

opción

Revista de Antropología, Ciencias de la Comunicación y de la Información, Filosofía,
Lingüística y Semiótica, Problemas del Desarrollo, la Ciencia y la Tecnología

Año 32, diciembre 2016, N° Especial

12

Revista de Ciencias Humanas y Sociales

ISSN 1012-1537 / ISSN-e: 2477-9385

Depósito Legal pp 198402ZU45



Universidad del Zulia
Facultad Experimental de Ciencias
Departamento de Ciencias Humanas
Maracaibo - Venezuela

Opción, Año 32, Especial No.12 (2016): 830-856
ISSN 1012-1587 / ISSN: 2477-9385

Bioética como marco de la responsabilidad social en hospitales públicos

Esther Sofía Urdaneta González

*Universidad Nacional Experimental Politécnica de la Fuerza Armada
Nacional Bolivariana. UNEFA. (Venezuela)*

eurdaneta02@gmail.com

José Vicente Villalobos Antúnez

Universidad del Zulia. LUZ. (Venezuela)

jvillalobos@gmail.com

Resumen

El propósito del estudio fue describir la Bioética como marco de la Responsabilidad Social en Hospitales Públicos. Se ubicó como explicativo, de campo, diseño no experimental y transeccional. La población estuvo conformada por 30 supervisores de enfermería. Entre los resultados destaca; los principios bioéticos son tomados en cuenta, pero sin jerarquización en caso de conflictos entre ellos. El derecho a la información clara y completa, el derecho a la atención sanitaria de calidad no son prioritarios, poca presencia de los comités de Bioética. En cuanto a Responsabilidad Social los socios comerciales se priorizan sobre los pacientes y comunidades locales: Se otorga mayor importancia a la buena imagen sobre el capital social. Se construye un modelo teórico.

Palabras clave: Bioética; responsabilidad social; hospitales públicos.

Bioethics as a under of the social responsibility in the public hospital

Abstract

The purpose of the study was describing Bioethics as a part of the Social Responsibility in public Hospitals. It was tagged as descriptive field with a non transactional and experimental design. The studied population was conformed by 30 nursing supervisors. Among the results we can highlight that the bioethic principles are taken in count without hierarchization in case of conflict between them. The right to clear and complete information, the right to quality sanitary attention is not priority, absence of the bioethics committees. In what respects to Social Responsibility, the commercial associates prioritize over the patients and local communities. It is given major importance to the good image about the social capital. A bioethical alignment theoretical model.

Keywords: Bioethics; Social Responsibility; Public Hospitals.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la bioética muestra una evolución en la cual, cada vez actores no médicos tienen algo que decir sobre el tema, es así como a partir de los años ochenta marca los inicios de la internacionalización en Europa. Numerosos factores han contribuido a tal fin, entre los que destacan: la procreación asistida, la experimentación humana, la eutanasia, los cuidados paliativos, los trasplantes de órganos, la obstinación terapéutica, definición del inicio y final de la vida, entre otros. Asimismo las políticas de salud, la asignación de recursos limitados, la explotación de técnicas biomédicas han ayudado a consolidar la bioética como una disciplina necesaria para ayudar en la toma de las mejores decisiones para el bien del individuo y de la colectividad en general. Decidir qué opción es mejor supone la decisión previa de para quién es mejor y con respecto a qué criterios.

Es así como actualmente la bioética pasa a tener un papel fundamental dentro del hospital, seno de numerosos y diversos dilemas

éticos, teniendo como misión estudiar todos estos problemas y elaborar, sino respuestas, por lo menos procedimientos que permitan aportar esas respuestas. Con frecuencia estos problemas bioéticos se plantean en sociedades complejas, individualistas, multiculturales, compuestas por grupos de diversos intereses, es entonces cuando el hospital como organización pública perteneciente a un sistema de salud pasa a tener una Responsabilidad Social con sus grupos de interés y con el medio ambiente donde está inmerso.

Dentro de este contexto el hospital tiene un compromiso y debe responder ante el colectivo, los profesionales y ante su entorno, este proceso de vinculación social permite diseñar proyectos y acciones conjuntas para proporcionar un beneficio a toda la sociedad, dentro de un marco ético donde se consideren los derechos de todos los actores que hacen vida dentro y fuera del hospital, incluyendo el ambiente donde está inmerso.

En este sentido la presente investigación busca conocer si estas instituciones públicas se desempeñan con lineamientos bioéticos que permitan favorecer la práctica de la responsabilidad social para brindar una atención humanizada y de calidad a los pacientes que allí acuden. Así como también favorecer a sus grupos de interés incluyendo al medio que lo rodea o área de influencia.

1.- FUNDAMENTOS TEÓRICO

1.1. Bioética

A la definición de bioética se le han dado diversos sentidos, de acuerdo a los diferentes enfoques y concepciones, (Reich 1978), la define” como el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que esta conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales”. (Ciccone 2009), refiere que esta definición ofrece un punto de partida para establecer una hipótesis fundamentada de estatus epistemológico. En lo que se refiere el objeto de la bioética su ámbito resulta ser con claridad aquel que comprende las ciencias biológicas y médicas o ciencias biomédicas. Debido a las posibilidades de intervención sobre la vida en el momento que surge y en su tramo final.

2.- PRINCIPIO GENERALES DE BIOÉTICA

2.1.- Principio de Autonomía

Para (Blázquez 2010), el principio de autonomía o el de respeto a las persona, tiene como objetivo respetar la libre decisión. Se puede definir como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente. Este principio es la base para una nueva relación paciente-profesional de la salud, ya que al paciente se le trata como adulto responsable con la capacidad y el derecho de decidir entre las opciones presentes, en una determinada situación clínica.

2.2.- Principio de No Maleficencia

Este principio según (Ciccone 2009), expresa la obligación de no producir daño intencionalmente. En la ética médica se ha asociado a la frase “sobre todo no hacer daño”, sin embargo, presenta hoy implicaciones completamente nuevas, como por ejemplo, la necesidad de clarificar la distinción entre matar y dejar morir, entre suspender y abstenerse de tratamientos, especialmente con referencia a los enfermos terminales y a los pacientes con lesiones graves e irreversibles en los cuales sus circunstancias son complejas.

2.3.- Principio de Beneficencia

Para (Blázquez 2010), Este principio pretende dar un sentido de obligatoriedad que va más allá de la bondad o caridad; este principio se expresa en dos reglas generales: no hacer daño y maximizar los posibles beneficios y minimizar los posibles daños. Se debe ayudar al prójimo por encima de los intereses particulares, en otras palabras, obrar en función del mayor beneficio posible para el paciente y se debe procurar el bienestar la persona enferma. Los elementos que se incluyen en este principio son todos los que implican una acción de beneficio que haga o fomente el bien, prevenga o contrarreste el mal o daño; adicionalmente, todos los que implican la omisión o la ausencia de actos que pudiesen ocasionar un daño.

2.4.- Principio de Justicia

Afirma (Ciccone 2009), el Estado reconoce a todos los ciudadanos, sin distinción, el derecho al cuidado de la salud, considerada también como bien social y de modo correlativo se encarga de proporcionar todo lo que asegura el efectivo respeto de ese derecho. Este principio exige una repartición igual de beneficios y cargas, que eviten discriminaciones e injusticias en las políticas y en las intervenciones sanitarias. De modo general, una persona es tratada según el principio de justicia cuando ha sido tratada según lo que es correcto y debido.

A este nivel es pertinente destacar lo expresado por (León 2011), quien refiere que los principios formulados por Beauchamps y Childress, que destacaron lo que denominan “moral común universalizable” ayudan a concretar los deberes desde el marco de referencia valórico a las normas concretas de acción, se ha mostrado eficaz en el ámbito de la ética clínica, dentro de una sociedad pluralista. Pero también ha recibido numerosas críticas, sobre todo, por su falta de jerarquización, ya que cada uno de estos principios es del mismo nivel o importancia, y en caso de discusión entre varios de ellos (como sucede con frecuencia), se debe acudir al análisis del caso concreto, para ver cual debe prevalecer.

No obstante para (Gracia 2006), todos los principios tienen la misma importancia, (cuando no entran en conflicto entre sí), hay la obligación moral de cumplir con todos ellos. Pero en caso de conflicto, es preciso ordenarlos jerárquicamente, a fin de poder optar por aquel que es de rango más elevado. En ocasiones es evidente que la justicia tiene prioridad sobre la autonomía, y otras en que sucede exactamente lo contrario, en esto juegan un papel importante las consecuencias. Entre aquellos y éste existe la misma diferencia que entre el bien común y el bien particular, uno puede y tiene que perseguir su bien particular, pero también tiene la obligación, en caso de conflicto, de anteponer el bien particular al bien común.

Agrega Gracia que es pertinente decir que los cuatro principios se ordenan en dos niveles jerárquicos; Nivel 1 y Nivel 2. El Nivel 1 está constituido por los principios de no-maleficencia y justicia, es el propio de la “ética de mínimos”, a los mínimos morales se nos puede obligar desde afuera, es la ética del deber, es el propio de lo correcto e incorrecto, siendo propio del Derecho. El Nivel 2 está constituido por

los principios de autonomía y beneficencia, es el de la “ética de los máximos”, que depende del propio sistema de valores, es decir del propio ideal de perfección y felicidad, es propio de lo bueno o malo, guarda relación con la moral.

3.- DERECHOS DEL PACIENTE

Según (Lázaro y Gracia 2009), el año 1973 puede tomarse como símbolo de rebelión, la rebelión de los pacientes. En esa fecha, la Asociación Americana de Hospitales aprobó la primera Carta de Derechos del Paciente, que supone el reconocimiento oficial del derecho del enfermo a recibir una completa información sobre su situación clínica y a decidir entre las opciones posibles, como adulto autónomo y libre que es. La siguiente declaración representa algunos de los derechos principales del paciente, estos derechos son:

3.1.- Derecho a la atención médica de calidad

Toda persona tiene derecho, sin discriminación, a una atención médica apropiada. A ser atendido por un médico que el sepa que tiene libertad para dar una opinión clínica y ética, sin ninguna interferencia exterior. El paciente siempre debe ser tratado respetando sus intereses, el tratamiento aplicado debe estar conforme a los principios médicos aprobados.

3.2.- Derecho a la atención sanitaria sin discriminación

La sociedad tiene que ayudar a todo ser humano a su realización personal, garantizándole la satisfacción razonable de sus necesidades fundamentales, dentro de estas necesidades una de las más importantes es el acceso a los servicios sanitarios, ya que la salud es necesaria para que la persona pueda disfrutar de la vida y desarrollar su proyecto vital personal.. Dicha atención debe estar basada en criterios médicos y debe hacerse sin discriminación de ningún tipo (raza, sexo, religión, opinión política o cualquier otra condición).

3.3.- Derecho asistencia digna

La dignidad del paciente y el derecho a su vida privada deben ser respetadas en todo momento durante la atención médica y la enseñanza de la medicina, al igual que su cultura y sus valores, al alivio de su padecimiento. El paciente tiene derecho a alivio de su sufrimiento, según los conocimientos actuales, a recibir una atención terminal humana y a recibir toda la ayuda disponible para que muera lo más digna y aliviadamente posible.

3.4.- Derecho a la libertad de elección

El paciente tiene derecho a elegir o cambiar libremente su médico y hospital o institución de servicio de salud, sin considerar si forman parte del sector público o privado, tiene derecho a solicitar la opinión de otro médico en cualquier momento si así lo considera necesario. Así como tener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

3.5.- Derecho a la información clara y completa

El paciente tiene derecho a recibir información sobre su persona registrada en su historial médico y a estar totalmente informado sobre su salud, inclusive los aspectos médicos de su condición. La información se debe entregar de manera apropiada a la cultura local y de tal forma que el paciente pueda entenderla.

3.6.- Derecho a la confidencialidad

Toda la información identificable del estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento de un paciente y toda otra información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, incluso después de su muerte. Toda información identificable del paciente debe ser protegida.

4.- INSTRUMENTOS CON ORIENTACIÓN BIOÉTICA

4.1.- Consentimiento Informado

(Méndez y Silveira 2007), lo definen como un proceso de comunicación e información que se realiza entre el personal sanitario y la persona atendida, en la cual el paciente recibe una información suficiente y comprensible, que le capacite para participar voluntariamente en la adopción de las decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de enfermedad. Hace referencia a dos ideas básicas: la obligación del personal sanitario de suministrar la información adecuada antes de realizar cualquier intervención en su cuerpo y la potestad del paciente de rechazar esta intervención. Herazo (2010), refiere que el consentimiento informado se puede clasificar en consentimiento informado terapéutico, para investigación científica e intervención quirúrgica.

A partir de estos planteamientos consideramos que el consentimiento informado es una de las herramientas que dispone el paciente para manifestar su autonomía y libre elección, que debería ser fundamental en la gestión de los hospitales. En este sentido es importante que el paciente comprenda totalmente la información, para aceptar ya sea la participación en investigaciones, procedimientos diagnósticos o intervenciones quirúrgicas. Manifestando libremente y sin coacción su consentimiento. Asimismo es importante la puesta en práctica de este lineamiento en el funcionamiento de los hospitales públicos, ya que hablaría de una buena gestión con criterios de bioética.

4.2.- Comités hospitalarios de bioética

Según (Cortina 2006), los comités de bioética surgen para potenciar los valores morales propios de la actividad sanitaria, la moral no puede ser impuesta desde afuera, tener la moral alta significa que una persona o profesión, ha alcanzado desde adentro juicio y eficacia vital. Por ello la tarea prioritaria su misión es crear conciencia en el ámbito profesional de que hay valores implicados en su forma de vida y en sus decisiones. Se puede decir en su sentido más amplio que son grupos multidisciplinarios, creados fundamentalmente para enfrentar los dilemas éticos que hoy en día plantea la medicina, tienen las siguientes funciones: supervisión de investigación clínica, resolución

de dilemas éticos y función educativa.

Los comités de bioética se ocupan de promover una armonización nacional e internacional, mediante el estudio de situaciones que presentan homogeneidad o disparidad, así como definir las líneas de acción para todos los comités de bioética hospitalarios y de esta forma desarrollar guías de acción comunes. Se ocupa de la elaboración de criterios generales para enfrentar diversos problemas, modo de ejemplo muchos comités de bioética han sugerido mejorar condiciones de horario de visitas, facilidades para el contacto de pacientes terminales con su familia, modo de personalizar más la atención, mejoras en la información a los pacientes.

5.-DILEMAS CON IMPLICACIONES BIOÉTICAS

5.1.- Aborto

Por lo que se refiere al tema de la moralidad del aborto, refiere (Valdés 2006), es un tema donde las opiniones se dividen y donde las discusiones razonables se hacen difíciles, pues los contendientes en la disputa suelen partir de concepciones diferentes sobre asuntos filosóficos de índole muy general, que inciden directamente sobre el asunto a determinar. En filosofía moral la pregunta central en el debate sobre el aborto debe ser: ¿es moralmente aceptable el aborto? ¿Es el feto una persona? ¿Tiene el feto valor moral intrínseco? ¿Tiene derechos el feto que estén por encima del derecho de la mujer a la vida y el derecho a decidir sobre su cuerpo. En relación a la práctica del aborto existen posiciones encontradas y donde los argumentos tratan de justificarlo o condenarlo, entre estas posiciones se pueden mencionar: la noción de persona biológica, persona potencial, noción metafísica, la santidad de la vida y los conflictos de derechos.

5.1.1. - Noción biológica de persona

La noción biológica de persona o ser humano se utiliza frecuentemente en las discusiones sobre el aborto, quienes la apoyan suelen alegar que el hecho de estar vivo y tener ADN propio de la especie homo sapiens es suficiente para ser una persona, de modo que un óvulo fecundado, en ese sentido, es una persona: Esta particular noción se topa con una dificultad, todas las células vivas tienen el

ADN humano, y no se aceptaría que cada una de ellas fuera una persona. Quienes apoyan esta noción tendrían que agregar que además sea el producto de la unión de dos gametos humanos y hayan iniciado un proceso de desarrollo determinado por su material genético único, de tal forma que un óvulo fecundado sería una persona.

5.1.2.-Noción metafísica de la persona

La noción metafísica según (Valdés 2006), presenta especiales dificultades cuando se aborda el tema de la moralidad del aborto, debido a que quienes intentan analizarla, toman como paradigma de persona, no sin razón, a humanos adultos que gozan de todas sus facultades. Para dar una versión más iluminadora, Valdés destaca en este sentido la posición de Peter Strawson (1989), donde se pregunta qué es lo distintivo del concepto metafísico de persona, cuales son los rasgos que hacen a las personas diferentes de cualquier otro tipo de particular. Su respuesta es sencilla y profunda: las personas son particulares básicos a los que podemos atribuir tantas propiedades corpóreas cuanto estados de conciencia.

5.1.3.- Principio de santidad de la vida humana

Para (Valdés 2006), el inicio biológico de esta vida humana, suele presentarse en las versión religiosa de esta postura, como la obra suprema de la creación divina, como algo creado a imagen y semejanza, mientras que en las versiones laicas, como el producto más refinado de la evolución natural, la cual tiene un valor intrínseco, el cual es obligado respetarla y protegerla en todo momento. Uno de los principales impulsores es Ronald Dworkin (1993), citado por Valdés quien ha propuesto la hipótesis de que lo que dota de un carácter moral al aborto voluntario, aún cuando sea practicado en los primeros días de gestación, es que este supone cortar una vida humana que comienza. El respeto a la vida humana es fundamental y obliga en todos los casos a condenar moralmente el aborto, abrazando posturas más conservadoras.

5.1.4.- Los conflictos de derecho

La tradición católica según (Valdez 2006), desde luego, no se trata de derechos positivos consagrados en alguna legislación, sino de los derechos humanos, que son condición sine qua non para el bienestar de una persona, para que pueda gozar de los aspectos básicos del bienestar humano. Quienes tienen derecho son las personas, de tal modo que de entrada se asume que el feto es una persona, como la madre con pleno derecho a la vida, se esgrime el derecho inalienable del feto para considerar al aborto como una especie de homicidio, como algo reprobable. Si el embarazo pone en peligro la vida de la madre y se presenta un conflicto entre el derecho a la vida de la madre y el del feto.

En virtud de lo anterior podemos afirmar que el aborto es un tema con grandes implicaciones bioéticas, donde existen aspectos que no están aún bien definidos. Existen muchas interrogantes y posiciones alrededor, primero debe establecerse el estatus del embrión humano y el feto, otra interrogante es cuando comienza la vida humana y quien lo determina ¿la filosofía o la ciencia? Considerando que se está realizando un acto profundamente maleficente sobre el feto, como lo es el aborto, aún cuando sea por un motivo beneficente para la madre.

5.2.- Eutanasia

De esta manera (Farrell 2005), define la eutanasia en una acepción amplia como privar de su vida a otra persona, que padece un determinado tipo de enfermedad, sin sufrimiento físico y en su interés. Según (Roa 2010), tiene que ver con adelantar la muerte en caso de una enfermedad incurable y tiene dos formas: pasiva y activa.

5.2.1 - Eutanasia activa

Según (Behar 2007), es la acción planificada de una terapia encaminada a procurar la muerte del paciente, implica la sustitución de una causa natural de muerte por una causa artificial de muerte. El poner fin a ciencia y conciencia a una vida humana, para lo cual se emplean fármacos u otras medida. El caso más frecuente mostrado es el cáncer y otras enfermedades invalidantes, dolorosas, irrecuperables que ocasionan un gran dolor y sufrimiento.

5.2.2.- Eutanasia pasiva

En este punto (Behar 2007) que procura la muerte al suspender el tratamiento médico disponible u otros cuidados cuando se considera que solo prolongan la agonía, más no la vida, (suspensión de algún tratamiento, la muerte o la abreviación de la vida, puede resultar como efecto secundario no pretendido en si que claramente puedan permitirle a una persona vivir significativamente por más tiempo, la muerte es provocada pero no producida medicamente por la persona que ejecuta la eutanasia. En este caso el médico suspende o retira el tratamiento iniciado (por ejemplo un respirador) o decide no dar inicio al tratamiento, por ejemplo resucitación cardiopulmonar y permite que tenga lugar una muerte inevitable.

En virtud de lo anterior podemos afirmar que dentro del hospital el tema de la eutanasia es uno de los más polémicos y de difícil abordaje, ya que el hospital tiene como misión fundamental la atención del individuo con miras a curarlo y reintegrarlo a la sociedad como un ser útil. Sin embargo hay ocasiones en que esto no es posible (casos de enfermedades incurables), donde la misión del médico se encuentra ante una difícil situación, que conlleva a un sufrimiento inútil del paciente. De algún modo ante esta situación el médico se enfrenta a la disyuntiva y de alguna manera se practica solapadamente la eutanasia pasiva mayormente, mediante la administración de medicamentos que disminuyen el dolor, disminuyendo también el estado de conciencia y finalmente acortando la vida.

5.3.- Distanasia o Encarnizamiento terapéutico

Para Sans y Fabre (2005), consiste en la aplicación no suficientemente justificada en ciertos pacientes, de tratamientos que empeoran su calidad de vida más aún que la propia enfermedad. El llamado “encarnizamiento terapéutico” u obstinación terapéutica es una expresión coloquial que traduce de manera parcial aunque expresiva, el término más académico de “distanasia”, palabra de origen griego que significa “muerte difícil o angustiosa”. Es la utilización en el proceso de morir de cirugías ineficaces, fármacos inútiles, reanimaciones sin criterios. Tratamientos que no tienen más sentido que la prolongación de la vida biológica del paciente con el consiguiente sufrimiento.

Si lugar a dudas resulta fundamental la opinión del médico para definir cuando se está frente a un encarnizamiento terapéutico, sin embargo también debe ser considerada la voluntad y autonomía del paciente de decidir sobre la base de lo que siente y padece. En estos casos la clave está en identificar cuando se están aplicando medidas terapéuticas necesarias, o por el contrario se emplean medios o alternativas desproporcionadas, que no van a lograr ni alivio ni mejoría del paciente y solo van a alargar la agonía y sufrimiento del paciente. Actualmente para identificar el encarnizamiento terapéutico se utiliza el criterio de proporcionalidad, si los medios son desproporcionados al resultado terapéutico, entonces se está en presencia de encarnizamiento.

5.4.- Muerte cerebral

5.4.1.- Criterios

A juicio de Pérez (2007), el diagnóstico de muerte cerebral, homologable a la muerte total del individuo. Desde 1968 los criterios de Harvard explican en su clásico protocolo la equivalencia los términos de muerte cerebral y muerte del individuo total, cuyo propósito es definir el coma irreversible como un criterio para declarar la muerte de un individuo. Agrega que para determinar la muerte cerebral deben asegurarse dos condiciones fundamentales: el cese total de la función cerebral y la irreversibilidad de este fenómeno.

5.4.2.- Desconexión de ventilación asistida

Para decidir la desconexión de la asistencia ventilatoria la irreversibilidad de la muerte cerebral debe demostrarse (además de los criterios señalados anteriormente) a través de un período de observación variable, el cual en manos expertas no debería exceder las seis horas, incluye también la realización de un electroencefalograma (EEG), en ausencia de EEG el período puede alargarse hasta 12 horas.

5.4.3.- Posibilidad de trasplantes

Sarmiento (2007), por su parte refiere que los criterios de muerte cerebral han sido publicados en revistas reconocidas y aplicados sin

ningun tipo de crítica. No obstante, en el mundo las opiniones culturales posibilitaron la vigencia de la discusión, en virtud de que la comprensión acerca de la muerte y su significado no se limita solamente a la clínica y a lo que esta propone creer, sino por el contrario, el problema posee hondas raíces filosóficas y dimensiones culturales, en la que intervienen la comprensión acerca de la muerte y su significado antropológico, así como su expresión biológica, en el contexto de un conjunto de procesos.

Consideramos que el tema de muerte cerebral es un tema con profundas connotaciones bioéticas, sin embargo a nivel de los hospitales públicos debe estar definido claramente con criterios clínico-científicos, que eviten errores con grandes y graves consecuencias para el individuo, familia y sociedad. Por lo tanto deben existir protocolos para definirla claramente, sin dejar espacios para la duda y lasuspiciacia.

6.- RESPONSABILIDAD SOCIAL

6.1.- Elementos formales de responsabilidad social

6.1.2.- Misión

(Serna 2006), afirma que todas las organizaciones tienen básicamente las mismas razones para justificar su existencia: sobrevivir, crecer, proveer un servicio, generar utilidades. Sin embargo, deben ir más allá de estas razones básicas si quieren diferenciarse en el mercado, definir la misión con claridad y darla a conocer a todos los miembros de la organización. Señala las prioridades y la dirección de los negocios, identifica los mercados a los cuales se dirige, los clientes que quiere servir y los productos que quiere ofrecer. Por su parte (David 2008), manifiesta que la declaración de misión constituye una manifestación duradera del propósito que mueve a una organización.

6.1.3.- Visión

(David 2008), señala el camino que permite a la alta gerencia establecer el rumbo para lograr el desarrollo esperado de la organización en el futuro. De esta manera expresa Guédez (2008), la

visión o credo de un negocio refleja si asume la Responsabilidad Social Empresarial (RSE) como ejercicio voluntario o como cumplimiento reglamentado, si la adopta como esfuerzo estructural o como acción circunstancial, si la concibe como finalidad o como mercadeo. De la misma manera, indican si ven la RSE como buen negocio o parte del negocio, como responsabilidad o aceptación, como asunto ético o como estrategia. Igualmente evidenciará si se asume con indignación o compasión, como interés o como mecanismo de “limpiarse la conciencia”, como un compromiso existencial o como una dedicación accidental.

6.1.4.- Valores éticos

En este aspecto (García y Dolan 2002), afirman que toda empresa ha de tener explícitamente definido dos grandes grupo de valores que orienten sus objetivos de acción cotidianos. Clasifica los tipos de valores, retomando la escala de Rokeach (1973) en: **valores finales y valores instrumentales**. Los valores finales están asociados con su visión, es decir hacía donde va la empresa y con su misión. **Los valores finales se clasifican a su vez en valores personales y en valores ético-sociales**. Los valores personales son; vivir, felicidad, salud, familia, éxito o realización personal, tener prestigio, demostrar estatus, bienestar material, sabiduría, amistad, trabajo, ser respetado, demostrar valía, amor entre otros. Por su parte los **valores ético-sociales** se refieren a los propósitos que benefician a toda la sociedad, entre estos destacan; honestidad, sinceridad, lealtad, solidaridad, confianza mutua, respeto, integridad, paz, justicia.

De tal forma afirma (Guédez 2008), la misión, la visión y los valores permiten incorporar la responsabilidad social en el modelo de gestión de la empresa, de tal forma que la responsabilidad social pasa a ser un elemento imprescindible en el momento de diseñar las estrategias empresariales. La cuales no podrán pensarse solo en los accionistas, o exclusivamente en los trabajadores, o aisladamente en los clientes, será necesario pensar simultáneamente en los tres, además de incorporar a los demás relacionados, incluyendo el medio ambiente.

A nuestro juicio el hospital como organización necesita incorporar en su misión, visión y valores la plataforma, que favorezca la naturaleza y orientación de los esfuerzos. Asimismo ponerlos en

práctica de tal manera que orienten y guíen las conductas en el marco de sus relaciones con los grupos de interés, que le permiten generar un compromiso con el paciente, los trabajadores, el medioambiente y la sociedad dentro de la cual está inmerso, tomando en cuenta sus necesidades y expectativas. El hospital debe considerar espacios para el dialogo, acciones transparentes hacia el individuo, considera el respeto a la vida, respeto a la diversidad cultural, respeto a sus derechos de los individuos.

6.2.- Dimensiones de la responsabilidad Social

(El libro Verde 2011), reconoce que la responsabilidad social dos dimensiones: dimensión interna y externa.

6.2.1.- Dimensión Interna

Dentro de la empresa, las prácticas responsables en lo social afectan en primer lugar a los trabajadores y se refiere a cuestiones como la inversión en recursos humanos, la salud, la seguridad y la gestión del cambio, mientras que las practicas respetuosas con el medio ambiente tienen que ver con la gestión de los recursos naturales utilizados en la producción. Abren una vía para administrar el cambio y conciliar el desarrollo social con el aumento de la competitividad. La dimensión interna toma en consideración: la gestión de los recursos humanos, la salud y seguridad en el trabajo, la adaptación al cambio, gestión del impacto ambiental y de los recursos naturales.

6.2.2.- Dimensión Externa

En la dimensión externa se aborda la relación de la empresa con otros stakeholders y dos temas de gran trascendencia como son los derechos humanos y los problemas ecológicos mundiales. La responsabilidad social de la empresa va mas allá del perímetro de esta, se extiende hasta las comunidades, clientes, proveedores, socios comerciales, autoridades públicas y organizaciones no gubernamentales. En el caso del hospital como institución dispensadora de servicios sanitarios el paciente es el cliente principal, ya que es su razón de ser, todas las acciones están dirigidas hacia él.

Sin embargo no se debe olvidar que también la familia, comunidad y medio ambiente deben ser considerados como clientes, porque también se benefician o perjudican de sus actividades.

6.3.- Componentes de la responsabilidad social

Según (Fernández 2005), cabe preguntarse cuáles son los asuntos que debe abordar eficazmente la empresa, porque errar en los mismos le generaría una carga o una obligación moral, a este efecto es posible distinguir cuatro componentes de responsabilidad social en la empresa; económico, legal, ético y filantrópico.

6.3.1.- Componente Económico

A juicio de (Fernández 2005), las organizaciones empresariales se crearon con la finalidad de proporcionar bienes y servicios que satisfagan las necesidades de los consumidores a cambio de un precio justo, por lo que su naturaleza económica es evidente y el objetivo de maximizar el beneficio derivado de su actividad es el primero en ser reconocido. El hospital como institución pública sin fines de lucro no persigue un fin económico per se, sin embargo como toda institución social posee un capital social dentro de sus instalaciones que tiene una influencia fundamental en la calidad de la atención sanitaria, además debe proyectar una buena imagen ante la comunidad en la cual presta sus servicios. De este modo pueden considerarse como componente económico el capital social y la buena imagen.

6.3.2.- Componente Ético

Del mismo modo afirma (Guédez 2008), el fundamento de la RSE es ético, porque así como individualmente la ética nos hace sentir bien con nosotros mismos cuando estamos bien con los demás y nos hace sentir bien con los demás cuando estamos bien con nosotros mismos. De manera parecida cuando la empresa asume un desempeño socialmente responsable se siente bien consigo misma. Esto se explica porque entre la ética y la responsabilidad social existe una relación consustancial: no puede comprenderse a la ética independientemente de las relaciones sociales y tampoco puede entenderse a las relaciones sociales al margen de la ética. Este hecho, plantea necesario evaluar sus interacciones hacía adentro y hacia afuera, su dinámica entrecruza

intereses en muchos sentidos y ello requiere una armonía transparente, auténtica constructiva, en consecuencia no puede despojarse de las exigencias éticas propias de toda relación.. En este marco aparecen los grupos de interés o de relacionados; stakeholders internos y stakeholders externos.

En todo caso, afirmamos que las relaciones éticas son de suma relevancia dentro del funcionamiento de un hospital, estos son entes públicos con gran influencia social, donde se desarrollan relaciones humanas particulares y surgen situaciones éticas derivadas de la relación del personal de salud con el paciente, sus familiares y la comunidad que lo rodea. Por tal motivo el hospital debe proyectar una identidad ética que lo identifique, funcionar con normas y principios éticos, los cuales deben ser conocidos y compartidos por todos los involucrados (quienes trabajan o son atendidos). De manera que el código ético del hospital influya en la conducta de todos.

6.3.3.- Componente Legal

En lo que se refiere a este aspecto (Fernández 2005), se espera que las empresas actúen de acuerdo con las leyes y acuerdos que regulen el funcionamiento en el mercado y de la sociedad en la que forma parte. Aunque no existe ninguna regulación específica en materia de responsabilidad social y no le acarrea ningún costo y no se genera ninguna ganancia explícita, estas actividades tenderán a restringirse. Sin embargo, la generalización de ciertas conductas favorables, de forma voluntaria (objetivo principal de la Responsabilidad Social) pasa con el tiempo a convertirse en una expectativa mínima, convirtiéndose finalmente en una norma de cumplimiento obligatorio. Sin embargo se hace necesario la imposición de algunos estándares como guías de ayuda para su correcta puesta en práctica, entre estos destacan: El Pacto Mundial de las Naciones Unidas, La Organización Internacional de Trabajo (OIT), Líneas Directrices de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), entre otros.

A nuestro juicio el hospital como organización pública perteneciente al sistema de salud tiene un compromiso ante la sociedad y con sus trabajadores, en ese sentido debe estar actualizado en lo referente a las leyes y acuerdo nacionales e internacionales existentes en relación al trabajo, así como las condiciones que debe proporcionar

a sus trabajadores. De tal forma que como institución pública sea ejemplo para otras instituciones, eviten el descontento de sus trabajadores así como posibles sanciones que influyan negativamente en su funcionamiento.

6.3.4.- Componente filantrópico

En este sentido según (Fernández 2005), la sociedad en su conjunto espera que las empresas actúen como buenos ciudadanos y comprometan partes de sus recursos para mejorar la situación de todos. Este deseo no implica estrictamente obligación por parte de la empresa y en caso de no actuar en ese sentido no tendría necesariamente ser tachada de falta de ética. No obstante afirma (Guedéz 2008), la filantropía está vinculada con la responsabilidad social, cuando se realiza como inversión social, no como una especie de caridad o regalo, “enseñar a pescar, en vez de dar el pescado”. La inversión social guarda correspondencia con los resultados de una acción, con los impactos que ella produce en el grupo o comunidad y finalmente, con el retorno a la empresa así como a las personas que la conforman.

Si lugar a dudas el componente filantrópico tiene una influencia vital en el funcionamiento del hospital y en este sentido estamos de acuerdo en que esta filantropía no debe ser realizada como eventuales actos de beneficencia y caridad hacia el usuario o la comunidad. Debe ser estrategias, líneas de acción contempladas en la plataforma de gestión de la institución, ejecutadas de forma periódica. En este sentido son valiosas las intervenciones destinadas hacia la promoción de estilos de vida saludables, creación de servicios de atención al paciente, el plan de prevención, gestión de riesgos, creación clínicas de autocuidado a pacientes con enfermedades incapacitante, participación en actividades deportivas y culturales.

7.- METODOLOGÍA

7.1.- Paradigma

La presente investigación se enmarca en el paradigma positivista denominado también empírico analítico, el cual se caracteriza porque permite la enumeración y medición de las variables, Su propósito se dirige a la explicación, control, comprobación además de la predicción

del problema o fenómeno en estudiado.

7.2.- Tipo de investigación

La investigación se clasificó como explicativa, con un diseño de campo, no experimental, transeccional.

7.3.- Población y Muestra

En la presente investigación la población estuvo constituida por los Supervisores de Enfermería que laboran en los hospitales: Dr. Regulo Pachano Añez, Dr. Francisco Valbuena y Dr. Adolfo Pons. Se seleccionaron estos hospitales por ser los que se encuentran que se encuentran en la zona norte del Estado Zulia. Por ser finita y manejable se seleccionó como muestra la totalidad de la población, es decir un censo poblacional, 30 supervisores.

7.4.- Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Dentro de las técnicas utilizadas para el desarrollo de esta investigación se destaca la observación directa. En relación al instrumento se diseñó y aplicó un cuestionario con escalamiento tipo Likert, conformado por 90 ítems con cinco (5) alternativas de respuestas: siempre, casi siempre, a veces si a veces no, casi nunca y nunca.

7.5.- Validez y Confiabilidad del Instrumento

Para llevar a cabo la validación de contenido del instrumento de medición, se sometió al juicio de 3 expertos en metodología y 4 expertos en el tema investigado. De esta manera el proceso permitió identificar la pertinencia de los ítems con sus respectivos objetivos específicos, general, variable, indicadores y redacción, así como en el contenido del objeto de estudio. Para el caso específico del estudio se calculó la confiabilidad del instrumento mediante una prueba piloto ejecutada a una población con características similares a la muestra, la cual no formó parte del estudio. Posteriormente se aplicó el coeficiente de Alfa Cronbach el cual arrojó un resultado de 0,96 lo cual evidencia

que el instrumento es altamente confiable. Posteriormente se aplicó el instrumento a la muestra seleccionada.

7.6.- Análisis de los datos

Para Describir la bioética con dimensión humana como marco de la responsabilidad social en Hospitales Públicos se efectuó un análisis de la varianza (ANOVA) sobre los puntajes de cada uno de sus dimensiones indicadores. El puntaje se obtuvo calculando la media de los ítems por indicador. Cuando esta prueba daba significativa, se llevó a cabo la prueba de múltiples rangos de Tukey a fin de ubicar la significancia detectada. Se estableció un baremo, definido por criterios de bajo (1-2), moderadamente bajo (2-3), moderadamente alto (3-4) y muy alto (4-5).

8.- RESULTADOS

8.1.- Principios de Bioética

Con la finalidad de identificar los principios de bioética en hospitales públicos se aplicó en análisis de la varianza. Allí, se demuestra que existen diferencias significativas entre las ponderaciones asignadas a los Principios de Bioética, dado que el valor de $F=3.47$ es significativo a un valor de sig. (p) menor a 0.05. Con la finalidad de ubicar la diferencia detectada, de utilizó la prueba de múltiples rangos de Tukey, la cual en la figura, se representa por la diferencia cromática entre las barras, observándose en consecuencia que la No-maleficencia es el principio, con un promedio de 4.086, es ponderado significativamente por encima de la Autonomía, Beneficencia y Justicia que con promedios de 3.88, 3.66 y 3.62 no se diferencian estadísticamente entre sí. (Anexo1)

Este resultado demuestra que en los hospitales públicos se consideran los principios de Bioética dentro de su funcionamiento, siendo considerado el principio de No-Maleficencia alto, mientras que los principios de autonomía, beneficencia y justicia moderadamente alto.

8.2.- Fundamentos de la acción bioética dirigido al paciente en hospitales públicos

Con respecto a la descripción de los fundamentos de la acción bioética en hospitales públicos estudiados en función de los derechos del paciente, se evidencia que entre los distintos fundamentos, existen diferencias que en este caso son altamente significativas, en la apreciación que de los mismos hacen los encuestados. Esto obedece a que el valor de $F=91.6$ está vinculado a un valor de significancia (sig.), menor a 0.01. La prueba de Tukey permite señalar que la Asistencia Digna, Atención Sanitaria sin Discriminación, y la Libertad de elección con medias de 4.62, 4.62 y 4.49 son considerada alto, respectivamente no se diferencian estadísticamente entre sí. En segundo lugar se encuentra la ponderación de la Confidencialidad, la cual con media de 3.64 (moderadamente alto), se diferencia de la Información clara y completa cuya media es de 2.44, (moderadamente bajo). El nivel más bajo de 1.84, es el evidenciado por la Atención sanitaria de calidad. (Anexo 2)

En relación a los resultados anteriores es relevante el hecho de que en los hospitales públicos es fundamental se ofrece el una asistencia sanitaria respetando la dignidad del paciente, sin discriminación de sexo, edad, religión, filiación política, raza. Además de respetar la libre decisión del paciente a la libertad de elegir al médico y a la institución que considere indicada para solucionar su problema de salud. Sin embargo se desestima aspectos tan significativos como es brindar información clara y completa, así como proveer una atención sanitaria de calidad.

De igual manera se interpreta de esta realidad que los hospitales están fallando en un aspecto tan vital, considerado uno de los principales derechos del paciente y no se le esté brindado, una atención segura, oportuna y libre de riesgos. Asimismo no recibe la información necesaria sobre su salud y los aspectos médicos relacionados con su condición, pudiendo interpretarse además que a pesar de los resultados favorables sobre los principios bioéticos, estos no sean ciertos y se esté fallando en la aplicación de los principios de autonomía y No- Maleficencia.

8.3.- Instrumentos con orientación Bioética

El análisis de los lineamientos con orientación bioética hospitales públicos se descompone en sus partes: consentimiento informado y comités de Bioética, el consentimiento informado para fines Terapéutico, como para Intervención quirúrgica y para la Investigación Científica, no se diferencian estadísticamente entre sí ($F=0.74$, $\text{sig.}=0.42$) con promedios de 3.95, 3.95 y 3.62 respectivamente, son considerados moderadamente altos, según el baremo establecido. Para los comités de Bioética. Dado que el valor de $F=0.86$ es significativo a un valor de sig. mayor a 0.05, no hay evidencias que sustenten la existencia de diferencias significativas entre los componentes (Resolución de dilemas éticos, función educativa, supervisión de protocolos de investigación), en consecuencia, con promedios que oscilan entre 2.81 y 2,62, moderadamente bajo) son igualmente ponderados entre ellos . (Anexo 3)

Con la finalidad de completar el análisis de los instrumentos con orientación bioética se comparan las ponderaciones asignadas al Consentimiento informado y Comités de bioética. se detectó que existen diferencias altamente significativas entre la percepción del Consentimiento Informado y los Comités de Bioética. Tal aseveración se sustenta en el valor que el $t=3.72$ para varianzas desiguales es significativo a un valor menor a 0.01, siendo que el primero alcanza una media de 3.82 (moderadamente alto), superior significativamente al valor de 2.74 alcanzado por el segundo (moderadamente bajo).No obstante la presencia de los comités de bioética es moderadamente baja.

Este resultado muestra que en relación a los instrumentos con orientación bioéticas el consentimiento informado es considerado sobre los comités de bioética, pero no se asume con igual significancia los comités de bioética, resultado que indica la débil presencia e influencia de estos comités en los hospitales tipo II. Lo cual indica que aspectos tan importantes como: la resolución de dilemas éticos, supervisión de protocolos de investigación, función educativa en aspectos de bioética al personal de salud y recomendaciones, no se tomen con la rigurosidad, justicia y

consideración requerida en términos de la bioética.

8.4.-Dilemas con implicaciones Bioéticas

Sobre la comparación de los dilemas éticos entre sí, el aborto con una media de 4.1 (muy alto), es considerado por encima de la muerte cerebral, cuya media es de 3.13 (moderadamente alto). En tercer lugar lo ocupa la distanasia que con media de 2.14 (moderadamente bajo), está por encima de la eutanasia cuya menor ponderación es de 1.60 (bajo). (Anexo 4)

En relación a estos resultados se demuestra que en los hospitales públicos el aborto es considerado como el primer dilema que se presentan al seno de los hospitales, debido a todas las implicaciones, polémicas y posiciones encontradas que giran en torno a él. Lo cual despierta una mayor sensibilidad y condena por parte del personal de salud. A pesar que la muerte cerebral es también un tema de gran impacto y consecuencias éticas remarcables es considerado de menor ponderación, debido a que existen criterios médicos y pruebas científicas para definirla, de tal forma que no queden dudas en cuanto a la declaración de la muerte cerebral en un paciente. La distanasia es poco practicada, respecto a la eutanasia es vista con menor condena y se utiliza mayormente el empleo de morfina para alivio del dolor en pacientes irrecuperables, con el efecto de acortar la agonía.

8.5.- Dimensiones interna de Responsabilidad Social

En lo referente a la dimensión interna, con sus indicadores: gestión de recursos humanos, salud y seguridad laboral y gestión e impacto ambiental, las cuales según el ANOVA, no exhiben diferencias significativas ($F=0.97$, $sig.=0.15$) entre los mismos, siendo que sus medias son 3.54, 3.48 y 3.47 respectivamente, (moderadamente alto). Este resultado evidencia que dentro de los hospitales públicos existen prácticas responsables hacia los trabajadores, ya que uno de los mayores desafíos de una organización consiste en emplear y retener al personal con talento, así como mejorar la calidad de vida de los empleados, proporcionando un ambiente de trabajo adecuado y seguro. Asimismo hacen buen uso de los recursos materiales disponibles de tal forma de disminuir el impacto negativo de su actividad en el ambiente.

8.6.- Dimensión externa de la Responsabilidad Social

Para la dimensión externa, se evidencia otro comportamiento, en este caso, debido a que el valor de $F=86$ es significativo a un valor menor a 0.01, demuestra que los Socios Comerciales alcanzan una media de 3.53, (moderadamente alto) significativamente superior a los clientes y comunidades locales que con medias de 2.7 y 2.51, (moderadamente bajo), no se diferencian entre sí. (Anexo 6). En términos del hospital esto puede interpretarse que no se identifica al paciente como el cliente principal, a quien va dirigida su acción, para dar respuesta a sus problemas de salud. Siendo ellos los actores principales, objetivo principal y razón de ser, donde se desarrollan acciones para mantener y restituir su salud. Tradicionalmente orientados a la atención individual, sin considerar a la comunidad como elemento fundamental de su en su gestión. (Anexo 5)

8.7.- Componente económico de responsabilidad Social

La prueba t de Student, demuestra la existencia de diferencias altamente significativa, entre los dos aspectos que constituyen este componente ($t=3.59$, $sig.=0.01$), siendo que la Buena Imagen 4.24 (alto) es estadísticamente superior al Capital Social 3.41 (moderadamente alto). (Anexo 6)

9.- CONCLUSIONES

1. Se evidenció que la No-maleficencia es el principio, ponderado más alto, por encima de la Autonomía, Beneficencia y Justicia, no se diferencian estadísticamente entre sí. No existe un protocolo para su jerarquización en caso de conflictos entre ellos.
2. Se demostró que la Asistencia Digna, Atención Sanitaria sin Discriminación, y la Libertad de elección, el derecho a la confidencialidad, son priorizados sobre el derecho a la Información clara y completa. El nivel bajo corresponde el derecho a la atención sanitaria de calidad.
3. El consentimiento informado es considerado alto. Aunque el resultado desfavorable del derecho a la información contradice este resultado. En relación a los comités de bioética su presencia es moderadamente baja.

4. El aborto es considerado el mayor dilema, condenable desde el inicio de la fecundación. Por otra parte, se utiliza la eutanasia pasiva sobre todo en el alivio del dolor ocasionando secundariamente el cese de la respiración. En relación a la distanasia se aplica la distanasia a través de reanimación indiscriminada. Por su parte la muerte cerebral, es diagnosticada mayormente con fines de desconexión de la asistencia ventilatoria.

5. Se verifica que tanto los valores éticos, como la misión y la visión como elementos formales en los hospitales públicos

6. En relación a la dimensión interna de la responsabilidad social, la gestión de recursos humanos, salud y seguridad laboral y gestión e impacto ambiental, son considerados de igual forma. Para la dimensión externa, se demuestra que los socios comerciales tienen prioridad sobre los clientes y comunidades locales. La comparación entre las dimensión Interna y detecta existen diferencias, la dimensión interna es priorizada, sobre la dimensión externa.

7. En relación al componente económico la buena imagen es ponderada sobre el capital social. En relación al componente ético, las relaciones éticas con Stakeholders externos son priorizadas con respecto a las relaciones con los stakeholders internos. A diferencia del caso anterior los indicadores del componente legal no muestran diferencias significativas, es decir tanto las leyes como los acuerdos aplicados. En cuanto al componente filantrópico es considerado altamente. La comparación entre componentes de Responsabilidad Social, el componente ético, es considerado sobre, el componente legal, económico y filantrópico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEHAR, David. 2007. **Cuando la vida ya no es vida, Eutanasia**, Editorial Pax México. México D.F:

CORTINA, Adela. 2006. **Comités de Ética. Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía**. Editorial Trotta. España.

CICCONI, Lino. 2009. **Bioética, Historia, Principios, Cuestiones**. Segunda Edición. Editorial Pelicano. Madrid.

DAVID, Fred. 2008. **Conceptos de Administración Estratégica**.

- Decimoprimera Edición. Pearson Educación. México.
- El Libro Verde. [Documento en Línea]:http://ec.europa.eu/employment_social/social/esr/greenpaper_es.pdf [Disponible: 12 de enero, 2011]
- FARRELL, Martín. 2005. **Eutanasia. Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía.** Editorial Trotta. España.
- FERNÁNDEZ, Roberto. 2005. **Administración de la Responsabilidad Social Corporativa.** Editorial Thomson. Madrid.
- GARCÍA, S. y DOLAN, S. 2002. **La Dirección por Valores.** McGraw-Hill. México.
- GRACIA, Diego. 2006. **Introducción a la Bioética.** Primera Edición. Editorial El Búho. Bogotá D.C
- GUÉDEZ, Víctor. **Ser Confiable. Responsabilidad Social y Reputación Empresarial.** 2008. Editorial Planeta. Caracas.
- HOTTOIS, Gilbert. 2007. **¿Qué es la bioética?** Chemins Philosophiques. Universidad del Bosque. Paris.
- LEÓN, Francisco Javier. 2011. **Manuales de Filosofía: Bioética.** Editorial Palabra S.A. Primera Edición. Madrid.
- SANS SABRAFEN, Jordi y ABEL FABRE, Francesc. 2005. **OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA.** Real Academia de Cataluña. <http://www.samfyc.es/pdf/GdTBio/201027.pdf>. Acceso 21 de agosto 2013.
- SERNA, Humberto. **Gerencia Estratégica.** 2006. Novena Edición. Editorial 3R Editores. Bogotá.
- SOTO PINEDA, Eduardo y CÁRDENAS MARROQUÍN, José Antonio. 2007. **Ética en las Organizaciones.** McGraw-Hill/interamericana Editores. Primera Edición. México D.F
- VALDÉS, Margarita. 2005. **El problema del aborto: Tres enfoques.** Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía. Editorial Trotta. España.



**UNIVERSIDAD
DEL ZULIA**

opción

Revista de Ciencias Humanas y Sociales

Año 32, Especial N° 12, 2016

Esta revista fue editada en formato digital por el personal de la Oficina de Publicaciones Científicas de la Facultad Experimental de Ciencias, Universidad del Zulia.
Maracaibo - Venezuela

www.luz.edu.ve

www.serbi.luz.edu.ve

produccioncientifica.luz.edu.ve