

**IDENTIFICACIÓN
DE LOS
CONFLICTOS ETICOS
QUE AFECTAN
A LA
ENFERMERÍA HOSPITALARIA.**

MAPA DE CONFLICTOS.

Una útil herramienta para la gestión

Lucía Bernal Peñalver

Curso de Especialista en Derecho Sanitario y Bioética.
Universidad de Murcia. 2004-2005.

Índice:

Página

Resumen	3
Introducción	4
Material y Métodos	5
Resultados	8
Discusión	9
Bibliografía	14
Tablas	16

Resumen

Objetivo:

Conocer los conflictos éticos que soporta a diario la enfermería del hospital, para que la Comisión de Ética disponga de un mapa de conflictos que le permita conocer las situaciones a las que debe dar respuesta.

Material y Método:

Investigación cualitativa exploratoria, mediante técnicas de Grupo Focal, con participación de los órganos de gobierno de la Dirección de Enfermería del Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia (Supervisores). Además, se incluyó una encuesta sobre diez problemas éticos consensuados por la Dirección de Enfermería y dos expertos en bioética, que puntuaba la importancia futura que para los participantes podrían suponer los conflictos éticos explicitados.

Resultados:

Se identifican 59 conflictos éticos, que se agrupan en 5 áreas: profesional, asistencial, social, organizacional, y legal.

De los identificados, 16 adquieren mayor importancia, destacando los problemas de información, de recursos sociosanitarios, de desconocimiento de las expectativas de los pacientes, de la inexistencia de normas de régimen interno que regulen el quehacer diario, y del desconocimiento de la legislación vigente.

Conclusiones:

Confeccionamos un mapa de conflictos éticos a los que se enfrenta diariamente la enfermería de nuestro hospital, para que sirva de herramienta de trabajo a la recientemente constituida Comisión de Ética. Anticipándonos a los problemas, podremos afrontarlos con mejores soluciones.

Palabras Clave:

Enfermería Hospitalaria, Ética Clínica. Dilemas éticos. Mapa de conflictos

Introducción:

Es notorio en la prensa diaria, el incremento de las agresiones al personal sanitario, que ha llevado a demandar a las instituciones mayor seguridad laboral. En asistencia primaria, este incremento se ha achacado al enfrentamiento entre las partes, por diferencias de opinión sobre diagnóstico, conveniencia de la baja laboral, ó por priorización de situaciones “urgentes”.

Por otro lado, la dificultad que plantea la toma de decisiones en los tratamientos médicos, el enfrentamiento que sucede tras los errores médicos, la demora en la realización de pruebas diagnósticas o tratamientos quirúrgicos, y otras situaciones sociales no resueltas, son algunos de los problemas emergentes con los que se enfrentan o se van a enfrentar próximamente los pacientes y sus familiares. Lógicamente, no es de extrañar que en estos “conflictos”, se verán muchas veces implicados los sanitarios.

Igual ocurre con los límites entre la *lex artis* y la futilidad asistencial (o el encarnizamiento terapéutico) que lleva muchas veces a considerar soluciones irracionales, amparadas en miedos o lástimas, pero alejadas de la adecuada asistencia médica.

Ante la reciente creación de la Comisión de Ética de nuestro Hospital, se planteó la necesidad de conocer la situación basal, en cuanto a dilemas éticos, que con mayor frecuencia afronta el personal sanitario en su quehacer diario

A fin de abordar los conflictos éticos desde la Dirección de Enfermería del hospital, nos propusimos identificar y priorizar los problemas, elaborando un “mapa de conflictos” que permitiera conocer la situación, su importancia y su posible abordaje.

Material y Método:

El estudio se desarrolló en el mes de Junio de 2.005, en el Hospital del Noroeste de Murcia, de ámbito comarcal, que da asistencia a cerca de 70.000 habitantes pertenecientes al Área IV del Servicio Murciano de Salud. El hospital dista 75 Km de su referente en Murcia, está ubicado en Caravaca de la Cruz, dispone de 105 camas de hospitalización y atiende por año a 750 partos, 1.000 intervenciones quirúrgicas con ingreso, 1.400 pacientes de cirugía mayor sin ingreso (CMA), 3.500 ingresos no quirúrgicos, 90.000 consultas externas, y 35.000 asistidos en Urgencias; para lo que dispone de 235 trabajadores dependientes de la Dirección Enfermería (Enfermeras, Auxiliares, Técnicos, Fisioterapeutas y Matronas), organizados bajo una Dirección, una Subdirección, y 12 Supervisiones.

Para este trabajo se utilizó la técnica de investigación de Grupo Focal (investigación cualitativa estructurada), que tiene tres etapas: el diseño (¿quiénes participan?, ¿dónde se realiza?, ¿qué se pregunta?, ¿quién modera? y ¿cómo se registran las respuestas?), la realización del grupo y el análisis y redacción del informe de los resultados.

El trabajo se desarrolló en tres fases: en la primera fase participaron 4 profesionales, 2 de ellos Especialistas en Bioética.

Durante 120 min y con técnicas de Brainstorming y consenso, se identificaron 4 áreas de riesgo o escenarios en los que se podían presentar dilemas éticos: Área Profesional, Área Asistencial, Área Social y Área Organizacional. Igualmente se diseñó y consensó la forma de desarrollo de la segunda fase, consistente en la realización de 2 grupos focales, con 6 participantes cada uno de los grupos, dirigidos y moderados por 1 médico Especialista en Bioética, sin relación jerárquica con el grupo. Un segundo

“moderador” sin participación activa, se encargó de tomar notas “textuales” de las discusiones.

Cada grupo focal comenzó con una introducción de 15 minutos, consistente en una breve exposición sobre los 4 principios de la bioética (Autonomía, Justicia, Beneficencia y No Maleficencia), acompañada de una guía sobre como debía desarrollarse la sesión, y sobre los apartados ó áreas a discutir, asignándose un tiempo de 30 minutos por área (Profesional, Social, Asistencial y Organizativa).

Los criterios de inclusión para participar en los grupos fue el ostentar responsabilidad de gestión dependiente de la Dirección de Enfermería, con experiencia en el puesto desempeñado de al menos 3 años de duración, y participación en Guardias de Supervisión (24 horas)

Una vez realizados los 2 grupos focales, se analizaron las transcripciones de los grupos de modo secuencial y se identificaron los conflictos éticos, agrupándolos por temas.

Se analizó su relevancia (frecuencia con la que se repite un conflicto concreto), evidencia (conflictos reales vs supuestos), y consistencia (relación entre la expresión oral y la no oral). Se asignó un punto a poca relevancia, evidencia o consistencia, y dos puntos a mucha. La suma de los puntos obtenidos por cada ítem nos permite conocer el grado de importancia del conflicto expresado.

En la tercera fase, al acabar el tiempo asignado a cada grupo focal, se pidió a los participantes que contestaran a una encuesta anónima (investigación cuantitativa estructurada) con 10 ítems que reflejaban los principales dilemas éticos. La citada encuesta se construyó por consenso (entre los 4 profesionales que diseñaron el estudio), utilizando para la misma, los dilemas éticos con que se enfrentarán en un futuro próximo los expertos en ética, los cirujanos, y los profesionales de la asistencia

sociosanitaria. Se pidió a los participantes que puntuaran de 0 a 100 según la importancia percibida, siendo 0 = Sin importancia alguna y 100 = El más importante.

Máxima puntuación posible: 120

El grupo focal intenta conocer el “que” y el “porque”, mientras que la encuesta pretende dar respuesta al “cuanto”. El grupo focal no es un grupo de consenso para la resolución de problemas o para la toma de decisiones (técnica Delphi), sino una entrevista cuyo objetivo es obtener datos. Posteriormente se resumen los hallazgos, se categorizan las afirmaciones y se agrupan por temas. Finalmente se intentan explicar los resultados.

Resultados:

En la primera fase, de diseño y preparación de los grupos focales, tras una revisión bibliográfica sobre posibles áreas de conflicto, se identificaron 4 áreas de interés; Profesional, Asistencial, Social, y Organizacional.

Tras el análisis de las transcripciones de los participantes en los grupos focales, se identificó un área de conflicto nueva que resultó ser de tipo Legal.

La edad media de los participantes en los grupos focales fue de 41 +/- 6 años. Por género, participaron 4 mujeres y 8 hombres, que tenían un tiempo medio de experiencia en el cargo de 8 +/- 3 años.

Se identificaron 59 conflictos ó dilemas éticos. De entre todos ellos, 16 conflictos resultaron tener mayor importancia (relevancia + evidencia + consistencia = ó > 5 puntos) : 4 en el área profesional, 2 en la social, 3 en la asistencial, 6 en la organizativa, y 1 en la legal. Tabla 1.

En la Tabla 2 se exponen los enunciados literales de algunos conflictos.

En la Tabla 3 se recogen las puntuaciones que recibieron los 10 conflictos de la encuesta, a los que se podían enfrentar los profesionales en un futuro no muy lejano.

Discusión:

Los conflictos entre la Sociedad y la Administración, crean situaciones estresantes entre el personal que presta la asistencia, que conduce por un lado a respuestas inapropiadas que acaban con frecuencia en la discusión, la agresividad, y la litigiosidad del cliente por un lado, y por otro a inaceptables niveles de estrés laboral (hoy enfermedad profesional) entre los prestatarios de los servicios sanitarios.

Estas desagradables situaciones han llevado reiteradamente a los profesionales de la sanidad a solicitar ayuda para afrontar los conflictos que les estresan.

Un estudio entre internistas, oncólogos e intensivistas, que recurrieron al arbitrio de una Comisión de Ética para la solución del conflicto, solicitaba ayuda para:

- 1-Resolución de conflictos
- 2-Para interrelacionarse con el paciente, familiares ó subrogados
- 3-Para la toma de decisiones sobre el plan de cuidados
- 4-Soporte emocional

Por otro lado, la mayoría de las consultas del Departamento de Medicina a la Comisión de Ética de una Universidad americana eran:

- 1.-los problemas con los familiares a la hora de la toma de decisiones en pacientes adultos incompetentes
- 2.-el manejo de la futilidad de RCP al final de la vida

Ersek explora las necesidades de la enfermería oncológica, encontrando que obtener respuestas o soluciones a dilemas éticos, era lo más importante para ellas. A similares conclusiones llega Du Val cuando explora las necesidades en el colectivo médico de internistas.

-En nuestro trabajo, los conflictos profesionales resultaron ser mayoritariamente de información, queja que ya era evidente, pues reiteradamente aparecía en las encuestas de satisfacción de los usuarios de los Servicios Asistenciales.

Destaca la importante diferencia que existe entre el consentimiento informado teórico (el legislado) y el efectivo (el de la práctica diaria, en el que solo importa que lo firme el paciente), esto conduce a situaciones de desinformación, insuficiente información o problemas de comunicación (población inmigrante).

-Los conflictos sociales son una parte muy importante en el desempeño del trabajo diario de la enfermería, por un lado debido al envejecimiento de la población y a la incorporación de la mujer al mundo laboral, y por otro lado, por la reiterada falta de respuesta institucional a las situaciones de dependencia de la población anciana.

Puede darse la paradoja de que la longevidad, concebida como conquista médica y social de la sociedad desarrollada, termine en realidad convirtiéndose en puro desamparo.

-Los conflictos asistenciales se plantean mayoritariamente por el desconocimiento de los profesionales, de las expectativas de los pacientes cuando son hospitalizados. Este problema podría afrontarse fácilmente con técnicas de exploración de expectativas del tipo de los grupos focales o de los informes de usuarios.

-Los conflictos organizativos se dan mayoritariamente por la carencia de normas de régimen interno de la institución, que expresen claramente que, quien, como, cuando y donde actuar frente a cada situación cotidiana.

-Los conflictos legales surgen por desconocimiento de la legislación actual, cada vez más abundante y compleja, que a su vez supone un importante cambio cultural al colocar al paciente en el objetivo más importante de la asistencia sanitaria, de donde se derivan múltiples y variados derechos, que en muchos casos no son bien conocidos por

los trabajadores de la sanidad. La entrada en vigor de una nueva ley reguladora de cualquier tema relacionado con el trabajo de los sanitarios, debería ir acompañada del correspondiente curso de formación-actualización de los conocimientos necesarios para una correcta labor asistencial.

Si en términos generales, los conflictos pueden ser el origen de estrés laboral, de manera particular, los dilemas éticos se asocian claramente con este. En el mundo anglosajón este problema recibe el nombre de “moral distress”, que ocurre sobre todo, cuando a los problemas puramente éticos, se asocian claras connotaciones legales.

Un estudio que incluía Servicios médicos y farmacéuticos, encontró que todas las categorías del staff médico refirieron haber padecido “moral distress” Igual ocurrió cuando se investigó a las enfermeras.

La literatura recoge menos dilemas éticos en la práctica quirúrgica que en la clínica (ethics gap). Sade plantea a los médicos de un Hospital 4 supuestas opciones de tratamiento para un caso concreto, de las cuales solo una es inaceptable ética y legalmente, y encuentra que decisiones éticas y legalmente inaceptables son aceptadas por los médicos, y que opciones legalmente inaceptables pueden ser totalmente aceptadas por los profesionales. Este gap supuso ser del 68% para los cirujanos, del 35% para los internistas, y del 22% para los pediatras (opinaron que operar al niño sin el consentimiento de los padres es legalmente aceptable).

El reciente interés por la bioética en general y la ética clínica en particular, ha puesto de manifiesto que existen diferentes áreas de riesgo de conflicto (dilema ético) en los diferentes Servicios que presta el hospital a sus pacientes (UCI, Urgencias, Pediatría, etc), estas diferencias son manifiestas, tanto en la problemática, como en la frecuencia e intensidad del conflicto.

Esta diversidad parece estar relacionada con el tipo de atención sanitaria prestada, es

decir dependen del escenario en que se representa el conflicto.

El mismo conflicto puede tener diferente abordaje según se planteé en diferentes áreas de riesgo clínico ó social. Así se aprecia en el trabajo de Ribas, que distingue puntos comunes y diferencias claras, entre atención domiciliaria o institucionalizada, cuando investiga los conflictos sociosanitarios

Un mapa de conflictos podemos confeccionarlo por áreas asistenciales (Urgencias, Quirófano,etc), por estamentos laborales (enfermería, médicos clínicos, cirujanos, etc), ya que cada conflicto adquiere su importancia dependiendo del escenario en que se representa, pero también de los actores que participan en el mismo, y aún por el público que asiste a su representación. Además, la edad, el sexo, el nivel cultural, las experiencias previas, el grado de información, la escala de valores, etc, pueden influir en la percepción de los mismos.

Hay que diferenciar los conflictos reales (problemas que se han presentado ya y que de una forma u otra se han resuelto individualmente, sin recurrir al arbitrio de una Comisión), y supuestos conflictos que pueden aparecer en virtud de los afrontados, y a los que hay que darles una respuesta en el futuro.

Para anticiparse a los cambios que se avecinan en un futuro próximo, 12 bioeticistas de la Universidad de Toronto (profesionales que responden a unas 1.200 consultas/año), han publicado un Top 10 de los dilemas éticos a los que se enfrentarán los pacientes y sus familiares (y que habrá que responder desde las Instituciones), tanto en asistencia ambulatoria como hospitalaria. Esto podría ser una buena estrategia de anticipación para una adecuada atención sanitaria.

Mientras nuestra enfermería considera en 10ª posición las diferencias con el paciente sobre su tratamiento, los bioéticos canadienses opinan que este será el principal problema de futuro. Los problemas más importantes expresados por la enfermería son

los relacionados con la información, los de tipo legal, y los sociosanitarios. Este punto, problemas relacionados con los recursos sociosanitarios, es coincidente con las preocupaciones futuras de los expertos canadienses. Los expertos españoles también consideran la limitación de recursos como un reto a la ética del futuro, junto con la escasez de tiempo y la autonomía del paciente.

El mapa de conflictos que aborda nuestro trabajo, solo responde a las necesidades de una

de las partes del conflicto, sería preciso realizar otras exploraciones grupales con pacientes y familiares, para conocer aspectos que se escapan al objetivo de este trabajo. Además, los dilemas éticos son dinámicos y cambiantes con el tiempo, y plantean problemas concretos mas que generales y de tipo personal mas que colectivo, por lo que habría que plantear la necesidad de exploraciones similares con cierta periodicidad, para poder responder adecuadamente en tiempo y situación. La exploración esporádica tiene un valor limitado en el tiempo.

Los datos proceden de las necesidades expresadas por cuadros intermedios de mando, pero no conocemos que otras necesidades no comunicadas a sus superiores, tiene o puede tener la enfermería hospitalaria. Tampoco son exportables los resultados a otros hospitales de diferente nivel asistencial o configuración social de los asistidos, por lo que cada hospital debería realizar su propio mapa de conflictos.

Conociendo el mapa de conflictos éticos con que nos enfrentamos, podremos abordar desde la Comisión de Ética, soluciones normalizadas para los mismos, dando respuesta a las “necesidades”, entendidas como carencias expresadas de algo susceptible de ser satisfecho con un determinado servicio.

Bibliografía:

Amparo a los mayores. Editorial. La Verdad, 17 de Julio de 2005

Breslin JM, MacRae SK, Bell J, Singer PA. Top 10 health care ethics challenges facing the public: views of Toronto bioethicists. BMC Medical Ethics 2005; 6: 5

Collado F, Torres LM. Debemos hacer mucho más. Rev Soc Esp Dolor 2005; 12: 71-73

Du Val G, Clarridge B, Gensler G, Danis M. A National Survey of U.S. internists' experience with ethical dilemmas and ethics consultation. J Med Ethics 2001; 27 Suppl 1: i24-i29

Du Val G, Sartorius L, Clarridge B, Gensler G, Danis M. What triggers requests for ethics consultations?. J Med Ethics 2001; 27 Suppl 1: i24-i29

El personal sanitario pide medidas de seguridad para evitar agresiones. La Verdad, 13 de Julio de 2005

Ersek M, Scanlon C, Glass E, Ferrel BR, Steeves R. Priority ethical issues in oncology nursing: Current approaches and future directions. Oncology Nursing Forum 1995; 22: 803-807

Kalvemark S, Hoglund AT, Hansson MG, Westerholm P, Arnetz B. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. Soc Sci Med 2004; 58: 1075-1084

Lo B, Schroeder SA. Frequency of ethical dilemmas in medical in-patient service. Arch Intern Med 1981; 141: 1062-1064

López Soriano F, Bernal L. El dolor agudo en nuestros hospitales: un problema de gestión. Rev Calidad Asistencial 2005; 20: 43-44

Los retos éticos para el clínico del siglo XXI. Diario Médico. 16 septiembre 2005.

Perkins HS, Saathoff BS. Impact of medical ethics consultations on physicians: an exploratory study. *Am J Med* 1988; 85: 761-765

Ribas S, Aguado H, Tella M, Marquez I, Viñas P, Jimenez J, et al. Identificación de los conflictos éticos en la atención sociosanitaria. Un estudio exploratorio. *Revista de Calidad Asistencial* 2005; 20: 30-34

Sade RM, Williams TH, Perlman DJ, Haney CL, Stround MR. Ethics gap in surgery. *Ann Thorac Surg* 2000; 69: 326-329

Sorlie V, Kihlgren AL, Kihlgren M. Meeting ethical challenges in acute care work as narrated by enrolled nurses. *Nurs Ethics* 2004; 11: 179-188

Sorlie V, Kihlgren A, Kihlgren M. Meeting ethical challenges in acute nursing care as narrated by registered nurses. *Nurs Ethics* 2005; 12: 133-142

Torjuul K, Nordam A, Sorlie V. Action ethical dilemmas in surgery an interview study of practicing surgeons. *BMC Medical Ethics* 2005; 6: 7

Tabla 1:
Mapa de Conflictos por áreas de riesgo

Área de Riesgo	Conflictos más importantes
Profesional	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Los médicos delegan la obligación de informar en la enfermería 2.- Se acusa escasez de tiempo para una correcta comunicación 3.- El pase de visita es inadecuado 4.- Ausencia de dialogo entre Servicios que inciden en el mismo paciente
Social	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Desamparo y abandono familiar en el paciente anciano 2.- Ausencia de soluciones por falta de Servicios Sociales
Asistencial	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Se acepta el CI sin informar ni leer 2.- Faltan CI específicos y los existentes no se ajustan a ley 3.- No se responde a la alta prevalencia de dolor en MI
Organizativa	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Ausencia de Normas de régimen interno 2.- Las ambulancias de traslado no responden a las necesidades 3.- No existe Triage reglado en puerta de Urgencias 4.- Inefectividad en el funcionamiento de Archivos de H. Clínicas 5.- Anarquía en el funcionamiento de la Farmacia 6.- Anarquía en el pase de visita: horario, lugar, confidencialidad
Legal	<ol style="list-style-type: none"> 1.-Desconocimiento de la legalidad para la asistencia de situaciones como violación, píldora del día siguiente, abandono, maltrato, testigos de Jehová, accidentes de tráfico, incapaces, voluntades anticipadas

Tabla 2:
Conflictos literalmente expresados

Área de Riesgo	Trascripción literal de conflictos expresados
Profesional	<p>Enfermera ¿qué me van a hacer?, ¿qué riesgos tiene?, ¿cuándo me voy de alta?, ¿por qué me ponen insulina?, ¿cuándo me hacen esa prueba? Me dijo el cirujano que la anestesia sería local y fue general. Se retrasó mi alta porque mi médico no vino hasta el lunes.</p>
Social	<p>No me puedo llevar a mi padre de alta porque no tengo sitio en casa. No se encuentra a la familia para comunicar decisiones. Se hacen pruebas innecesarias por complacencia. El hijo que vive en otra Región, cuando llega, “A mi padre TODO”. Aumento de las exigencias en ingreso de larga duración. Paciente que no conoce el idioma, firma sin leer el CI.</p>
Asistencial	<p>No puedo parar a explicárselo por que tengo mucho trabajo. Acciones sanitarias sin beneficio cierto. Futilidad. “no me informaron de los riesgos de la prueba”. No puede dolerle, ya le puse el analgésico. La enfermera nueva es incompetente para su trabajo y lo realiza la veterana. Se enteraron en mi pueblo de que tenía un cáncer antes que yo. En diagnósticos inciertos o no confirmados no se explican expectativas.</p>
Organizativa	<p>Eso no me corresponde a mí La ambulancia no lleva el monitor necesario Se prioriza en Urgencias por orden de llegada o por los datos del volante de derivación desde primaria Imposible disponer de la Historia del paciente No existe listado alternativo de medicamentos Hoy no pasó el médico a verme porque no le tocaba</p>
Legal	<p>¿Quién me tiene que firmar la autorización de la prueba del enfermo mental? Está de alta pero no se puede ir porque su hija se fue hace 2 días No se puede recetar la píldora del DIA siguiente por objeción de conciencia del ginecólogo de guardia. ¿quién asume el recién nacido sí la madre es incompetente?</p>

Tabla 3:

Decálogo de conflictos éticos en Cuidados de Enfermería Hospitalaria

Conflictos éticos	Puntuación
Diferencias con el paciente sobre su tratamiento: No aceptación ó solicitud no ajustada a lex artis	58
Diferencias entre profesionales: De igual ó diferente nivel	77
Conflictos con los familiares de los pacientes	81
Problemas con el ingreso o el alta del paciente	84
Problemas de información ó confidencialidad	112
Conflictos con la organización	79
Problemas sociosanitarios: Recursos sociales, económicos ó asistenciales	94
Violencia de género y otros maltratos	61
Problemas éticos al final de la vida	72
Toma de decisiones: Consentimiento informado. Incapaces	104

Puntuación: 0 = Sin importancia alguna, 100 = Lo más importante.
Máximo = 120 Puntos.