patient care. In addition, we recognize the contribution of ethical clinical practice and equity in health care with a conscious and flexible commitment to administrative management to promote an authentic relationship with the patient and a greater awareness of ethical values.

Key words: administrative ethical commitment, empathy, equity, comprehensive ethics.

λύειν δ' οὐκ ἔστιν ἀγνοῶντας τὸν δεσμόν
“Por lo demás, quien no conoce [un] nudo no es posible que lo desate”.

Aristóteles¹

Este artículo explora la necesidad de un compromiso ético por parte del personal administrativo en la Central

de Emergencias (CE), análogo al juramento hipocrático y los códigos éticos del equipo asistencial. El análisis involucra diversos escenarios y plantea considerar la preeminencia de un comportamiento empático, la construcción de confianza con los pacientes y allegados, y la relevancia de mantener una formación continua en las artes del cuidado humano.

Autor de correspondencia: alex.baraglia@hospitalitaliano.org.ar, Baraglia AO.

Recibido: 12/07/23 Aceptado: 9/01/24 En línea: 27/03/2024

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i1.287>

Cómo citar: Baraglia AO. El personal administrativo y el compromiso ético. Rev. Hosp. Ital. B. Aires. 2024;44(1):e0000287

INTERCONEXIÓN Y PRINCIPIOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL

El requerimiento de un compromiso ético unificado en medicina ha sido un tema recurrente. Por ejemplo, Smith, Hiatt y Berwick² discuten la complejidad y la interconexión de las diferentes disciplinas dentro del sistema de salud y proponen una base común de principios éticos para guiar a todos los implicados. La mención de la transformación de la medicina desde un servicio individual hasta un sistema más complejo refleja los cambios y desafíos en la atención de la salud.

Por su parte, Limentani³ aborda la relevancia y las limitaciones de un código ético universal en el cuidado de la salud, resaltando que –si bien estos códigos son cruciales– no pueden resolver todos los problemas éticos específicos, subrayando así la responsabilidad ética individual. Aun cuando estos estudios proporcionan una base sólida, es importante reconocer que se centran principalmente en el personal asistencial y no abordan específicamente el campo administrativo.

Es necesario entender que la ética no solo guía las acciones directas de atención al paciente, sino también impregna las decisiones y políticas administrativas. En este sentido, antes de abordar más a fondo el nudo del tema, resulta pertinente establecer algunas definiciones preliminares. Puede deducirse que la deontología tiene una aplicabilidad práctica que busca dar una herramienta para determinar bajo reglas puntuales cuándo un acto está cercano a lo bueno o a lo malo. Según Kropotkin⁴ la ayuda mutua, la justicia y el espíritu de sacrificio son los tres elementos de la moral que forman la base de la ética humana.

Dando paso a los aspectos morales que conducen las reglas de conducta, es necesario destacar que la ética vela por establecer principalmente valores, normas subyacentes en las responsabilidades y el ejercicio de una profesión.

Marciano Vidal⁵ hace hincapié en que las decisiones libres y responsables de la persona son fundamentales en las acciones humanas y en la conformación de la realidad, y se reafirman en la persona como fuente y contenido de la dimensión ética, y no en el valor tangible de una institución. Existe una tensión entre la acción individual y las estructuras institucionales en la ética. El enfoque individualista se ampara en la responsabilidad de la persona, mientras que el enfoque colectivo descarga la responsabilidad en el colectivo y en las instituciones. La verdadera ética integra la responsabilidad individual y la colectiva, así como el efecto de las decisiones tanto en el ámbito actual como en el institucional y estructural. Vidal destaca que debe tenerse en cuenta la búsqueda de “fines” y “significados”.

Se argumenta que en la CE, los “fines” se refieren no solo a tratar las condiciones médicas de manera eficiente, sino también a proporcionar una atención que respete la dignidad y el bienestar emocional del paciente y de sus acompañantes. Los “significados”, por otro lado, se relacionarían con la interpretación y el valor que los pacientes y el personal administrativo asignan a estas interacciones y decisiones, resaltando el significado de adoptar un

enfoque más compasivo y responsable. En el ámbito de la CE, la eficiencia operativa suele ser el principal objetivo en la atención al paciente, lo que puede llevar a ignorar principios compasivos y de responsabilidad. Esta tendencia hacia una ‘razón instrumental’ prioriza las soluciones rápidas pero puede descuidar aspectos cruciales de la atención. De este modo, debería fomentarse un equilibrio que aprecie no solo la eficacia, sino también los propósitos y valores responsables en la toma de decisiones. Al hacerlo, se inicia un enfoque en la gestión de la CE centrado en el paciente, donde la calidad de las relaciones humanas y el cuidado empático son tan importantes como la resolución eficiente de las tareas.

Fernando Ulloa⁶ interpela con su descripción de lo que significa una organización institucional: un organismo con una geografía y una ordenación del tiempo y de las responsabilidades con objetivos por alcanzar y medios adecuados a tal fin, todo regulado por un código y por normas explícitas e implícitas.

Vale aclarar que estos lineamientos Ulloa los enuncia bajo el reparo de que la ternura es la base ética del sujeto. Al respecto, Ana María Fernández⁷ opina acertadamente que hablar de ternura en estos momentos no es un tema menor, ni que roce la ingenuidad, sino por el contrario es una forma de resistencia a la crueldad persistente de los vínculos sociales.

En la misma línea, Morgan⁸ escribe, sobre el concepto de metáfora cultural, tiempo después de publicar su estudio de metáforas organizacionales como generadoras de racionalidad en la vida cotidiana de una organización. El autor concluye que las metáforas de la máquina y el organismo eran insuficientes para explicar integralmente su estructura, no podía limitarse solo al campo de lo tangible, ya que los actores como agentes sociales aportan su cultura y juntos crean una cultura institucional. Así, la organización respira su propia cultura, por intermedio de sus valores, símbolos e historias.

De la misma forma, hilvanando los aspectos preliminares para adentrarnos en el desarrollo y dar luz a la cuestión, Pichon-Rivière⁹ allana el camino con el concepto ECRO, que llamó Esquema Conceptual Referencial y Operativo, el modelo que –mediante la instrumentación de tres elementos subjetivos: sentir, pensar, actuar– permite representar apropiadamente la realidad. Es decir, el sujeto va construyendo su historia y, a través de sus aciertos-errores aprehendidos, evoluciona, y esto le permite entender el mundo para no entrar en caos; si pierde esta condición, es posible que no observe la realidad tal cual es. Con este método se encuentra al sujeto en su ámbito para comprender su conducta. Al igual que el ECRO propone una visión integral del individuo en su contexto, la consideración del acompañante en la atención médica amplía la comprensión de la experiencia del paciente. Esto se alinea con la idea de que la atención en la CE no solo debe centrarse en el aspecto clínico, sino también en el contexto emocional y social del paciente. De esta manera, una concepción ética integral del recorrido del paciente en la CE no debe subestimar el valor de los allegados, ya que estos desempeñan un papel

fundamental en el entorno hospitalario. La estructura y el proceso de atención suelen separar al paciente, lo que frecuentemente deriva en falta de información, porque –a pesar de que esté recibiendo una atención médica óptima– puede llegar a complicarse el proceso si el allegado no es considerado.

En consecuencia, la gestión de la CE adopta una perspectiva horizontal y dialógica, poniendo al paciente y su contexto en el centro de todas las acciones. Este enfoque es el que define la guía de conducta para el equipo, compuesto por personal médico, de enfermería, técnicos, administrativos, y aquellos en roles de soporte como hotelería, limpieza y seguridad. Es preponderante que cada miembro del equipo refleje estos valores en su desempeño. De tal forma, la CE fomenta una atención que respeta y valora las diversas contribuciones de todos los miembros del equipo, subrayando la importancia de la colaboración efectiva y el respeto mutuo en situaciones de emergencia.

ASPECTOS HISTÓRICOS E INSTITUCIONALES

Zimmer¹⁰, iniciada la década de 1950, asume que cada civilización tiene que producir sus propios símbolos de acuerdo con su momento histórico, pues una verdad del siglo V puede no tener el mismo efecto en estos días. En la antigua India, en los albores por salvaguardar la libertad humana, se defendía la idea de que nuestra mente estaba gobernada por la voluntad de elegir entre las disposiciones que nos conducen hacia el bien y las que nos inclinan hacia el mal, y que queda en nuestras manos ese acto consciente, para luego dar inicio a la inexorable relación causa-efecto.

En este marco, si indagamos en la historia, el primer compromiso en relación con la atención de un enfermo se remonta a un pasado en el que no existía la figura del médico como la conocemos hoy en día, ya que la práctica estaba frecuentemente en manos de sacerdotes, curanderos y otros expertos sin formación académica. Karchmer¹¹ dice que el juramento hipocrático se ha adaptado para convertirse en una guía para la práctica de la medicina. Ahora bien, debe destacarse que no es exclusivo del área médica, ya que otros profesionales de la salud también se adhieren a códigos éticos y normas profesionales.

Hipócrates estableció una serie de parámetros de conducta en la medicina que, aunque han sido modificados a lo largo del tiempo, conservan un espíritu relevante en la actualidad. Laín Entralgo¹² comentó esto diciendo: “Alcmeón fue el iniciador de la medicina fisiológica; Hipócrates, su verdadero fundador”. Esta idea resalta la influencia duradera de Hipócrates en la ética médica, enfatizando que su legado va más allá de un conjunto de reglas, que abarcan una filosofía integral de cuidado y responsabilidad hacia los pacientes.

Los principios éticos antiguos siguen siendo relevantes y se aplican en métodos modernos como la trazabilidad. Este enlace entre lo histórico y lo contemporáneo puede proporcionar una perspectiva más rica y completa sobre la evolución de la ética en el sistema de salud. La trazabilidad del paciente, que implica seguir y documentar

su trayectoria a lo largo de todo el proceso de atención, es crucial tanto para la calidad del cuidado como para la toma de decisiones.

Ahora bien, en todos los centros de salud se comparte una guía normativa entre todos los actores que cohesiona en la cultura organizacional. No obstante, la cualidad de las responsabilidades de un administrativo es diferente de aquellas del personal asistencial y, por lo tanto, no se atienden al mismo código ético.

Sin embargo, Smith, Hyatt y Berwick¹³ manifestaron, ya hace algunos años, que la unificación de un código para el ámbito asistencial sería beneficioso para aunar a todos los actores que intervienen en el proceso de atención del paciente, interesados en el cuidado de la salud en un escenario cooperativo y de respeto mutuo.

El Ministerio de Salud de China¹⁴ también abogó por un “Código de Conducta” aplicable a profesionales de todos los niveles, incluidos: gerentes, médicos, enfermeras, farmacéuticos, médicos y otro personal que esté relacionado en la trazabilidad de la atención de un paciente.

En otro orden, pueden explorarse brevemente distintas instituciones y autores que definen los límites éticos; por ejemplo Kraus y cols.¹⁵ dicen que el “Code of Ethics for Emergency Physicians” del American College of Emergency Physicians (ACEP) establece principios generales, afines al juramento hipocrático, y que se relacionan con la responsabilidad, la integridad, el respeto, la confidencialidad, el trabajo en equipo, la seguridad del paciente, atributos insoslayables y tan valiosos como el deber de asignar con pericia los recursos y actuar como administradores responsables de la salud.

La Asociación Médica Mundial tiene como política más antigua la Declaración de Ginebra, que sería en líneas generales el juramento hipocrático moderno, rito de iniciación de muchos médicos del mundo. Desde las primeras huellas del cuidado, pasando por los chamanes hasta la medicina actual, se ha demostrado cómo se les fue atribuyendo a los profesionales de la salud una exigencia moral distinta de las de otras áreas del saber³.

En este sentido, para vincular la cuestión administrativa, Diego Gracia¹⁶ hace una distinción sobre disciplina ética en este ámbito, y el hecho invalorable de que los administradores de la salud deben ser conscientes de su papel en la toma de decisiones y en la implementación de políticas que beneficien la calidad del servicio al paciente. Además de cumplir con su tarea técnica, el administrativo tiene una responsabilidad ética no solo hacia el paciente, sino también hacia la sociedad en general.

Si bien es habitual normalizar la conducta bajo un código ético, se prefiere analizar, para este caso puntual, la aceptación de un compromiso ético, porque la palabra código se advierte como algo inflexible y prescriptivo.

La palabra “código” proviene del latín “codex”, que originalmente se refería a una tabla de madera cubierta de cera en la cual se escribieron las leyes, que con el pasar de los años fueron normas escritas en un formato sistemático. Si bien su connotación es rígida, no implica una limitación absoluta, mientras se permita la posibilidad de adaptación

a nuevas situaciones. La ética está en constante evolución y reflexión, y sus herramientas deben ser lo suficientemente flexibles para abordar los desafíos y dilemas éticos que puedan surgir.

Al asumir un compromiso consciente, se otorga flexibilidad y se enfatiza la responsabilidad individual. El personal administrativo asume la responsabilidad de actuar en beneficio propio y de establecer una relación más auténtica con el paciente, promoviendo así una mayor conciencia de los valores éticos.

Un compromiso ético en la gestión administrativa estima tanto la ética clínica como la equidad en la atención médica, reconociendo que ambas son importantes para garantizar la calidad y seguridad del cuidado de la salud. Según Reddy y Mythri¹⁷, la ética clínica se refiere a las normas y principios éticos que rigen la práctica médica en la relación entre el profesional de la salud y el paciente. Por otro lado, la equidad en la atención médica se refiere a la justa distribución de los recursos y servicios de salud, sin importar la condición socioeconómica, cultural o de cualquier otra índole del paciente. Los administrativos deben asegurarse de que los recursos y servicios se distribuyan de manera justa y equitativa, y de que se tenga en cuenta el acceso a la atención médica para todos los pacientes, especialmente aquellos en situaciones de vulnerabilidad.

Rivas Flores y Rivas Gayo¹⁸ dicen que “la relación interpersonal constituye la base ética de la relación sanitaria, en la que se ponen en juego los valores de cada una de las partes, y distintas maneras de entender la situación”. A propósito de esta referencia, los administrativos de la CE se enfrentan, con frecuencia, a situaciones en las que toman decisiones que afectan directa o indirectamente la calidad y seguridad del cuidado de la salud del paciente, como la distribución de recursos y la organización de los servicios médicos.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE UN COMPROMISO ÉTICO ADMINISTRATIVO

Resulta propicio citar a Ortega y Gasset¹⁹ que critica e insinúa que en la historia existe una singular armonía preestablecida que relaciona las épocas en las cuales se restringe la libertad de pensamiento con los períodos en los que los intelectuales no alzaron sus voces sobre cuestiones humanísticas. En estos días, ya atravesados por la pandemia de COVID-19, este razonamiento se revela como una crítica a la desconexión entre la teoría y la práctica.

Sobre la base de lo mencionado, aunque se dialoga y escribe copiosamente sobre las bondades del desarrollo de las habilidades blandas y la ética en la sociedad actual, con normalidad se divisa una brecha entre lo que se dice y lo que se hace. En otras palabras, se observa una falta de coherencia en la manera en que se aplican las normas éticas y se practica la empatía en la vida diaria. Estamos coexistiendo en una época en la que la política y el ideario restrictivo están perjudicando nuestra capacidad de pensar y de actuar en consecuencia.

De acuerdo con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito²⁰, una de las cuestiones más

difíciles que se plantea aquí es si existe un conflicto entre la moral del rol y la ética propia del administrativo. Los administrativos desempeñan sus tareas en adhesión a normas estandarizadas, y esta responsabilidad hacia el paciente no suscita mayor polémica. Hasta cierto punto, las tareas en distintas profesiones admiten conductas que entran en conflicto con la ética personal. El tema de los códigos éticos es común a la gran mayoría de las profesiones: sin importar el grado académico, se encontrarán con la obligatoriedad del ejercicio.

Un ejemplo de conflicto ético en el que un administrativo se ve involucrado se presenta cuando un paciente con una patología determinada ingresa en la CE, pero no cuenta con los recursos financieros necesarios para obtener un diagnóstico y requiere ser trasladado a un hospital público para continuar su atención. Acto que está justificado en el ámbito privado siempre y cuando el paciente no corra riesgo de vida (ni el traslado perjudique las condiciones de salud). Esta normativa puede lacerar la ética individual del administrativo, y seguramente de buena parte de la sociedad, pero bajo el paraguas hospitalario, la norma justifica la acción del traslado. El administrativo tiene presente que la Institución está comprometida en brindar la mejor atención posible al paciente, asegurando su bienestar hasta que pueda ser trasladado; en consecuencia, queda como responsabilidad del colaborador instrumentar los medios para que la derivación se realice con celeridad para beneficio del paciente y de la Institución.

Por consiguiente, uno de los argumentos a favor de que el administrativo acepte este compromiso específico es que su accionar contribuye a mejorar la calidad de la atención y además este acto fomenta una cultura ética que podría aumentar la confianza de los pacientes en la organización.

Sin embargo, hay argumentos en contra de que el personal administrativo deba firmar un compromiso ético adicional. Es importante distinguir entre las normativas de conducta ya existentes y este compromiso ético propuesto. Mientras que las normativas actuales proveen un marco de conducta general, el compromiso ético busca profundizar la responsabilidad individual y la dedicación a los valores éticos en la atención al paciente.

Si bien el compromiso ético propuesto busca complementar y no reemplazar las normativas existentes, su implementación podría generar ciertas inquietudes. Por ejemplo, podría crear confusión en cuanto a las responsabilidades y el papel del administrativo, especialmente si ya cuentan con un código ético hospitalario con normas de conducta claras.

Tal vez este nuevo compromiso dificulte el panorama ético-legal. Es posible que algún tipo de exigencia genere cuestionamientos de tinte gremial y el administrativo considere que este requisito es injusto y discriminatorio.

Por tal razón, cualquier cambio en las expectativas ético-administrativas se aborda en el contexto de una discusión abierta entre el hospital y el empleado. Si el hospital desea que el administrativo asuma una mayor responsabilidad ética, es menester que se comuniquen

claramente las razones detrás de esta expectativa, se ofrezca una capacitación adecuada, y también se tenga en cuenta que cualquier cambio debe ser coherente con las regulaciones y normativas legales vigentes. Si se requiere la aceptación de este compromiso, debe haber una base legal para ello y se deben proporcionar los recursos necesarios para que el administrativo lo cumpla. Se debe llegar a un acuerdo que contemple tanto las necesidades del hospital como las expectativas del empleado, y garantice que cualquier cambio se realice de manera justa y transparente.

Si bien el administrativo de la CE tiene una tarea distinta de aquella de cualquier otro sector del Hospital en cuanto a la demanda y exigencia de rapidez en la atención y en la intervención de múltiples procesos, se pone énfasis en que todos los empleados tienen un papel significativo en el cuidado de los pacientes y en el mantenimiento de la reputación del Hospital.

Puede resultar una labor ardua un objetivo de este calibre pero, a través de un proceso colaborativo y dialógico, podría ser útil para evaluar la aceptación de tal compromiso para garantizar un servicio de calidad más humano con el paciente y sus allegados. Permitiría a todos los interesados en la decisión expresar sus opiniones y preocupaciones sobre el tema, además cooperaría en la identificación de posibles beneficios y desafíos asociados con la implementación.

EL CAMPO MÁS FÉRTIL: CAMINO A LA TRANSDISCIPLINA

Funtowicz y Ravetz²¹ realizaron un análisis exhaustivo sobre el valor del diálogo y la colaboración en la resolución de problemas sociales, destacando la participación tanto de expertos como de todas las partes interesadas. Subrayaron la necesidad de fomentar una comprensión transdisciplinaria en cuestiones de salud, proponiendo la ampliación de las fronteras disciplinarias para abarcar una diversidad de aspectos: biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales.

En una nueva investigación, Funtowicz²² examina los beneficios del intercambio de conocimientos y de coproducción de conocimientos, centrado en el aumento de la participación de los ciudadanos que “podría ser éticamente justa o políticamente correcta”, mejorando la calidad del proceso de toma de decisiones.

El concepto de diálogo participativo mencionado por los autores promueve el desarrollo de métodos para lograr un diálogo entre la ciencia y la sociedad. La gestión transdisciplinaria es un enfoque que busca resolver problemas complejos e interdisciplinarios de manera colaborativa, involucrando a diferentes disciplinas, actores y perspectivas¹⁹.

En el caso de la gestión del conocimiento, la transdisciplina es esencial para acreditar que los conocimientos y habilidades de diferentes disciplinas se compartan y se utilicen de manera efectiva en la atención al paciente.

En cierto modo, la burocracia administrativa obstaculiza esta gestión. Para Farfán Buitrago y Garzón Castriellón²³, las políticas y procedimientos burocráticos limitan la capacidad de los actores de diferentes disciplinas para

colaborar efectivamente y compartir conocimientos y experiencias.

La pandemia de COVID-19 ha intensificado estos desafíos, aumentando la carga de trabajo y el estrés del personal en general. Esta situación ha evidenciado la necesidad de enfocarse no solo en el paciente, sino también en el bienestar del personal. En este contexto, se hace esencial promover la colaboración interdisciplinaria y la reducción de barreras burocráticas, para fortalecer un sistema de salud más resiliente y centrado en el ser humano.

Los administrativos deben fortalecer aspectos vinculados al desarrollo de la empatía, junto al personal asistencial para resolver los problemas de manera colaborativa, compartiendo conocimientos y habilidades a fin de garantizar una atención más humanizada para los pacientes. Es importante asegurar que se proporcione suficiente apoyo y recursos al administrativo para realizar sus funciones. Esto acarrea la provisión de recursos adicionales, por ejemplo, llevar a cabo actividades de apoyo psicológico e instaurar un ambiente de trabajo saludable.

La participación activa del personal y la organización depende de varios factores. La aceptación de un compromiso, por un lado, podría garantizar que los administrativos estén involucrados con la calidad del servicio y el bienestar centrado en el paciente y sus allegados. Sin embargo, es posible que algunos miembros del personal administrativo no se sientan cómodos con asumir el compromiso que conlleva aceptarlo. Aunque existen beneficios evidentes, también hay argumentos en contra de esta medida, como la posible dificultad para aplicarla a todas las funciones y responsabilidades de un personal diverso y la eventualidad de que su implementación distraiga la atención de otras necesidades más críticas de la organización. Por lo tanto, esta evaluación debe integrar el criterio y colaboración de todas las partes interesadas e implementarse de manera efectiva y sostenible.

Este trabajo aporta al campo de la bioética, poniendo énfasis en la importancia del personal administrativo en la CE, un aspecto que hasta ahora ha sido poco explorado en la literatura. Tal perspectiva amplía la comprensión tradicional en este ámbito, al integrar roles no clínicos esenciales en el cuidado de la salud. Claude Bernard²⁴ mostró la medicina como un todo indisoluble. Sostuvo que el organismo debía observarse como una unidad, y no de forma aislada, en el que cada órgano y sistema está interrelacionado y contribuye al funcionamiento general. Esta idea resuena con fuerza en este debate ya que, de manera similar, en la atención de emergencias resulta esencial integrar prácticas éticas que incluyan a todo el personal de la CE, asegurando que cada integrante del equipo promueva un ambiente centrado en el paciente, donde la cohesión y la interdependencia son claves para un cuidado efectivo y compasivo. Esta afirmación adquiere una dimensión adicional. Bernard²⁵ reconoció que el organismo es un ‘microcosmos’ que refleja el ‘macrocosmos’, una concepción que no solo subraya la unidad fundamental entre el organismo y el universo, sino también recalca la complejidad y la interrelación de todas sus partes.

Como cierre, y en relación con lo anteriormente expuesto, renueva pertinencia citar a Hermes Trismegisto²⁶, fundador de la tradición hermética gestada entre la integración del mundo grecorromano y egipcio que, en su tabla esmeralda, siglos atrás, estableció que lo que está arriba es igual a lo que está abajo, y que lo que está abajo es igual a lo que está arriba. Porque las cosas provienen de la maravillosa unidad del todo. Esta reflexión reafirma la importancia de las relaciones y la interconexión para comprender el microcosmos institucional y cómo los distintos niveles de la realidad se influyen entre sí. Comprender el punto de vista de los pacientes, sus allegados, el equipo asistencial, los administrativos y la organización en su conjunto resulta fundamental para apreciar la complejidad del entramado asistencial. Esta perspectiva nos lleva a reconocer que cada componente en situaciones de emergencia, independientemente de su alcance, forma parte de un tejido más amplio y se ve afectado por este, así la importancia del cuidado integral.

Agradecimientos: mi agradecimiento permanente a Norma Núñez y Arturo Sala por el encuentro en la vida.

Conflictos de intereses: el autor declara no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS

1. Aristóteles. *Metafísica*. Trad. T. Calvo Martínez. Barcelona: Gredos; 2003.). Libro III, I [995a].
2. Kropotkin P. El apoyo mutuo: un factor de la evolución. Madrid: Nossajara; 1989.
3. Vidal M. *Diccionario de ética teológica*. Navarra: Verbo Divino; 1991.
4. Smith R, Hiatt H, Berwick D. A shared statement of ethical principles for those who shape and give health care: a working draft from the Tavistock group. *Ann Intern Med*. 1999;130(2):143-147. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-130-2-199901190-00009>.
5. Limentani AE. An ethical code for everybody in health care: the role and limitations of such a code need to be recognised. *BMJ*. 1998;316(7142):1458. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7142.1458a>.
6. Ulloa F. *Psicología de las instituciones: una aproximación psicoanalítica*. *Rev Psicoanal*. 1969;26(1):5-37.
7. Fernández A. *Las lógicas sexuales: amor, política y violencias*. Buenos Aires: Nueva Visión; 2009.
8. Morgan G. Paradigms, metaphors, and puzzle solving in organization theory. *Admin Sci Q*. 1980;25(4):605-622. <https://doi.org/10.2307/2392283>.
9. Rivière EP. Esquema conceptual referencial y operativo: clase no. 2 de primer año, curso 1970 dictada el 29/4 por el Dr. Enrique Pichon Rivière en la Primera Escuela Privada de Psicología Social [Internet]. Buenos Aires: Primera Escuela de Psicología Social; 1970 [citado 2023 mar 15]. Disponible en: <https://www.escuelapichonriviere.com.ar/psicologiasocial/2019/esquema-conceptual-referencial-y-operativo/>.
10. Zimmer H. *Filosofías de la India*. Madrid: Sexto Piso; 2011.
11. Karchmer S. Códigos y juramentos en medicina. *Acta Méd*. 2012;10(4):224-234.
12. Lain Entralgo P. *La medicina hipocrática*. Madrid: Ediciones de la Revista de Occidente; 1970.
13. Smith R, Hiatt H, Berwick D. Shared ethical principles for everybody in health care: a working draft from the Tavistock group. *BMJ*. 1999;318(7178):248-251. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7178.248>.
14. [República Popular China. Gobierno Popular Central. Ministerio de Salud. Acta de la conferencia de prensa del "Código de Conducta para Profesionales en Instituciones Médicas" del Ministerio de Salud. Gobierno Popular Central; 2012] [citado 2023 mar 15]. Disponible en: http://www.gov.cn/gzdt/2012-07/18/content_2186007.htm.
15. Kraus CK, Moskop JC, Marshall KD, et al. Ethical issues in access to and delivery of emergency department care in an era of changing reimbursement and novel payment models. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2020;1(3):276-280. <https://doi.org/10.1002/emp2.12067>.
16. Gracia D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Triacastela; 2007.
17. Reddy MS, Mythri SV. Health-care ethics and the free market value system. *Indian J Psychol Med*. 2016;38(5):371-375. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.191387>.
18. Rivas Flores FJ, Rivas Gayo B. Bioética y asistencia sanitaria. *Rev Iberoam Bioética*. 2016;(2):1-15. <https://doi.org/10.14422/rib.i02.y2016.008>.
19. Ortega y Gasset J. *Apuntes sobre el pensamiento*. Madrid: Revista de Occidente; 1975.
20. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. *Educación para la justicia: serie de módulos universitarios. Integridad y ética. Módulo 14. Ética profesional*. Viena: Naciones Unidas; 2019.
21. Funtowicz S, Ravetz J. La ciencia postnormal: la ciencia en el contexto de la complejidad. *Ética Política*. 1996;(12):7-8.
22. Funtowicz S. Why knowledge assessment? En: Pereira AG, Guedes Vaz S, Tognetti S, eds. *Interfaces between science and society*. London: Routledge; 2006. Cap. 8.
23. Farfán Buitrago D, Garzón Castrillón M. (2006). *La gestión del conocimiento* [Internet]. Bogotá: Universidad del Rosario; 2006 [citado 2023 ene 15]. (Documentos de Investigación; no. 29). Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/4b06177a-8e80-4aed-99e3-17562925e668/content>.
24. Bernard C. *Introducción al estudio de la medicina experimental*. Barcelona: Crítica; 2005.
25. Bernard C. *El pensamiento vivo*. Buenos Aires: Losada; 1965.
26. Trimegisto H. *La tabla Esmeralda*. Madrid: Mestas; 2011.