



## Chapter 03 / Capítulo 03

*Health 4.0: management, technology, and transformation of the healthcare sector in Latin America (Spanish version)*

**ISBN:** 978-9915-704-08-1

**DOI:** 10.62486/978-9915-704-08-1.ch03

**Pages:** 49-64

©2025 The authors. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY) 4.0 License.

## **Ethics in Public Health Management: Principles, Challenges and Impacts On Care**

### **Ética en la Gerencia Pública de la Salud: Principios, Desafíos e Impactos a la Atención**

Zulay Calderón<sup>1</sup>  , Ramón Ignacio Carrero<sup>2</sup>  , Sandra Coromoto Blanco<sup>3</sup> 

<sup>1</sup>UPTMKR, Investigación, Mérida, Venezuela.

<sup>2</sup>Consultorio Tipo III “Alberto Adriáni”, Medico de familia, Zea-Mérida, Venezuela.

<sup>3</sup>Hospital Coromoto tipo IV, Departamento de Enfermería. Supervisora II, Maracaibo, Venezuela.

Autor para la correspondencia: Zulay Calderón 

#### **ABSTRACT**

In the field of public health, ethics protects collective needs and serves as a guide for decision-making in crisis situations. It involves defining programs and policies with the support of specialists. The objective was to analyze the fundamental ethical principles that guide public health management, identifying the dilemmas faced by administrators when managing limited resources and ensuring equitable access. The methodology used was quantitative, based on non-experimental, descriptive field research. The population and sample taken for this study were seven (7) doctors and twelve (12) nurses from the Type III “Alberto Adriáni” Zea-Mérida Clinic, Venezuela. And seven (7) doctors and twenty (20) nurses from the Coromoto Type IV Hospital, Nursing Department, Maracaibo, Venezuela. Among the results, the greater ethical adherence of nurses to participation and justice reflects their direct role in daily care, where equity in shifts, supplies, and care times is experienced as a concrete reality. In contrast, doctors tend to emphasize dignity and ethical distribution, possibly because of their responsibility in critical decisions such as triage, treatment prioritization, and allocation of scarce resources. In conclusion, ethical management must also consider the emotional and relational dimension of hospital work. Ethics is not limited to abstract norms, but is expressed in the recognition of others, in empathy for suffering, and in shared responsibility in the face of complex dilemmas.

**Keywords:** Ethics; Public management; Health; Care.

#### **RESUMEN**

En el ámbito de la salud pública, la ética protege las necesidades colectivas y se convierte en guía para la toma de decisiones en contextos de crisis. Implica definir programas y políticas con apoyo de especialistas. Tuvo como objetivo analizar los principios éticos fundamentales que guían la gerencia pública de la salud, identificando los dilemas que enfrentan los administradores al gestionar recursos limitados y garantizar la equidad en el acceso. La metodología utilizada fue de enfoque cuantitativo, se basó en una investigación de campo, no experimental, descriptivo, La población y muestra que se tomó para este estudio fueron siete (7) médicos y doce (12) enfermeras del Consultorio Tipo III “Alberto Adriáni” Zea-Mérida, Venezuela. Y siete (7) médicos y veinte (20) enfermeras del Hospital Coromoto tipo IV, Departamento de enfermería, Maracaibo - Venezuela. Entre los resultados La mayor adhesión ética de las enfermeras en participación y justicia refleja su rol directo en el cuidado cotidiano, donde la equidad en turnos, insumos y tiempos de atención se vive como experiencia concreta. En contraste, los médicos tienden a

destacar la dignidad y la distribución ética, posiblemente por su responsabilidad en decisiones críticas como triage, priorización de tratamientos y asignación de recursos escasos. Como conclusión, la gestión ética también debe considerar la dimensión emocional y relacional del trabajo hospitalario. La ética no se limita normas abstractas, sino que se expresa en el reconocimiento del otro, en la empatía ante el sufrimiento y en la responsabilidad compartida frente a dilemas complejos.

**Palabras clave:** Ética; Gerencia publica; Salud; Atención.

## **INTRODUCCIÓN**

La ética en la gerencia pública de la salud se fundamenta en principios como la autonomía, la no maleficencia, la beneficencia, la justicia y la responsabilidad social. De manera complementaria, Paredes et al.<sup>(1)</sup> señalan la protección, la reciprocidad y la responsabilidad como pilares éticos esenciales. Estos principios enfrentan desafíos complejos, entre los que destacan la priorización equitativa del acceso a los servicios, la transparencia en los procesos, la gestión de conflictos de interés y la atención a la dignidad y derechos de los pacientes. Tales aspectos repercuten directamente en la calidad de la atención, la confianza institucional y la eficiencia del sistema sanitario.

En este marco, surge la pregunta central: ¿Cuáles son los principales dilemas éticos que enfrentan los administradores públicos en salud al gestionar recursos limitados y garantizar la equidad en el acceso a los servicios? La evidencia muestra que uno de los dilemas más relevantes es la tensión entre el derecho universal a la salud y las restricciones materiales que obligan a priorizar determinados grupos poblacionales. Vargas et al.<sup>(2)</sup> advierten que estos desafíos son cada vez más complejos y requieren estrategias que aseguren el derecho a la salud de manera equitativa, justa y respetuosa de la dignidad de los usuarios. A ello se suman otros problemas como la transparencia en la administración de recursos, la confidencialidad de la información, el respeto por la dignidad del paciente y la gestión de dilemas éticos vinculados a tratamientos, decisiones sobre calidad de vida y límites terapéuticos. También se incluyen situaciones de violencia, corrupción y discriminación en el entorno sanitario, así como la necesidad de garantizar la ética en la contratación y retención del personal.

La Universidad Europea<sup>(3)</sup> enfatiza, además, el impacto positivo de la conducta ética en la gerencia pública de la salud, al mejorar la satisfacción y fidelización de los pacientes, fortalecer la confianza institucional y elevar la calidad del servicio. Estos efectos se traducen en beneficios financieros y mayor eficiencia en la gestión, contribuyendo a la construcción de un sistema más justo, equitativo y centrado en el ser humano. En consecuencia, la ética se convierte en un elemento clave para enfrentar los desafíos administrativos y sociales, promoviendo una atención que respete los derechos fundamentales y mejore la calidad de vida de las poblaciones.

Dentro de los principios que guían la gestión ética en salud pública se encuentran la autonomía, entendida como el respeto al derecho de los pacientes a tomar decisiones informadas; la no maleficencia, que implica evitar causar daño físico o psicológico; y la beneficencia, orientada al bienestar integral del paciente. La Organización Mundial de la Salud<sup>(4)</sup> define la ética en la gerencia pública como el conjunto de principios que orientan las acciones de los gestores para tomar decisiones que beneficien a las poblaciones, priorizando la dignidad, la transparencia y la equidad. Se espera que los gerentes actúen con integridad, responsabilidad y profesionalismo, considerando tanto la evidencia científica y legal como valores éticos como la solidaridad y la

justicia.

La Organización Panamericana de la Salud<sup>(5)</sup> también integra la ética en el trabajo técnico, influyendo en las políticas y planes de los Estados Miembros. Para la OPS, la ética es fundamental en la toma de decisiones que trascienden la evidencia científica y las leyes, enfocándose en la equidad, la solidaridad y la integridad. La gerencia debe garantizar que las acciones no perpetúen desigualdades y que involucren a las comunidades, respetando sus perspectivas locales y culturales.

En el contexto estadounidense, Thomas et al.<sup>(6)</sup> señalan que la ética en la administración pública de la salud se fundamenta en códigos y principios que orientan la conducta de los profesionales para garantizar decisiones justas y responsables. El Colegio Americano de Ejecutivos de la Salud (ACHE) establece 39 principios agrupados en responsabilidades hacia la profesión, la sociedad y el bienestar público. Asimismo, la Asociación Americana de Salud Pública (APHA) adoptó en 2002 un código de ética que aborda desafíos en salud pública, con énfasis en la justicia social y la equidad.

En América Latina, Venezuela comparte la aspiración constitucional de un sistema universal y solidario. Sin embargo, diversos autores advierten que el contexto socio-político y económico agrava los problemas éticos en la gestión sanitaria, la situación caracterizada por la dificultad para conseguir medicamentos, la crisis de los hospitales a nivel nacional y el resurgimiento de enfermedades por falta de cumplimiento de estrategias preventivas,<sup>(7)</sup> la escasez de recursos, las limitaciones de infraestructura y las presiones políticas que afectan la independencia de los gerentes. Estas condiciones generan dilemas éticos relacionados con la justicia y la equidad en el acceso, afectando la calidad y la dignidad de la atención. La precariedad del sistema compromete principios como la beneficencia y el respeto a la dignidad humana, erosionando la confianza de la población.

Por lo tanto, la ética en la gerencia pública de salud en Venezuela resulta fundamental para asegurar que las decisiones y políticas sean responsables, justas y respetuosas de los derechos humanos. Se enfatizan principios como la responsabilidad social, el compromiso comunitario, la transparencia y la confidencialidad. No obstante, persiste una brecha entre las leyes que garantizan el derecho a la salud y la realidad que enfrentan los ciudadanos, lo que obliga al Estado a reforzar mecanismos que aseguren acceso equitativo y de calidad. Finalmente, el objetivo principal de este estudio fue analizar los principios éticos fundamentales que guían la gerencia pública de la salud, identificando los dilemas que enfrentan los administradores al gestionar recursos limitados y garantizar la equidad en el acceso.

## **MÉTODO**

La metodología utilizada en este estudio fue bajo el enfoque cuantitativo a través de su desarrollo se logra trabajar con diversos elementos que pueden ser medidos y cuantificados. Hernández et al.<sup>(8)</sup> señalan que el enfoque cuantitativo “utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas, probar hipótesis y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población”.

Tomando en cuenta el enfoque investigativo y el sentido de resolver la problemática en el mismo lugar donde se diagnostica la problemática, se basó en una investigación de campo Palella et al.<sup>(9)</sup>, refieren a “la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren

los hechos, sin manipular y controlar variables, estudia los fenómenos sociales en su ambiente natural. Con el fin de describir la ética en la gerencia pública de la salud sus principios, desafíos e impactos a la atención.

También, se adecuo a un diseño no experimental descriptiva. Es no experimental pues no se han planteado hipótesis, pero si se han definido un conjunto de variables. Hernández et al.<sup>(10)</sup>, señalan que la investigación no experimental se centra en observar fenómenos en su ambiente natural, sin manipulación deliberada de variables. Es descriptivo, porque se señala los aspectos éticos de la gerencia en la salud.

Asimismo, el conjunto de elementos que posea ciertas características se denomina población o universo. La población y muestra que se tomó para este estudio fueron siete (7) médicos y doce (12) enfermeras del Consultorio Tipo III “Alberto Adriáni” Zea-Mèrida, Venezuela. Y siete (7) médicos y veinte (20) enfermeras del Hospital Coromoto tipo IV, Departamento de enfermería, Maracaibo - Venezuela.

Para realizar la recolección de los datos correspondientes para el cumplimiento de los objetivos, se empleó la técnica de encuesta que según Arias es una técnica que suministra la información de un grupo o muestra de sujetos acerca de sí mismos o en relación a un tema en particular.<sup>(11)</sup> Esta se aplicó por medio del cuestionario. Al respecto Palella et al.<sup>(9)</sup> consideran que el cuestionario, tanto en su forma como en su contenido, debe ser sencillo de contestar. Las preguntas han de estar formuladas de manera clara y concisa; pueden ser cerradas, abiertas o semiabiertas, procurando que la respuesta no sea ambigua. El instrumento estuvo estructurado por la escala tipo Likert de alternativas Totalmente en desacuerdo (TED), en desacuerdo (ED), Neutral (N), de acuerdo (DA) y totalmente de acuerdo (TDA). Para analizar los datos que se obtuvieron en el cuestionario que se aplicó, se hizo el análisis mediante tablas de frecuencia, para gestionar el porcentaje que representa. Mediante la técnica de estadística descriptiva que sirvió para la tabulación de datos.

En cuanto a las consideraciones éticas, la investigación se rigió por principios fundamentales que garantizan el respeto y la integridad de todas las personas involucradas. El consentimiento informado garantiza que los docentes participen de manera voluntaria y con pleno conocimiento de los objetivos y procedimientos.<sup>(12)</sup> La confidencialidad asegura la protección de la identidad de los participantes y de la información recolectada.

## **DESARROLLO**

El Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela se organiza en tres niveles de atención: primario, secundario y terciario, adaptados a las necesidades de los usuarios según el grado de resolución requerido, ya sea consulta preventiva y curativa, hospitalización o intervención quirúrgica.<sup>(13)</sup> Este diseño busca garantizar un acceso progresivo y ordenado a los servicios, en función de la complejidad de los problemas de salud. En este marco, la gerencia en salud cumple un papel fundamental como ente rector y administrativo, responsable de la planificación, organización y supervisión de los procesos que sostienen la dinámica del sistema. Uno de los rasgos esenciales del perfil del gerente sanitario es la ética, dado el nivel de responsabilidad y compromiso con los ciudadanos, cuyo impacto se refleja directamente en la salud y calidad de vida de la población.

Este tema conduce a reflexionar sobre conceptos vinculados a la ética en la atención en salud. La ética, derivada del griego ethos, constituye uno de los pilares de la filosofía. Sócrates (470 a. C.) fue el primero en relacionar el bien y la virtud con la moral humana, mientras que Aristóteles sistematizó la ética como disciplina formal. La bioética, introducida

por Fritz Jahr en 1927<sup>(14)</sup> y consolidada por Van Rensselaer Potter en 1970, surge como puente entre ciencias y humanidades frente a los dilemas derivados de los avances científicos y tecnológicos. Posteriormente, Beauchamp et al.<sup>(15)</sup> formularon los cuatro principios bioéticos contemporáneos: autonomía, beneficencia (procurar el bienestar y protección de los demás), justicia (distribución equitativa de recursos y oportunidades) y no maleficencia (evitar causar daño intencionalmente).

En cuanto a, la ética médica, entendida como el comportamiento adecuado del médico frente al paciente, tiene sus raíces en la antigua Grecia con Hipócrates y el “Juramento Hipocrático”. Lara<sup>(16)</sup> la reconoce como una rama principal de la ética aplicada a la práctica clínica. Por su parte, la deontología se refiere al conjunto de deberes y obligaciones morales de los profesionales, también denominada teoría del deber o ética normativa (Hardy y Rovelo, Universidad Autónoma del Estado de México). En síntesis, ética, bioética, ética médica y deontología constituyen marcos conceptuales que orientan la conducta del gerente sanitario y definen su nivel de cualificación según desempeño.

La ética se expresa en distintos niveles: metaética, que indaga el origen de la moralidad; ética normativa, que orienta la modificación de valores para favorecer el bien común; y ética aplicada, que aborda situaciones concretas bajo principios normativos y deberes. En este último nivel se ubica la ética médica.<sup>(17)</sup> En el ámbito de la salud pública, la ética protege las necesidades colectivas y adquiere especial relevancia en contextos de crisis, donde la escasez de recursos obliga a establecer prioridades mediante programas y decisiones colegiadas.<sup>(18)</sup>

### **Ética en la salud pública**

En el ámbito de la salud pública, la ética protege las necesidades colectivas y se convierte en guía para la toma de decisiones en contextos de crisis. Cuando los sistemas sanitarios enfrentan escasez de recursos, los hospitales deben establecer prioridades sin desviarse de las metas y objetivos planteados por él y por el estado. Implica definir programas y políticas con apoyo de especialistas.

Los valores éticos y morales influyen directamente en el proceso de atención en el cuidado del paciente. En la práctica profesional pueden surgir tensiones entre el comportamiento individual y las relaciones interpersonales dentro de los equipos de salud. En este contexto, la comunicación, el respeto y la humanización de las acciones se convierten en indicadores de desempeño laboral.<sup>(19)</sup> La ética profesional no solo regula la relación médico - paciente, sino también la interacción entre colegas la gestión de recursos y la relación con la comunidad su ausencia puede generar conflictos, desconfianza y deterioro en la calidad del servicio.

Es importante resaltar que, la ética de la gerencia pública de salud se convierte en un requisito indispensable para garantizar que las decisiones sean responsables, justas y respetuosas de los derechos humanos. Se enfatizan en principios como la responsabilidad social, el compromiso comunitario, la transparencia y la confidencialidad. Sin embargo, persiste una brecha entre las leyes que garantizan el derecho a la salud y la realidad que enfrentan los ciudadanos, lo que obliga el estado reforzar mecanismos que aseguren accesos equitativos y de calidad.

### **Gobernanza y ética en la gerencia del área de salud**

Se define como los procesos institucionales y prácticos que se utilizan para dirigir y regular los asuntos de una sociedad o una organización, incluye el gobierno, el estado, el mercado y la sociedad civil. Implica la forma en que se toman las decisiones, se gestionan los recursos y se

abordan los problemas colectivos.

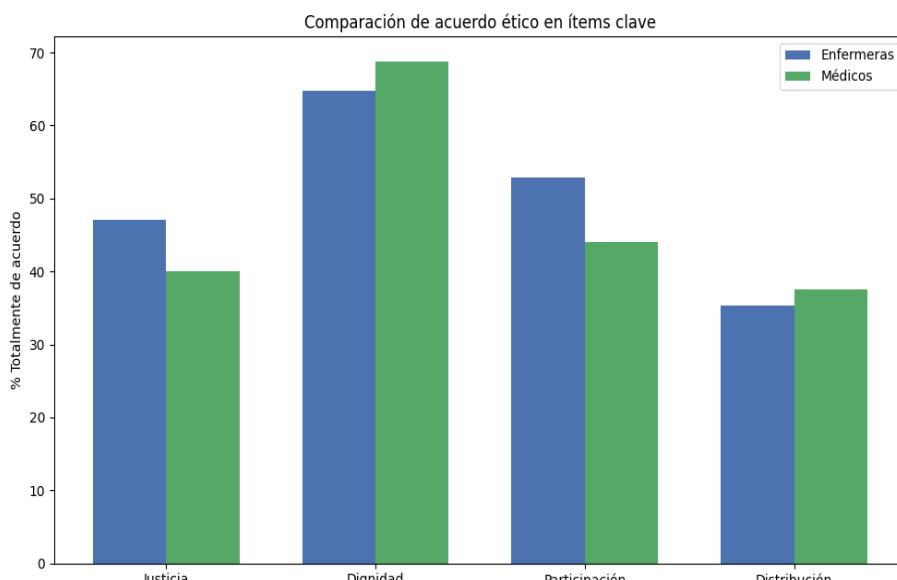
Nava de la Universidad autónoma del Estado de Hidalgo señala que toda actividad humana enfrenta dilemas morales que requieren sentido ético para orientar la gestión.<sup>(20)</sup> Kidder fundador del Instituto de ética global (1990), define el dilema ético como la elección entre dos opciones correctas, la que obliga identificar alternativas que beneficien a terceros implicados.<sup>(21)</sup>

## RESULTADOS

En el siglo XXI surge el paradigma del Gobierno abierto, caracterizado por la transferencia, la colaboración y la participación ciudadana en la toma de decisiones.<sup>(22)</sup> Este modelo busca crear valor público por encima de las burocracias estatales, desarrollar políticas efectivas y fortalecer la rendición de cuenta. El documento prosperidad con equidad: el desafío de la cooperación en las Américas refleja este enfoque con apoyo de la Unión Europea.<sup>(23)</sup>

En Venezuela, la creación de Transparencia Venezuela establecida en el 2004, como capítulo nacional de transparencia internacional, ha promovido condiciones y herramientas para prevenir la corrupción y alinear al país con estándares internacionales.<sup>(24)</sup> Este esfuerzo busca recuperar la confianza ciudadana en las instituciones públicas y creó a mejores condiciones de vida y prosperidad.<sup>(25)</sup>

A partir de los instrumentos aplicados se presentan de manera sistemática y organizada para garantizar la claridad y validez de análisis siempre en matrices comparativas así como representaciones gráficas en barra en radar qué permitieron identificar tendencias y diferencia entre los grupos estudiados punto esta herramienta facilitar una interpretación de los datos evidenciando patrones de acuerdo a cuarto neutralidad y desacuerdo en torno a los principios éticos evaluados punto el uso combinado de métodos cuantitativos visuales fortaleció la comprensión de los hallazgos punto en este apartado se exponen las principales percepciones y brechas detectadas en la gestión ética capital.

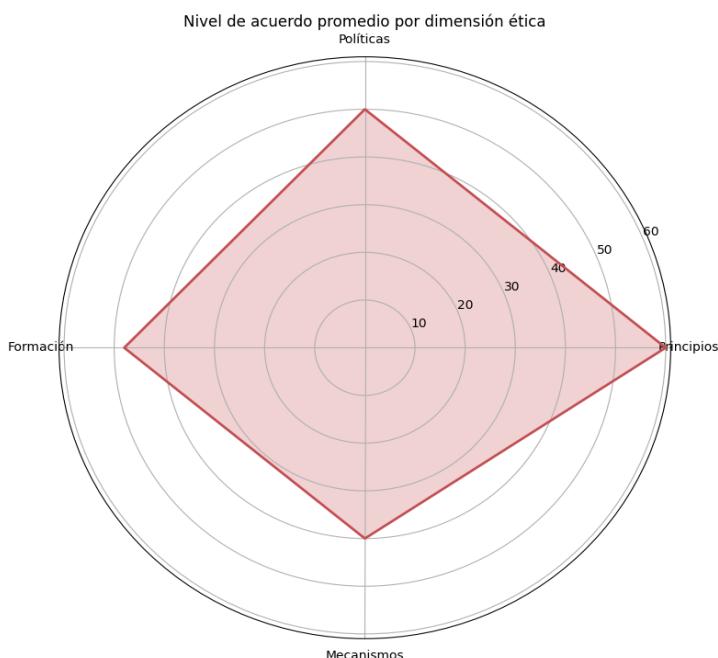


**Figura 3.1.** Comparación de acuerdo ético en ítems clave

Este gráfico expone diferencias finas entre médicos y enfermeras en justicia y equidad la enfermera supera a los médicos lo que sugiere un anclaje más cotidiano de estos principios en la distribución de turnos insumos y cuidados directos. La mayor respuesta totalmente de acuerdo en participación por parte de enfermería indica que esta implicación no solo es percibida como valioso, sino como determinante para corregir ciertos y mejorar decisiones clínicas. En contraste los médicos destacan la dignidad y la distribución ética quizás por su rol de asesor entre Ángel y priorización clínica como donde la noción de dignidad se opera finaliza en criterios de indicación riesgo venir distributiva. La cercanía de porcentajes en distribución ética sugiere convergencias de percepciones, pero no elimina dudas sobre trazabilidad y criterios explícitos.

Tabla 3.1. Comparación de acuerdo ético entre médicos y enfermeras		
Ítem	Enfermeras %	Médicos %
Justicia y Equidad	47,1	40
Dignidad como prioridad	64,7	68,8
Participación fortalece ética	52,9	44,1
Distribución ética de recursos	35,3	37,5

La mayor adhesión ética de las enfermeras en participación y justicia refleja su rol directo en el cuidado cotidiano, donde la equidad en turnos, insumos y tiempos de atención se vive como experiencia concreta. Su implicación en decisiones clínicas administrativas fortalece la percepción de Justicia procedural. En contraste, los médicos tienden a destacar la dignidad y la distribución ética, posiblemente por su responsabilidad en decisiones críticas como triaje, priorización de tratamientos y asignación de recursos escasos. Esta diferencia revela que cada uno interpreta y aplica los principios éticos desde su posición funcional lo que abre oportunidades para complementar en la gobernanza hospitalaria.



**Figura 3.2.** Matriz entre concepto, tendencia, Brecha identificad

El gráfico de radar agrupa los ítems en cuatro dimensiones, a) Principios éticos (justicia, dignidad, respeto): 60 %, lideran porque son marcos compartidos y de alta deseabilidad social; su traducción a práctica cotidiana parece estar culturalmente consolidada. b) Políticas institucionales (claridad, códigos, triaje): ocupan un segundo nivel, 50 %, sugiriendo que existen documentos y referentes, pero con brechas de accesibilidad, actualización y contextualización por servicio. Formación y desarrollo profesional: 48 % rozan el umbral de suficiencia: pero falta medir impacto en conductas observables y acoplarla a evaluación de desempeño y certificación continua. Mecanismos correctivos y trazabilidad: 40 % aquí emergen dudas sobre la efectividad real, tiempos de respuesta, protección de denunciantes y cierre de ciclo con retroalimentación.

Ítem	Concepto Central	Tendencia General	Nivel de Consenso	Brecha Identificada	Implicación Práctica
1	Justicia y equidad en decisiones de gestión	Predomina acuerdo (DA/TDA) en ambos grupos	Alto	Mínimo desacuerdo	Evidenciar casos y protocolos concretos de asignación
2	Dignidad como prioridad frente a objetivos institucionales	Acuerdo muy alto (DA/TDA)	Muy alto	Casi ausencia de neutralidad	Explicitar ponderación de dignidad ante restricciones
3	Respeto y solidaridad guían decisiones	Acuerdo predominante	Alto	Baja neutralidad, nulo desacuerdo	Capital simbólico fuerte para comités de ética
4	Distribución de recursos con criterios éticos explícitos	Alto acuerdo con mayor neutralidad	Medio-Alto	Mayor duda relativa	ZONA CRÍTICA: Mejorar explicitación y trazabilidad
5	Gestión de datos respetando confidencialidad	Acuerdo casi unánime (DA/TDA)	Muy alto	Prácticamente nula neutralidad/desacuerdo	Consolidado; auditorías periódicas necesarias
6	Mecanismos efectivos para corregir prácticas poco éticas	Predomina acuerdo con mayor neutralidad	Medio-Alto	Dudas sobre efectividad y consistencia	FOCO DE MEJORA: Protocolos, tiempos, protección denunciantes

Fuente: Elaboración a partir de los resultados mediante Perplexity

**Figura 3.3. Matriz entre concepto, tendencia, Brecha identificada**

Se observa que hay un Predominio en las alternativas (DA/TDA) en ambos grupos; mínimos en desacuerdo. Existe creencia extendida de que los valores de justicia/equidad están presentes

en la gestión. Las enfermeras muestran aún mayor adhesión que los médicos. En cuanto a, la Prioridad de la dignidad de las personas frente a otros objetivos institucionales, el acuerdo muy alto (DA/TDA) en ambos grupos; casi ausencia de neutralidad o desacuerdo. La dignidad aparece como eje consensual de la práctica. El Principios de respeto y solidaridad guían decisiones en los servicios la tendencia es que el Acuerdo es predominante, neutralidad baja, nulo o casi nulo desacuerdo. La cultura profesional vivida por enfermería y medicina converge en respeto/ solidaridad como criterios operativos.

Con respecto a, la Distribución de recursos con criterios éticos explícitos que afectan enfermería, la opción es totalmente de acuerdo. La mayoría percibe ética en distribución, aunque con más dudas. El personal de enfermería muestra respaldo alto, pero con un segmento que no lo ve tan claro. En la Gestión de datos personales respetando confidencialidad y protección de datos la opción Acuerdo es casi unánime (DA/TDA); neutralidad y desacuerdo prácticamente inexistentes. La práctica de registro y manejo de datos en enfermería es percibida como alineada con protección de datos. Y en los Mecanismos efectivos para corregir prácticas poco éticas en enfermería, Predomina el acuerdo, pero con neutralidad superior a otros ítems y menos unanimidad.

Ítem	Concepto Central	Tendencia General	Nivel de Consenso	Brecha Identificada	Implicación Práctica
8	Decisiones éticas de gerencia mejoran calidad y seguridad	Acuerdo fuerte en ambos grupos	Muy alto	Mínima neutralidad	Justifica inversión en gobernanza ética
9	Políticas éticamente fundamentadas favorecen atención centrada en persona	Alto DA/TDA en ambos	Muy alto	Casi nula neutralidad	Alinear políticas con cuidado relacional
10	Claridad de políticas y códigos de conducta	Acuerdo muy alto	Muy alto	Ligera diferencia (más TDA en médicos)	Mantener actualización y difusión específica
11	Formación en ética/bioética aplicada a enfermería	Acuerdo muy alto en ambos grupos	Muy alto	Similares proporciones a ítem 10	Consolidar programas continuos con evaluación
12	Participación de enfermería en decisiones fortalece ética	Acuerdo contundente	Muy alto	Casi nula neutralidad	Institucionalizar participación en comités mixtos
13	Prioridad a pacientes vulnerables ante escasez de recursos	Acuerdo alto	Alto	Distribución similar entre grupos	Traducir a protocolos explícitos de triage ético

**Figura 3.4.** Matriz entre concepto, tendencia, Brecha identificada

Sobre las Decisiones éticas de la gerencia mejoran calidad y seguridad del paciente, la opción acuerdo fue fuerte en ambos grupos, pequeña neutralidad en médicos y mínima en enfermeras. Las Políticas éticamente fundamentadas favorecen atención centrada en la persona, la tendencia es Alta en DA/TDA en ambos grupos; casi nula neutralidad. Clara conexión entre política ética y enfoque centrado en la persona. En cuanto a la claridad de políticas y códigos de conducta para atención de enfermería la tendencia de Acuerdo muy alto; ligera diferencia con más TDA en médicos; enfermeras mantienen DA/TDA robusto.

Sobre la Formación y desarrollo profesional en ética/bioética aplicadas a enfermería, la tendencia de Acuerdo muy alta en ambos grupos, con proporciones similares a ítem 10. La Participación del personal de enfermería en decisiones fortalece la ética, Acuerdo contundente, casi nula neutralidad. Y, por último, la Prioridad a pacientes vulnerables ante escasez de recursos, la opción de Acuerdo es alta; las enfermeras distribuyen entre DA y TDA y los médicos con mayor TDA.

**Tabla 3.2. Matriz de prioridad-área-problema**

Prioridad	Área	Problema	Recomendación Específica
Critica	Mecanismos correctivos	Dudas sobre efectividad	Auditar y reactivar corrección; establecer protocolos de SLA (tiempos de respuesta); crear protección de denunciantes
Critica	Distribución de recursos	Falta de explicitación de criterios	Crear matriz de decisión ética documentada; comunicar criterios a todos niveles
Critica	Claridad responsabilidades éticas	28,1 % en desacuerdo (enfermeras)	Desarrollar manual de responsabilidades éticas por rol; sesiones de capacitación
Importante	Conflictos de interés	88,2 % ve impacto negativo	Protocolo de identificación; registro de conflictos; política de divulgación obligatoria
Importante	Participación de enfermería	Valorada pero no sistematizada	Crear comités de decisión clínica mixtos; reuniones periódicas; mecanismos de retroalimentación
Importante	Triage ético	Principio conocido, no operacionalizado	Protocolo explícito de triaje; criterios de vulnerabilidad; auditoría equidad
Mejora Continua	Formación ética	Ampliamente respaldada	Consolidar programas continuos; evaluar impacto en prácticas; vincular a evaluación desempeño

La tabla 3.2 revela áreas críticas en la gestión ética hospitalaria que requieren intervención prioritaria. Los mecanismos correctivos presentan dudas sobre su efectividad, lo que demanda auditorías, tiempo de respuesta definida y protección a denunciantes. La distribución del recurso carece de criterios específicos, por lo que se recomienda una matriz ética documentada y una comunicación transversal. La claridad en responsabilidades éticas muestra un 28,1 % de desacuerdo entre enfermeras, evidenciando la necesidad de manuales por rol y formación específica. En áreas importantes, los conflictos de interés afectan negativamente en 88,2 %, lo que exige protocolo de identificación y de divulgación. La participación de enfermería, aunque valorada no está sistematizada. Además, el triaje ético, aunque reconocido, no se aplica operativamente. Finalmente, la formación ética es ampliamente respaldada, lo que sugiere es consolidar programas continuos y vincularlos a la evaluación del desempeño.

## **DISCUSIÓN**

Los resultados obtenidos mediante los diversos gráficos y figuras revelan patrones significativos en la percepción ética de médicos y enfermeras en la gestión hospitalaria. La alta adhesión a principios como justicia, dignidad y respeto confirma su consolidación como marco normativo compartidos, tal como lo señala Juve et al.<sup>(26)</sup>, quienes destacan que la ética profesional se configura como un eje transversal en la toma de decisiones clínicas y administrativas.

En la dimensión de Justicia y equidad las enfermeras superan a los médicos en porcentajes de acuerdo a 47,1 % versus 40 %, con lo que sugiere una vivencia más cotidiana de estos principios en la distribución de turnos, insumos y cuidados directos. Esta diferencia funcional es coherente con lo planteado por Páez Moreno quien advierte que la justicia distributiva en salud debe considerar la proximidad operativa del personal en contacto directo con el paciente.<sup>(27)</sup> La percepción de equidad no solo se vincula con valores abstractos, sino con prácticas concretas como la asignación de recursos y tiempo de atención.

En cuanto al respeto a la dignidad como prioridad, los médicos muestran mayor acuerdo 68,8 % que las enfermeras 64,7 %, lo que puede explicarse por su rol en decisiones críticas como triaje priorización de tratamientos. En este sentido, la dignidad se operacionaliza en criterios clínicos de riesgo y necesidad, como lo plantea la bioética clínica contemporánea de Beauchamp y Childress<sup>(15)</sup>, donde la dignidad se traduce en respeto por la autonomía y la aplicación de tratamiento proporcionales y justos.

La participación del personal de enfermería en decisiones éticas es valorada por ambos grupos, pero con mayor énfasis en enfermería 52,9 % versus 44,1 %, esta diferencia refuerza la necesidad de institucionalizar mecanismos de participación como comités mixtos y rondas clínicas éticas. Según un estudio de la Universidad de Barcelona Juve et al.<sup>(26)</sup> la participación activa del personal de enfermería en decisiones clínicas fortalece la justicia procedural y mejora la calidad del cuidado.

En cuanto a la distribución eficaz de recursos, los porcentajes son cercanos 35,3 % enfermeras 37,5 % médicos, lo que sugiere convergencia en la percepción pero, no elimina las dudas sobre trazabilidad y criterios explícitos. La falta de matriz ética documentada y de comunicación transversal se identifica como un problema crítico. Páez Moreno advierte que los conflictos de interés en la distribución de recursos deben ser normados por principios de equidad y utilidad, priorizando a los más vulnerables.<sup>(27)</sup>

La dimensión de conflictos de interés muestra una percepción negativa en el 82 88,2 % de los casos, lo que exige protocolos de identificación, registro y divulgación. Esta cifra es alarmante, ya que los conflictos de interés pueden comprometer la equidad en la atención y la asignación de recursos. La transparencia en la gestión es condición necesaria para la justicia en salud.<sup>(27)</sup>

Los mecanismos correctivos presenten dudas sobre su efectividad, pone una neutralidad superior a otros ítems. Esto indica que, aunque existen protocolos, su aplicación no es percibida como eficaz. La recomendación de auditar, establecer tiempo de respuesta y proteger a los denunciantes responde a la necesidad de cerrar el ciclo ético con retroalimentación.

La formación ética es ampliamente respaldada, pero se ubica en el lugar de suficiencia, un 48 %, lo que sugiere que falta vincularla a la evaluación del desempeño y a la certificación continua. La literatura recomienda que la formación en ética debe ser contextualizada, evaluada

y vinculada a indicadores de calidad asistencial.<sup>(26)</sup> Finalmente el triage ético aparece como un principio conocido, pero no operacionalizado. La ausencia de protocolos explícitos y criterios de una vulnerabilidad limita su aplicación en situaciones de escasez.

En síntesis, los resultados revelan una cultura ética compartida, pero con brechas de mecanismos, políticas y formación. La diferencia de percepciones entre médicos y enfermeras responden a sus roles funcionales, lo que abre la oportunidad para complementarla en la gobernanza hospitalaria. La ética institucional no puede depender solo de principios normativos, sino de estructuras operativas que garanticen su aplicación efectiva.

## **CONCLUSIONES**

La ética en la gestión hospitalaria no puede entenderse únicamente como un conjunto de principios normativos, sino como una práctica institucional que se construye en la intersección entre cultura profesional, estructuras organizativas. Los hallazgos del estudio permiten visibilizar no solo el grado de adhesión a valores éticos por parte de médicos y enfermeras, sino también las condiciones que facilitan o limitan su aplicación efectiva en contextos reales de atención.

Uno de los aportes más relevantes del análisis es la identificación de zonas de convergencia y divergencia entre los grupos profesionales. Si bien ambos comparten altos niveles de acuerdo en dimensiones como dignidad, justicia y confidencialidad, las diferencias en participación, trazabilidad y mecanismos correctivos revelan que la ética no se vive de forma homogénea. Esto obliga a repensar los modelos de gobernanza hospitalaria desde una lógica inclusiva, donde las voces de todos los actores sean reconocidas como fuentes legítimas deliberación ética.

La ética institucional requiere más que una acción declarativa: necesita estructuras que la sostengan. La ausencia de protocolos explícitos en áreas como triaje, distribución de recursos y resolución de conflictos de interés muestra que los principios éticos pueden quedar atrapados en la abstracción si no se traducen en procedimientos verificables. En este sentido, la ética debe ser operacional mediante matrices de decisión, indicadores de equidad y mecanismos de seguimiento que permitan evaluar su impacto en la práctica cotidiana.

Otro aspecto clave es la relación entre ética y Formación Profesional; aunque los datos muestran respaldo a la formación ética, el desafío está en vincularla a procesos de evaluación, certificación y mejora continua. La ética no puede ser un contenido aislado en los programas académicos, sino una competencia transversal que se actualiza en función de los dilemas emergentes, las transformaciones tecnológicas y las exigencias sociales. Esto implica diseñar itinerarios formativos que integran la ética en la toma de decisiones clínicas la gestión de equipos y la relación con los pacientes.

La participación del personal de enfermería aparece como un eje transformador. Su implicación directa en el cuidado, la administración de recursos y la interacción con usuarios les otorga una perspectiva privilegiada sobre la justicia procedural. Sin embargo, esta participación aún no está sistematizada en muchos contextos. La creación de comités éticos mixtos, espacios de deliberación y mecanismo de retroalimentación puede fortalecer la capacidad institucional para tomar decisiones más justas, contextualizadas y sensibles a las realidades del cuidado.

La gestión ética también debe considerar la dimensión emocional y relacional del trabajo hospitalario. La ética no se limita normas abstractas, sino que se expresa en el reconocimiento del otro, en la empatía ante el sufrimiento y en la responsabilidad compartida frente a dilemas

complejos. Por ello es fundamental promover una cultura organizacional que valoren el cuidado ético como parte de desempeño profesional, y que ofrezca espacios seguros para la reflexión, el acompañamiento y la resolución de conflictos.

En contexto de escasez, como los que enfrenta Venezuela y otros países de la región, la ética tiene una dimensión aún más crítica. La asignación de recursos, la priorización de pacientes y la gestión de datos personales se convierten en decisiones de alto impacto, donde la equidad, la transferencia y la protección de derechos deben ser garantizadas. Esto exige fortalecer los Marcos normativos, pero también las capacidades institucionales para aplicar criterios éticos en condiciones de presión, incertidumbre y vulnerabilidad.

Finalmente, la ética hospitalaria debe ser entendida como un sistema vivo, en constante interacción con los valores sociales, las políticas públicas y las prácticas profesionales. No basta con tener códigos de conducta, es necesario que estos sean conocidos, aplicados y revisados periódicamente. La ética debe ser parte del sistema de gestión, del diseño de indicadores de la evaluación de desempeño y de la planificación estratégica.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Paredes M, PK, BX. Ética en la salud pública: propuesta sobre los principios fundamentales que guían las responsabilidades éticas del Estado en el contexto de la pandemia por COVID-19. Revista Médica de Chile. 2020;148(10). <https://www.revistamedicadechile.cl/index.php/rmedica/article/view/8504>
2. Vargas M, VC. Salud pública y ética de la gerencia de la salud. 2023. [https://campusvirtual.icap.ac.cr/pluginfile.php/201051/mod\\_resource/content/1/SALUD%20P%C3%9ABLICA%20Y%20ETICA%20DE%20LA%20GERENCIA%20DE%20LA%20SALUD%20XLV%20%284%29.pdf](https://campusvirtual.icap.ac.cr/pluginfile.php/201051/mod_resource/content/1/SALUD%20P%C3%9ABLICA%20Y%20ETICA%20DE%20LA%20GERENCIA%20DE%20LA%20SALUD%20XLV%20%284%29.pdf)
3. Universidad Europea. Ética profesional en el sector sanitario. Blog. 2024. <https://universidadeuropea.com/blog/etica-profesional/>
4. Organización Mundial de la Salud. Ética en la salud pública. Página OMS. 2024. <https://www.paho.org/es/etica-salud-publica>
5. Organización Panamericana de la Salud. Ética de la salud pública. OPS/OMS. 2024. <https://www.paho.org/es/etica-salud-publica>
6. Thomas J, MR. Códigos de ética en salud pública. Enciclopedia Internacional de Salud Pública.
7. González G. La crisis del sistema de salud en Venezuela. Salus. 2018;22(1). <https://www.redalyc.org/journal/3759/375956270002/html/>
8. Hernández R, FC, BM. Metodología de la investigación. 6.<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill; 2014.
9. Palella S, MF. Metodología de la investigación cuantitativa. 3.<sup>a</sup> ed. Caracas: FEDUPEL; 2010.
10. Hernández R, MC. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1.<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill Educación; 2018. <https://bibliotecadigital.uce.edu.ec/s/>

L-D/item/793

11. Arias F. El proyecto de investigación: introducción a la metodología científica. 6.<sup>a</sup> ed. Caracas: Episteme; 2012.
12. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. 5.<sup>a</sup> ed. Madrid: Morata; 2015. [https://edmorata.es/wp-content/uploads/2021/02/Flick.-Introduccion-a-la-investigacion-cualitativa\\_prw.pdf](https://edmorata.es/wp-content/uploads/2021/02/Flick.-Introduccion-a-la-investigacion-cualitativa_prw.pdf)
13. Salazar M. Organización sanitaria de Venezuela. Universidad Rómulo Gallegos; 2025. <https://es.scribd.com/document/844133233/organizacion-sanitaria-en-venezuela>
14. Garzón F. Fritz Jahr, ¿el padre de la bioética? Revista Latinoamericana de Bioética. 2009;9(2). <https://www.redalyc.org/pdf/1270/127020306001.pdf>
15. Beauchamp T, Childress J. Principios de ética biomédica. 6.<sup>a</sup> ed. New York: Oxford University Press; 2009. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6080122.pdf>
16. Hardy A, RJ. Moral, ética y bioética: un punto de vista práctico. Revista Medicina e Investigación. 2015;3(1). <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-articulo-moral-etica-bioetica-un-punto-S2214310615000084>
17. Ferrer J, Álvarez J. Para fundamentar la bioética: teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea. 2.<sup>a</sup> ed. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2005. <https://produccioncientifica.ugr.es/documentos/62d8e375ef8a9e0e42abef27>
18. Paredes M, PK, BX. Ética en la salud pública: propuesta sobre los principios fundamentales que guían las responsabilidades éticas del Estado en el contexto de la pandemia por COVID-19. Revista Médica de Chile. 2020;148(10). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9426999>
19. Morales M, MI, RA. Conducta ética del profesional de enfermería en el cuidado directo al paciente hospitalizado: revisión sistemática. Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica. 2021;40(3). <https://www.redalyc.org/journal/559/55969712008/55969712008.pdf>
20. Nava G, MJ, EJ, DL. Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre. 1.<sup>a</sup> ed. México: UAEH; 2011. [https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4821/libro\\_principios\\_de\\_etica.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4821/libro_principios_de_etica.pdf)
21. Villarreal E, VG. Dilemas éticos. Revista Salud Uninorte. 2013;29(1). <https://www.redalyc.org/pdf/817/81728689013.pdf>
22. Naser A, RA, RD. Desde el gobierno abierto al Estado abierto en América Latina y el Caribe. 1.<sup>a</sup> ed. Santiago: CEPAL; 2017. <https://www.oidp.net/docs/repo/doc188.pdf>
23. Organización de los Estados Americanos. VII Cumbre de las Américas: participación de la sociedad civil y los actores sociales. 2015. [http://www.summit-americas.org/cs/pubs/vii\\_summit\\_compilation\\_es.pdf](http://www.summit-americas.org/cs/pubs/vii_summit_compilation_es.pdf)

24. Transparencia Venezuela. Historia. Asociación civil sin fines de lucro. 2004. <https://www.alianzaregional.net/transparencia-venezuela/>
25. Martínez F, UJ, DFM. Manual de gobierno abierto y lucha contra la corrupción. <https://transparenciave.org/wp-content/uploads/2019/04/Manual-de-Gobierno-abierto-2019.pdf>
26. Juvé M, Antón F, Escobar B. Práctica profesional ética y participación de las enfermeras en la toma de decisiones clínicas: fortalecimiento de la justicia procesal y la calidad de la atención. *Enfermería Clínica*. 2023;33(1). doi:10.1016/j.enfcli.2022.11.002
27. Páez MR. Conflicto de interés en la distribución de recursos en salud. *Medicina y Ética*. 2020;31(3). [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2594-21662020000300627](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2594-21662020000300627)

## **FINANCIACIÓN**

Ninguna.

## **CONFLICTO DE INTERESES**

Ninguno.

## **CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA**

*Conceptualización:* Zulay Calderón, Ramón Ignacio Carrero, Sandra Coromoto Blanco.

*Análisis formal:* Zulay Calderón, Ramón Ignacio Carrero, Sandra Coromoto Blanco.

*Investigación:* Zulay Calderón, Ramón Ignacio Carrero, Sandra Coromoto Blanco.

*Metodología:* Zulay Calderón, Ramón Ignacio Carrero, Sandra Coromoto Blanco.

*Redacción - borrador original:* Zulay Calderón, Ramón Ignacio Carrero, Sandra Coromoto Blanco.

*Redacción - revisión y edición:* Zulay Calderón, Ramón Ignacio Carrero, Sandra Coromoto Blanco.