

# Consideraciones éticas en una revisión actual

Maria Eulàlia Juvé Udina<sup>a</sup> y Pilar Anton Almenara<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Diplomada en Enfermería, Máster en Enfermería Médico-Quirúrgica, Máster en Liderazgo y Gestión de Enfermería, Alumna del Programa de Doctorado en Ciencias Enfermeras. Profesora Asociada de la Escuela Universitaria de Enfermería, IDIBELL-Universidad de Barcelona, Barcelona, España

<sup>b</sup> Diplomada en enfermería, Licenciada en Antropología, Máster en Bioética y Derecho, Profesora titular de la Escuela Universitaria de Enfermería, IDIBELL-Universidad de Barcelona, Barcelona, España

## Resumen

**Introducción.** Las decisiones de gestión configuran una parte importante del contexto organizativo para la prestación de cuidados. En la literatura científica se encuentran evidencias del impacto del contexto organizativo y de la pericia de los profesionales en los resultados. Puesto que el contexto organizativo está influido por las decisiones de gestión y la toma de decisiones está directamente relacionada con el nivel de competencia de cada profesional, es de esperar que en la práctica existan múltiples visiones sobre una misma situación, que precipiten dilemas éticos en los que la enfermera gestora deberá actuar.

**Objetivo.** Presentar una revisión reflexiva sobre los aspectos éticos de actualidad en la gestión enfermera como herramienta esencial en el desarrollo de pericia para la toma de decisiones.

**Método.** Revisión interpretativa y discusión de la literatura científica actual sobre las cuestiones ético-morales en el ámbito de la gestión asistencial y directiva enfermera: conflictos de valores, dilemas éticos, competencia ética, sufrimiento moral, redes relacionales, *whistleblowing* y comportamientos negativos.

**Resultados y conclusiones.** Gestionar el equilibrio entre los valores y las prioridades, en el marco del cumplimiento de los principios empresariales de eficiencia, efectividad y productividad puede chocar con los valores profesionales de respeto a la dignidad, equidad, beneficencia, calidad y seguridad, por lo que se requieren enfermeras gestoras con un grado elevado de competencia ética, capaces de abordar la emergencia de los dilemas que surgen en la práctica. Los directivos de las empresas sanitarias no deberían obviar la promoción de redes relacionales positivas y las políticas de gestión de los comportamientos negativos y abordar las cuestiones relacionadas con la cultura del silencio.

**Palabras clave:** Ética; Competencias; Gestión; Pericia; Valores; Sufrimiento moral; Comportamientos negativos, Whistleblowing, Enfermería

## Introducción

Las decisiones de gestión configuran una parte muy importante del contexto organizativo para la prestación de cuidados. En la literatura científica se encuentran evidencias del impacto del contexto organizativo y de la pericia de los profesionales en los resultados clínicos de los enfermos y en los resultados de productividad de los centros<sup>1,2</sup>.

Aunque tradicionalmente la gestión enfermera se asocia principalmente a la gestión de recursos, en especial a la gestión de recursos humanos, existen múltiples estudios que demuestran que la gestión enfermera, a nivel directivo y también a nivel asistencial (supervisión), incluye otras áreas diferenciadas e igualmente importantes.

En el desarrollo del proyecto COM\_VA®, de definición y evaluación de las competencias enfermeras en el ámbito hospitalario, se definen siete ámbitos de responsabilidad enfermera en la gestión directiva:

1. Dirigir la prestación y la gestión de cuidados en los centros.
2. Construir redes relacionales productivas.
3. Gestionar el conocimiento.
4. Liderar y contribuir a consolidar proyectos.
5. Potenciar la autonomía responsable de los profesionales.
6. Mantener el equilibrio entre los valores y las prioridades.
7. Gestionar los recursos.

# la gestión enfermera:

En este proyecto, desarrollado e implantado en los hospitales del Institut Català de la Salut, la competencia se conceptualiza desde sus dos significados principales. Las **competencias** son las áreas de responsabilidad que delimitan el marco de actuación profesional. La **competencia** significa la suma de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la toma de decisiones más apropiada en cada caso y en cada situación. En este sentido, la competencia es sinónimo de expertez o pericia profesional<sup>3,4</sup>.

La práctica de la gestión enfermera requiere el desarrollo de expertez en todas estas áreas, no sólo en la gestión de recursos. Estos ámbitos de responsabilidad no deberían considerarse de forma aislada, sino que habría que considerarlos en su conjunto, como elementos íntimamente relacionados.

Uno de los principales objetivos de la ética enfermera es inspirar y examinar cuáles son las decisiones y las acciones éticamente correctas en situaciones en las que se requiere optar entre dos o más alternativas “poco deseables”<sup>5</sup>.

Puesto que el contexto organizativo está influido por las decisiones de gestión y la toma de decisiones está directamente relacionada con el nivel de competencia de cada profesional, es de esperar que en la práctica clínica y gestora existan múltiples visiones sobre una misma situación, que precipiten dilemas éticos en los que habitualmente la enfermera

gestora deberá actuar como mediadora, como conciliadora o en los que se verá directamente implicada.

El objetivo de este artículo es presentar una revisión reflexiva sobre la importancia de la ética en la gestión enfermera desde la visión de la ética como herramienta esencial en el desarrollo de la competencia para los procesos de toma de decisiones en la gestión asistencial y/o directiva.

## El peso de los valores

Los valores representan convicciones básicas sobre lo que es correcto, bueno o deseable, y guían el comportamiento social y profesional<sup>6</sup>.

Según la **Teoría de los Valores** de Rokeach<sup>7</sup>, los valores incluyen creencias y actitudes dinámicas sobre determinadas conductas o estados que se consideran óptimos o preferentes; son normas o estándares activos que definen las conductas sociales y profesionales e influyen en los juicios morales.

Los valores se organizan jerárquicamente en un sistema de prioridades que puede diferir en cada individuo y grupo<sup>7</sup>. Son normas de vida que orientan la adopción de una determinada postura frente a cada situación concreta. Los valores también contribuyen a racionalizar las propias actitudes y acciones.

Los valores se desarrollan a partir del entorno social y cultural, la educación y las experiencias vividas; son aprendidos

a lo largo del proceso de socialización y predisponen a la persona a actuar de una determinada forma<sup>7</sup>.

Conceptualmente, los valores pueden categorizarse en tres grupos principales:

- **Valores personales terminales.** Son los objetivos y aspiraciones personales para la propia vida.
- **Valores personales instrumentales.** Incluyen las características de los comportamientos propios considerados como óptimos.
- **Valores profesionales.** Son los principios, objetivos y aspiraciones que definen una disciplina y son compartidos por un grupo profesional.

En un estudio reciente sobre los valores personales y profesionales de las enfermeras, los autores identifican como valores principales en cada una de las categorías, los siguientes: la seguridad familiar como principal valor personal terminal, la honestidad como primer valor personal instrumental y el respeto a la dignidad humana considerado el principal valor de la profesión enfermera<sup>8</sup>.

La tabla 1 incluye un resumen del sistema de valores enfermeros priorizados según su impacto en número de publicaciones enfermeras del último año, en revistas indexadas en Medline, y se compara con el ranking de valores profesionales descrito por Rassin<sup>8</sup>.

Con frecuencia, las enfermeras

**Tabla 1. Sistema de valores de la profesión enfermera**

Valores (publicaciones Medline)	Valores (Michal Rassin)
1. Promoción de la calidad de los cuidados y seguridad de los pacientes	1. Respeto a la dignidad humana
2. Desarrollo de la competencia profesional	2. Promoción de la equidad
3. Respeto a la dignidad humana	3. Beneficencia
4. Responsabilidad profesional	4. Responsabilidad profesional
5. Protección de la intimidad	5. Promoción de la autonomía de los pacientes
6. Confidencialidad	6. Promoción de la calidad de los cuidados y seguridad de los pacientes
7. Promoción de la equidad	7. Protección de la intimidad
8. Altruismo	8. Confidencialidad
9. Beneficencia	9. Altruismo
10. Promoción de la autonomía	10. Desarrollo de la competencia profesional

directivas y gestoras asistenciales se encuentran con situaciones de dualidad y de tensión entre sus responsabilidades y la lealtad a la institución o la empresa en la que trabajan y los valores de la disciplina enfermera<sup>5</sup>, porque algunos de estos valores pueden entrar en conflicto con los objetivos institucionales, y viceversa. La necesidad de cumplir los

El origen de muchos de estos “conflictos” tiene su raíz en este hecho: los valores empresariales divergen de forma inherente de los valores de la profesión enfermera. En esta situación, es de esperar la emergencia de dilemas éticos sobre “las mejores” opciones en respuesta a posibles demandas y expectativas contradictorias entre: las

causa principalmente de las limitaciones económicas y del contexto organizativo, es el dilema ético más frecuente<sup>12,13</sup>. De todos modos, es necesario considerar que si bien es cierto que la dualidad eficiencia-calidad puede ser difícil de gestionar, también lo es que las actitudes de algunos profesionales en el trato y la relación con los pacientes parecen contrarias a los valores de respeto a la dignidad, promoción de la autonomía o de la beneficencia. La equidad, como valor profesional enfermero, tiene implicaciones directas en la eficiencia, el rendimiento, el desempeño y la productividad.

Estas actitudes pueden tener su origen, aunque no de forma exclusiva, en los conflictos de valores entre las empresas y los profesionales. La enfermera puede sentirse poco reconocida o puede percibir un trato inadecuado por parte de la institución, y esta situación puede influir, quizá de forma inconsciente, en la calidad de los cuidados que ofrece al enfermo y a su familia.

Bergman<sup>14</sup> y Wagner<sup>15</sup> proponen una metodología para la toma de decisiones que puede emplearse como guía para el análisis y la resolución de los dilemas éticos en la práctica clínica y gestora. De manera resumida, este método se estructura en 6 fases (tabla 2).

Diferentes autores<sup>12,13,16,17</sup> indican la responsabilidad de la enfermera gestora y directiva de trabajar para la resolución de problemas éticos y de ofrecer apoyo a las enfermeras asistenciales en los procesos de toma de decisiones.

**Uno de los principales objetivos de la ética enfermera es inspirar y examinar cuáles son las decisiones y las acciones éticamente correctas en situaciones en las que se requiere optar entre dos o más alternativas “poco deseables”**

requerimientos organizativos de eficiencia y de coste-efectividad frente al deber moral de proteger a los enfermos en relación a su salud, a su seguridad y a la calidad de los cuidados que se prestan es considerada una fuente permanente de dilemas éticos y morales.

En un contexto de recortes presupuestarios y de escasez de recursos, se hace especialmente complicado gestionar el equilibrio entre los valores y las prioridades; el cumplimiento de los principios empresariales de eficiencia, efectividad y productividad puede chocar frontalmente con los valores profesionales de respeto a la dignidad, equidad, beneficencia, calidad y seguridad, por lo que se requieren más que nunca enfermeras con un grado elevado de competencia en gestión.

enfermeras y los pacientes, las enfermeras y la empresa, las enfermeras y otros profesionales, e incluso las enfermeras y la propia profesión<sup>9</sup>.

### Los dilemas éticos

El concepto de *dilema ético* se utiliza para referir aquellas “circunstancias o situaciones en las que debe tomarse una decisión frente a varias opciones o alternativas que generalmente ofrecen un grado de insatisfacción similar”<sup>10</sup>.

En cambio, un *problema moral* es una situación en la que existe un conflicto o dilema entre los propios valores y los de los demás<sup>11</sup>.

Varios autores coinciden en que la percepción de los profesionales de estar prestando servicios con un nivel de calidad y seguridad insuficiente, a

Las enfermeras gestoras deben estar capacitadas para articular la aplicación práctica de los principios éticos de la disciplina enfermera, de integrar los valores disciplinares fundamentales en la práctica diaria y de promover entornos de práctica reflexiva alrededor de la prevención y la resolución de dilemas éticos, que favorezcan el crecimiento competencial de las enfermeras asistenciales.

La seguridad de los enfermos y la calidad de los servicios están directamente influidas por la competencia de cada profesional. La falta de pericia o un nivel de competencia insuficiente para desarrollar de forma adecuada un puesto de trabajo enfermero es también un problema ético frecuentemente referido en la literatura<sup>18</sup>. A nivel organizativo, en un contexto de escasez permanente de recursos se suma además la dificultad de ubicar correctamente a cada profesional en un puesto de trabajo. En los centros hospitalarios, la necesidad de cubrir equivalentes a tiempo completo 24 × 7 debe garantizarse. Pero ¿de qué modo? ¿A qué precio? ¿Es preferible cubrir un puesto de trabajo con una enfermera que no tiene el nivel competencial necesario que dejarlo descubierto? ¿Garantiza esta cobertura la seguridad de los pacientes? ¿Están adecuadamente fijados los estándares de prestación de cuidados? ¿Son alcanzables las expectativas generadas sobre los servicios que deben prestarse en relación con la disponibilidad presupuestaria?

La profesión enfermera dispone de códigos de ética el objetivo de los cuales es guiar la conducta profesional. En general, los diferentes códigos de ética disponibles se orientan a abordar cuestiones éticas sobre la prestación de cuidados a los pacientes y en pocas ocasiones incluyen orientaciones sobre la gestión de cuidados. Meulenbergs et al.<sup>19</sup> concluyen que los códigos de ética deberían transformarse para acomodarse a los contextos cambiantes de la profesión enfermera; “estos códigos éticos enfatizan la relación enfermera-paciente y el ideal de la prestación de cuidados y omiten o ignoran la importancia de los aspectos económicos de los servicios de salud”.

De todos modos, aun con los déficits reparables que puedan tener, los códigos de ética profesional pueden ser de gran utilidad en el proceso de identificación y resolución de dilemas éticos en la

**Tabla 2. Método de análisis de los dilemas éticos**

- 1 Definir el problema/dilema
- 2 Clarificar los valores profesionales y personales, los principios éticos y la regulación normativa y legal al respecto
- 3 Identificar las posibles alternativas de actuación
- 4 Escoger la opción considerada “menos mala” o “más deseable”
- 5 Debatir los aspectos pendientes de resolución
- 6 Generalizar la solución a casos similares; procedimentar y difundir las recomendaciones de actuación

práctica clínica y gestora, especialmente si se acompañan de asesoramiento ético experto.

Los problemas éticos suelen tener un origen multifactorial, suelen estar influidos por distintas variables y suelen incluir cuestiones con grandes dosis de especificidad contextual, por lo que su abordaje también debe plantearse desde diferentes visiones y perspectivas y puede requerir utilizar múltiples herramientas, incluidos los códigos éticos<sup>20</sup>.

### La competencia ética

A pesar de la abundancia de situaciones que pueden traducirse en dilemas éticos en la práctica asistencial, las enfermeras y los demás profesionales de la salud suelen tener una formación en ética, básica y continuada, escasa.

La adquisición de competencia o pericia sobre el abordaje de los dilemas éticos implica el desarrollo de habilidades para aprehender situaciones, contextualizarlas, analizarlas y compartirlas.

Como explica Källemark<sup>21</sup>, la *competencia ética* se forma en el contexto social (y profesional), y por lo tanto “sería deseable la creación de entornos y foros en los que el desarrollo de la competencia ética de un grupo o del conjunto de una profesión pueda evolucionar hacia la expertez”.

El conocimiento teórico de la ética es necesario, pero el conocimiento teórico por sí solo no es sinónimo de competencia. La competencia engloba conocimientos teóricos y experienciales, habilidades y, sobre todo, incorporar actitudes y comportamientos éticamente orientados<sup>3,4</sup>.

La competencia o pericia ética en los procesos de prestación y gestión de cuidados implica desarrollar habilidades

para integrar la percepción, la reflexión y la acción. Esta dimensión “integradora” de la competencia es el primer paso para comprender que uno es responsable de sus decisiones y de sus actos<sup>4</sup>.

Además de la formación básica durante los estudios de grado, algunas de las estrategias propuestas para favorecer la adquisición de competencia ética incluyen: sesiones de casos a debatir, participación regular en los comités o comisiones de ética o supervisión clínica<sup>22</sup>.

Las características de la organización del trabajo en muchos centros pueden hacer difícil la participación regular de las enfermeras en sesiones o comisiones. Por ello, la formación continuada, la formación posgrado y la supervisión clínica son probablemente las opciones más viables. Facilitar y promover la participación en este tipo de actividades de las enfermeras asistenciales y gestoras es una oportunidad para fomentar reflexiones individuales y colectivas, especialmente si se realizan con la participación de profesionales de múltiples disciplinas. La percepción de la competencia ética y de los problemas éticos que tienen las enfermeras es diferente, por ejemplo, de la de los médicos. Puesto que unas y otros comparten responsabilidades en la atención a los pacientes, el debate interprofesional se hace imprescindible.

### Sufrimiento moral

La creciente complejidad e intensidad de cuidados, las demandas del contexto organizativo y las medidas de austeridad financiera en los sistemas de salud van en aumento. Las enfermeras refieren cada vez con mayor frecuencia una sensación de pérdida de control. Pérdida de control en el sentido de reducción o ausencia de

influencia en los procesos de toma de decisiones, que afectan directa o indirectamente la prestación y la gestión de cuidados, y también pérdida de control sobre la capacidad de organizar su trabajo para completarlo correctamente<sup>23,24</sup>.

Cuando en la práctica profesional o en la vida personal uno actúa o deja de actuar en contra de lo que le dicta su conciencia, sus creencias o sus valores, experimenta una situación muy insatisfactoria de frustración, impotencia o sufrimiento moral<sup>25</sup>.

El sufrimiento moral, también denominado *distrés moral*, es un “desequilibrio psicoemocional doloroso que se produce como consecuencia de haber reconocido una opción éticamente deseable, pero no poder llevarla a cabo por falta de tiempo, resistencias organizativas, estructuras de poder que inhiben la autonomía profesional, normativas institucionales o consideraciones legales”<sup>25-27</sup>.

La situación contraria, es decir, el verse obligado a optar por alternativas éticamente indeseables o moralmente intolerables, también produce sufrimiento moral.

El sufrimiento moral se manifiesta con sentimientos de frustración, ira, ansiedad o desesperanza, cuando las necesidades o los objetivos institucionales entran en conflicto con los valores y la ética de la prestación de cuidados.

El umbral de responsabilidad y el grado de autonomía profesional también influyen en la percepción de sufrimiento moral.

En la práctica clínica y gestora existen múltiples situaciones que pueden generar sufrimiento moral: la futilidad de los tratamientos, la ocultación de errores médicos, la disponibilidad de plantillas demasiado ajustadas en número o con un nivel competencial insuficiente, la falta de respeto a la dignidad de los pacientes o los conflictos de información, por exceso o por defecto, son algunos de ellos<sup>23,25-29</sup>.

En un estudio sobre la frecuencia y los motivos de *distrés moral* en una población de enfermeras gestoras (supervisoras) de un hospital universitario público en Cataluña, el 90% de participantes refirieron haber experimentado 2 o más episodios de sufrimiento moral en el último año<sup>30</sup>.

Según este análisis, las situaciones que generan un mayor grado de sufrimiento moral son:

- Intervenciones médicas que prolongan el sufrimiento de los pacientes.
- Alta precoz/disminución de las estancias medias.
- Nivel competencial profesional (enfermeras y médicos) insuficiente.
- Falta de respeto a la dignidad de los enfermos.
- Ocultación de errores médicos<sup>31</sup>.

### **Intervenciones médicas que prolongan el sufrimiento**

Estas situaciones se engloban en el concepto de *futilidad*, *encarnizamiento terapéutico* u *obstinación terapéutica*. La futilidad hace referencia a un tratamiento o intervención clínica agresiva en pacientes que probablemente no experimentarán ningún beneficio. La futilidad es contraria a los principios bioéticos de beneficencia y de autonomía. Se considera que una intervención es fútil cuando “sus objetivos no son alcanzables o el nivel de consecución de éxito de la intervención es empíricamente implausible y se lleva a cabo sin considerar el mejor interés del paciente”<sup>32-34</sup>.

Los juicios sobre la futilidad están en gran medida impregnados de los sistemas de valores profesionales, y como es sabido, la profesión enfermera y la médica, comparten algunos valores y otros no. El ideal médico de “salvar vidas” puede en ocasiones chocar con los valores de humanización de la atención y de la prestación de cuidados paliativos.

En estas y otras situaciones, las enfermeras son moralmente muy sensibles a la vulnerabilidad de los pacientes<sup>28</sup> y generalmente muestran su compromiso con los valores de respeto a la dignidad humana y a los principios bioéticos de no-maleficencia, autonomía y beneficencia.

### **Alta precoz y reducción de las estancias medias**

La disminución de la estancia media de los enfermos hospitalizados es otro ejemplo claro de “conflicto” entre los objetivos empresariales y los valores profesionales. Las enfermeras perciben que con estancias tan breves se hace difícil establecer una relación terapéutica adecuada con los pacientes y sus familias.

Esta situación es útil para reflexionar sobre la necesidad de transmitir adecuadamente los valores profesionales y de acompañar en el proceso de

comprensión de que los valores pueden requerir adaptarse a los tiempos. Así, si bien es cierto que la reducción de las estancias es un objetivo de la mayoría de centros hospitalarios, también lo es que este interés empresarial de optimización de recursos contiene implícitas varias consideraciones positivas que tienen su raíz en otros valores profesionales:

● **Equidad.** Se optimiza la disponibilidad y la ocupación hospitalaria, por lo que otros pacientes que esperan ser tratados tienen la oportunidad de ser ingresados y recibir la atención y los cuidados necesarios<sup>35,36</sup>.

● **Seguridad y calidad.** La hospitalización no está exenta de algunos problemas potenciales; riesgo de infección nosocomial, riesgo de desorientación, riesgo de pérdida de autonomía, riesgo de caídas intrahospitalarias. A mayor tiempo de estancia, mayor riesgo de presentar complicaciones nosocomiales<sup>37,38</sup>.

● **Continuidad.** Los enfermos que requieren cuidados después del alta hospitalaria pueden ser atendidos por enfermeras de otros dispositivos asistenciales (hospitalización a domicilio, centros sociosanitarios, centros de atención primaria).

La insuficiencia competencial, la falta de respeto a la dignidad de los enfermos y la ocultación de errores se abordan a continuación vinculados a una reflexión sobre las irregularidades en la práctica.

### **El fenómeno Whistleblowing**

*Whistleblowing* es un término inglés de difícil traducción. Significa “tocar el silbato” o “dar la alarma”. De hecho, es lo que hacían los policías ingleses antaño, cuando perseguían algún delincuente por la calle.

Por extensión, *Whistleblowing* significa denuncia de irregularidades o de malas prácticas que causan o pueden causar daños innecesarios, o bien que implican una violación de los derechos de terceras personas<sup>39</sup>.

Más concretamente, el objetivo del *Whistleblowing* es intentar frenar conductas dañinas y prevenir que se reproduzcan en el futuro<sup>40</sup>.

La persona que denuncia las malas prácticas suele ser un empleado o ex empleado de una empresa, y lo hace internamente, a algún superior en la organización, o externamente, a alguna



agencia o autoridad que potencialmente puede frenar estas irregularidades.

El denunciante debería actuar de buena fe, en defensa del interés público o del tercero afectado.

Los estudios acerca de este fenómeno describen que es habitual que la persona que realiza este tipo de denuncias cívicas suele recibir una respuesta contundente, a veces agresiva, por parte de la empresa, que puede acabar con su despido o suspensión<sup>41</sup>.

Las empresas deberían considerar que el *Whistleblowing* es una herramienta de transparencia en la gestión empresarial y que este tipo de denuncias pueden facilitar la identificación de déficits organizativos, insuficiencias de gestión o trastornos de las vías de comunicación interna.

Durante las dos últimas décadas, este fenómeno ha sido objeto de estudio en la disciplina enfermera, especialmente en los países anglosajones<sup>39-41</sup>.

Las enfermeras que han actuado como *whistleblowers* o denunciantes se han enfrentado a complejos dilemas. Para la enfermera, la tercera persona afectada, que recibe un trato inadecuado o es objeto de mala praxis, suele ser el paciente. Ello implica que, si decide no actuar u ocultar la conducta dañina de un colega o derivada de un problema organizativo, es cómplice de la situación.

La Agencia Española de Protección de Datos indica que el sistema de denuncias español debe limitarse a hechos que tengan implicación directa con la relación laboral y no pueden aceptarse denuncias anónimas.

La mayoría de profesionales incluidos en estudios sobre este fenómeno afirman que prefieren no denunciar. En pocos casos, se realizarían denuncias internas, y en casos excepcionales, denuncias externas.

Lo cierto es que el abordaje de los casos de irregularidad o de mala praxis es complejo y extremadamente delicado.

La presunción de buena fe y de defensa del interés público del denunciante, la demostración fáctica de los hechos, el clima relacional alrededor del denunciante, del denunciado y del resto de miembros del equipo, la defensa del tercero, su conocimiento o su percepción de la situación, la vulnerabilidad de los implicados, la política empresarial sobre el abordaje de los casos de *Whistleblowing*, las consecuencias sobre

profesionales, pacientes y empresa, son elementos necesarios a considerar<sup>39-41</sup>.

La cultura del silencio organizativo es probablemente una mala práctica en sí misma. Los dilemas éticos y el sufrimiento moral de los denunciantes, o en casos de denuncias con mala fe, de los denunciados, afectarán gravemente sus vidas; pero la defensa de los derechos de los pacientes y el cumplimiento de los principios bioéticos son una obligación moral profesional.

En todo caso, sería conveniente incorporar el fenómeno *Whistleblowing* en el debate de las prácticas éticas de los profesionales de la salud y de las empresas sanitarias.

### Sobre las redes relacionales y los comportamientos negativos

Los comportamientos negativos en el ámbito laboral han sido ampliamente estudiados en los últimos años<sup>42,43</sup>.

Los términos empleados con mayor frecuencia para describir estos fenómenos

la más competente de la unidad o área. Las formas más habituales de violencia horizontal son el abuso verbal y la omisión<sup>45</sup>.

Algunos estudios indican que, además del coste humano, directo e indirecto, de los comportamientos negativos en el contexto laboral, los costes económicos pueden superar los 90.000 euros por cada caso de acoso<sup>46</sup>.

Las empresas sanitarias deben disponer de políticas de recursos humanos y de normativas que expliciten claramente el nivel de tolerancia de este tipo de conductas y deben informar de ello a sus empleados desde el momento en que se inicia la relación laboral.

Las empresas que invierten en redes relacionales positivas entre sus empleados son más productivas, no sólo porque se incrementa el nivel de satisfacción del empleado en su trabajo, sino también porque aumenta considerablemente la calidad de la comunicación interprofesional. En

***El abordaje de los dilemas éticos y de los conflictos morales que se generan en la práctica clínica requiere que las enfermeras gestoras estén altamente cualificadas para prevenir, mediar o contribuir a solventar estas situaciones.***

son: agresiones, abusos, maltrato emocional, *bullying* o intimidación, violencia horizontal, *mobbing* y acoso.

Las conductas intimidatorias implican una secuencia de maltrato psicoemocional episódico, humillaciones e intimidación explícita o sugerida, que interfiere en la ejecución profesional y en poco tiempo en la salud de la persona acosada, en forma de enfermedades, trastornos psicoemocionales inespecíficos, disminución de la autoestima, trastornos del sueño y/o de la alimentación, problemas psicopatológicos y síndromes ansiosos y depresivos<sup>44</sup>.

Los comportamientos agresivos en el ámbito laboral implican conductas agresivas y hostiles de un colega a otro.

En el acoso o la violencia entre "iguales", el acosador persigue una relación de poder y control sobre el acosado e, implícitamente, el componente de intencionalidad de dañar al otro.

En los casos de abuso entre enfermeras, la acosada suele ser una enfermera con perfil competencial alto, probablemente


sus estudios, la profesora Linda Aiken demuestra una relación directa entre una adecuada comunicación entre enfermeras y médicos y unos mejores resultados de salud en los pacientes<sup>1</sup>. El informe "*To err is human*", del Institute of Medicine de Estados Unidos, aporta también conclusiones en esta línea<sup>47</sup>.

El efecto directo de los comportamientos negativos en el ámbito laboral es un incremento del absentismo, una disminución del compromiso del empleado acosado con la empresa, especialmente en los casos en los que se percibe una falta de sensibilidad de los gestores o de las políticas de la empresa en relación a estos casos, y una disminución considerable de la calidad y la productividad en el puesto de trabajo<sup>46</sup>.

### Conclusiones

En los tiempos actuales, con los retos y las dificultades a los que se enfrentan los sistemas de salud es imprescindible promover la competencia ética de los profesionales. Identificar los problemas y

sus causas es el primer paso para lograr solucionarlos.

El abordaje de los dilemas éticos y de los conflictos morales que se generan en la práctica clínica requiere que las enfermeras gestoras estén altamente cualificadas para prevenir, mediar o contribuir a solventar estas situaciones. Urge incluir en la conciencia de las empresas sanitarias las ventajas de la creación de redes relacionales positivas y de políticas explícitas sobre la gestión de los casos de *Whistleblowing*, como herramienta de transparencia empresarial. Favorecer un contexto organizativo adecuado, evitar la minimización o el silenciamiento, activo o pasivo, de los conflictos morales, practicar un liderazgo participativo, promover relaciones laborales positivas y cultivar redes relacionales de soporte intra e interprofesional son alternativas éticamente deseables y económicamente rentables. 

## Bibliografía

- Aiken LH, Clark SP, Chung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*. 2003;290:1617-23.
- Juvé ME, Farrero S, Monterde D, Hernandez O, Sistach M, Rodríguez A, et al. Análisis del contexto organizativo de la práctica enfermera: el Nursing Work Index en los hospitales públicos. *Metas de Enfermería*. 2007;10(7):67-73.
- Benner P. *Práctica progresiva en enfermería*. Barcelona: Grijalbo; 1987.
- Juvé ME, Huguet M, Monterde D, Sanmartín MJ, Martí N, Cuevas B, et al. Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. *Nursing (ed. española)*. 2007;25(4):56-61.
- Toren O, Wagner N. Applying an ethical decision-making tool to a nurse management dilemma. *Nursing Ethics*. 2010;17(3):393-402.
- Itzhaky H, Gerber P, Dekel R. Empowerment, skills and values: a comparative study of nurses and social workers. *International Journal of Nursing Studies*. 2004;41:447-55.
- Rokeach M. *The nature of human values*. New York: Free Press; 1973.
- Rassin M. Nurses' professional and personal values. *Nursing Ethics*. 2008;15(5):614-30.
- Jormsri P. Moral conflict and collaborative mode as moral conflict resolution in health care. *Nursing & Health Science*. 2004;6:217-21.
- Thompson IE, Melia KM, Boyd KM. *Nursing Ethics*. 3th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1994.
- Van der Arend AJG, Remmers-van den Hurk CHM. Moral problems among Dutch nurses: a survey. *Nursing Ethics*. 1999;6:468-82.
- Cooper RW, Frank GL, Gouty CA, Hansen MC. Key ethical issues encountered in health care organizations: perceptions of nurse executives. *Journal of Nursing Administration*. 2002;32:331-7.
- Aitamaa E, Leino-Kilpi H, Puuka P, Suhonen R. Ethical problems in nursing management: the role of codes of ethics. *Nursing Ethics*. 2010;17(4):469-82.
- Bergman R. Ethics: concept and practice. *International Nursing Review*. 1973;20:440-1.
- Wagner A. A simulation game: a tool for teaching ethical decision making to student nurses in Israel. En: Carmi A, Schneider S, editors. *Nursing laws and ethics*. New York: Springer-Verlag; 1985. p. 165-9.
- Borawski DB. Ethical dilemmas for nurse administrators. *Journal of Nursing Administration*. 1995;25(7-8):60-2.
- Camunas C. Ethical dilemmas of nurse executives. *Journal of Nursing Administration*. 1994;24(7-8):45-51.
- Juvé ME, Farrero S, Monterde D, Sevillano MM, Olivé C, Casado A, et al. Umbral de pericia requerido para la ejecución competencial. *Metas de Enfermería*. 2008;11(10):8-15.
- Meulenbergs T, Verpeet E, Schotsman P, Gastmans C. Professional codes in a changing nursing context: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;46:331-6.
- Pattison S. Are nursing codes of practice ethical? *Nursing Ethics*. 2001;8:5-18.
- Kälvemark S, Arnetz B, Hansson MG, Westernholm P, Höglund AT. Developing ethical competence in healthcare organizations. *Nursing Ethics*. 2007;14(6):825-37.
- Magnusson A, Lützen K, Severinsson E. The influence of clinical supervision on ethical issues in home care of people with mental illness in Sweden. *Journal of Nursing Management*. 2002;10:37-45.
- Kälvemark S, Höglund AT, Hansson MG, Westernholm P, Arnetz B. Living with conflicts. Ethical dilemmas and moral distress in health care systems. *Social Science & Medicine*. 2004;58:1075-84.
- Allan H, Tschudin V, Horton K. The devaluation of nursing: a position statement. *Nursing Ethics*. 2008;15(4):550-6.
- Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nursing Forum*. 1987;88;23(1):16-29.
- Hanna DR. Moral distress: the state of science. *Research & Theory in Nursing Practice*. 2004;18:73-93.
- Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;33:250-6.
- Rice EM, Rady M, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergast DK. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an acute tertiary care hospital. *Journal of Nursing Management*. 2008;16:360-73.
- Lutzen K, Cronquist A, Magnusson A, Andersson L. Moral stress: synthesis of a concept. *Nursing Ethics*. 2003;10:312-22.
- Soldevila RM, Juvé ME, Iglesias C, Gonzalez G, García C, Balluerca MA, et al. Frecuencia de estrés moral en la supervisión de enfermería de un hospital universitario. Congreso Nacional de la Asociación Española de Directivos de Enfermería: Libro de ponencias: Sevilla; 2004.
- Jaquel A, Juvé ME, de la Iglesia I, Carbonell MD, Viso MF, Mané P, et al. Motivos de estrés moral en la supervisión de enfermería de un hospital universitario. Congreso Nacional de la Asociación Española de Directivos de Enfermería: Libro de ponencias: Sevilla; 2004.
- de Carvalho KK, Lunardi VL. La obstinación terapéutica como cuestión ética: enfermeras de unidades de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2009;17(3):308-13.
- Mohammed S, Pete E. Rituals, death and the moral practice of medical futility. *Nursing Ethics*. 2009;16(3):292-302.
- Robinson R. Registered nurses and moral distress. *Dimensions in Critical Care Nursing*. 2010;29(5):197-202.
- Dowell MA, Rozell B, Roth D, Delugach H, Chaloux P, Dowell J. Economic and clinical disparities in hospitalized patients with type 2 diabetes. *Journal of Nursing Scholarship*. 2004;36(1):66-72.
- Hammond CL, Pinnington LL, Phillips ME. A qualitative examination of inappropriate hospital admissions and length of stay. *BMC Health Services Research*. 2009;9(9):44.
- Ackroyd-Stolarz S, Read J, Mackinnon NJ, Kovacs G. The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. *BMJ Quality & Safety Health Care*. 2011. Online first 5 enero.
- Carrasco P, de Andrés LA, Barrera VH, de Miguel GA, Jimenez R. Trends of adverse drug reactions related-hospitalizations in Spain (2001-2006). *BMC Health Services Research*. 2010;13(10):287.
- Ray LS. Whistleblowing and organizational ethics. *Nursing Ethics*. 2006;13:438-45.
- Mausbach A, Bachner Y. Internal or external whistleblowing: nurses' willingness to report wrongdoing. *Nursing Ethics*. 2010;17(4):483-90.
- Jackson D, Peters K, Andrew S, Edenborough M, Halcomb E, Luck L, et al. Understanding whistleblowing: qualitative insights from nurse whistleblowers. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(10):2194-201.
- Randle J. Bullying in the nursing profession. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;43:395-401.
- McKenna B, Smith N, Poole S, Coverdale J. Horizontal violence: experiences of registered nurses in their first year of practice. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;42:90-96.
- Rowell P. Being a "target" at work: or William Tell and how the apple felt. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;35:377-9.
- Lindy C, Schaefer F. Negative workplace behaviours: an ethical dilemma for nurse managers. *Journal of Nursing Management*. 2010;18:285-92.
- Yamada D. Workplace bullying and ethical leadership. *Journal of Values Based Leadership*. 2008;1:48-60.
- Institute of Medicine. To err is human. Building a safer healthcare system. [acceso 19 Febr 2011]. Disponible en: <http://www.iom.edu>

**Correspondencia:** Maria Eulàlia Juvé Udina  
Departament d'Infermeria Fonamental i Medico-quirúrgica  
Escola Universitaria d'Infermeria.  
Campus de Bellvitge. Feixa Llarga s/n.  
08007 Hospitalet de Llobregat. Barcelona

**Correo electrónico:** [ejuve@ub.edu](mailto:ejuve@ub.edu)