



Acta Bioethica

ISSN: 0717-5906

info@actabioethica.cl

Universidad de Chile

Chile

Arango Bayer, Gloria Lucía
VALORES ORGANIZACIONALES SEGÚN MÉDICOS Y ENFERMEROS DE TRES
CENTROS HOSPITALARIOS DE BOGOTÁ

Acta Bioethica, vol. 22, núm. 1, junio, 2016, pp. 81-90

Universidad de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55446795009>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

VALORES ORGANIZACIONALES SEGÚN MÉDICOS Y ENFERMEROS DE TRES CENTROS HOSPITALARIOS DE BOGOTÁ

Gloria Lucía Arango Bayer¹

Resumen: Este artículo presenta uno de los objetivos de una tesis doctoral titulada “Tensiones que emergen entre los tipos de clima ético y los conflictos éticos que se presentan a médicos y enfermeros de tres IPS de Bogotá”: identificar y describir los valores y principios institucionales que perciben los enfermeros y médicos como predominantes en tres instituciones hospitalarias de la ciudad de Bogotá. Para ello se hizo un estudio cualitativo de tipo teoría fundamentada, se realizaron 49 entrevistas en profundidad a médicos y enfermeros de tres instituciones de Bogotá: una pública, una privada y una perteneciente a un régimen especial de las fuerzas armadas y de policía de Colombia. Los resultados sugieren que son cinco los valores que se destacan en las instituciones hospitalarias: eficiencia, jerarquía, imagen, calidad de la atención y la persona (como paciente o como cliente). Se formulan recomendaciones para la formación profesional, la investigación y las instituciones hospitalarias.

Palabras clave: clima ético, valores, bioética, temas éticos

Organizational values according to physicians and nurses in three Hospital centers of Bogota

Abstract: This article presents one of the many objectives of a doctorate thesis, oriented towards identifying and describing the institutional values and principles perceived as predominant by nurses and medical practitioners in three hospitals in Bogota. For this reason, a qualitative study of the grounded theory sort, was carried out, including 49 in-depth interviews with medical practitioners and registerednurses of threehospitalslocated in Bogota: one public, one private and one pertaining to a specialregimen of Colombia's armed forces and police. The results of the afore mentioned study suggest that five predominant values exist in the hospitals: efficiency, hierarchy, image, quality of care and the individual (be it as a patient or as a client). Recommendations are formulated for profesional development, education, research and hospitals.

Key words: ethical climate, values, bioethics, ethical issues

Valores organizacionais segundo médicos e enfermeiros de três centros hospitalares de Bogotá

Resumo: Este artigo apresenta um dos objetivos de uma tese doutoral intitulada “Tensões que emergem entre os tipos de clima ético e os conflitos éticos que se apresentam a médicos e enfermeiros de três IPS de Bogotá”: identificar e descrever os valores e princípios institucionais que percebem os enfermeiros e médicos como predominantes em três instituições hospitalares da cidade de Bogotá. Para isso se fez um estudo qualitativo de tipo teoria fundamentada, foram realizadas 49 entrevistas em profundidade com médicos e enfermeiros de três instituições de Bogotá: uma pública, uma privada e uma pertencente a um regime especial das forças armadas e da polícia da Colômbia. Os resultados sugerem que são cinco os valores que se destacam nas instituições hospitalares: eficiência, hierarquia, imagem, qualidade da atenção à pessoa (como paciente ou como cliente). São formuladas recomendações para a formação profissional, a pesquisa e as instituições hospitalares.

Palavras-chave: clima ético, valores, bioética, temas éticos

¹ Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Colombia
Correspondencia: glarangob@unal.edu.co

Introducción

La incorporación del lenguaje empresarial en las instituciones prestadoras de servicios de salud ha creado una serie de conflictos entre lo que la ética de los profesionales de salud obliga —el paciente está siempre primero— y lo que la organización solicita(1). El profesional ha de mantener su integridad como profesional, aun sin tener, como antes, el control y la autonomía sobre sus condiciones de práctica(1).

En este escenario, la bioética tiene un nuevo desafío: familiarizarse con las preocupaciones vinculadas con el clima ético, para crear un ambiente institucional que facilite la comprensión y el manejo de asuntos relacionados con la administración de las entidades de salud, y con aquellos que se suscitan del desempeño organizacional de este tipo particular de organizaciones, más allá de las cuestiones estrictamente clínicas.

Marco conceptual

Para hablar de clima ético es necesario reconocer la organización como agente moral, que lo es, en varios sentidos: al igual que las personas, tiene unos objetivos que se especifican en sus declaraciones y en su misión; actúa y es el resultado de decisiones colectivas, como se expresa en sus políticas, y se evalúa normativamente, porque se le demanda una responsabilidad(1). El clima ético es un tipo de entornolaboral que se entiende

“(...) como un grupo de climas prescriptivos que reflejan los procedimientos, políticas y prácticas organizacionales con consecuencias morales. Estos climas surgen cuando los miembros creen que ciertas formas de comportamiento o razonamiento ético son estándares esperados o normas para la toma de decisiones dentro de una firma”(2:177).

El clima organizacional es entonces el carácter de la organización(1). En una búsqueda de instrumentos —realizada a principios de 2010— usados para medir el clima ético en organizaciones de salud, se encontraron cinco: el instrumento de Victor y Cullen original(3), el instrumento con modificaciones(4-6), el *Integrity Audit*(7), y el de Olson, denominado “Estudio de clima ético hos-

pitalario” —en tres de las investigaciones se empleó el original(8-10), mientras que a otra se le hicieron modificaciones para su aplicación(11). Uno más, *ethics climate*, lo diseñó Hui a partir de estudios previos de Occidente; este instrumento se adaptó al contexto cultural local(12). Finalmente, usando como término de búsqueda *ethics environment*, se halló el que planteó McDaniel(13).

La revisión puso en evidencia que los instrumentos usados parecían ser complementarios, y reflejaban un intento por atender a las múltiples preocupaciones que se generan en las organizaciones sanitarias en torno a los conflictos que los intereses de las partes interesadas ocasionan. Algunos instrumentos pretendían revelar los valores del hospital, los administradores, los pares, los médicos, etc., como partes interesadas; en tanto que otros se formularon en el reconocimiento del hospital como cualquier otra empresa. Por ello se requería reformular el concepto de clima ético, si fuere necesario, identificando en las organizaciones las categorías que emergen alrededor de esteconcepto nuclear.

Se planteó entonces, como objetivo específico, identificar y describir los valores y principios institucionales que perciben los enfermeros y médicos como predominantes en las instituciones objeto de estudio.

Diseño de investigación

Estudio cualitativo tipo teoría fundamentada. Se hicieron entrevistas en profundidad a 49 enfermeros y médicos que trabajan en servicios de hospitalización, cirugía, unidades de cuidados intensivos y urgencias de tres instituciones hospitalarias de Bogotá con servicios de alta complejidad: una pública, una privada y una de un régimen especial (fuerzas armadas y policía). Se empleó el muestreo teórico y el método de comparación constante para analizar y codificar los datos, contrastando las categorías que emergieron en nuevos marcos o contextos.

Para indagar sobre los valores y principios que perciben los profesionales como los más sustanciales para su institución, se interrogó: ¿qué es lo más importante para esta entidad? Asumiendo

que el clima ético está “enraizado en el sistema de valores de la organización (...)”(14), que le dice a las personas qué valora la organización(15). Por otra parte, dado que las organizaciones utilizan las recompensas y las sanciones como mecanismos para amoldar la conducta(16), y que estas acciones que se esperan expresan los valores organizacionales, se preguntó a los entrevistados sobre lo que ellos reconocían como las conductas que se premian y las que no se perdonan en sus entidades, desde lo que ellos sentían.

El análisis de datos se hizo con base en la propuesta de la teoría fundamentada y se desarrolló en tres fases: codificación abierta, axial y selectiva. La codificación axial se realizó planteando simplemente categorías y subcategorías sin trabajar con esquemas preelaborados(17). El proceso de codificación se efectuó manualmente.

Aspectos éticos

La presente investigación cuenta con riesgo más que mínimo por ser el clima ético un tópico sensible. Se indicó a las instituciones participantes que no podrían acceder al material de investigación. No hubo testigos para la firma del consentimiento informado. Se mantuvo el anonimato de las organizaciones, para ello se codificó la pública como I1, la de régimen especial como I2 y la privada como I3. Los profesionales se identificaron como “MED#” (médicos) y “ENF#” (enfermeros), y en las transcripciones en que era necesario se usó el masculino para las mujeres médico y el femenino para los hombres enfermeros. Las partes de la entrevista que los participantes solicitaron no incluir no fueron transcritas. Las entrevistas se realizaron en un lugar que protegió la privacidad, previo proceso de consentimiento informado.

El proceso de análisis de los datos se elaboró en su totalidad por el investigador garantizando la confidencialidad. Los documentos y material acopiado a lo largo de la ejecución del proyecto se guardaron en un sitio al que solo podía acceder el investigador. Los resultados definitivos del estudio se presentaron a las instituciones y se remitieron por correo electrónico individual a cada uno de los participantes.

Resultados

Según los médicos y enfermeros entrevistados, las organizaciones hospitalarias consideran la eficiencia como un valor fundamental, por cuanto promueve la sostenibilidad de la empresa y le ayuda a producir dinero, o bien porque, para el caso de la institución de un régimen especial, se trata del único servicio disponible, por lo tanto, no se puede acabar.

La importancia que se le da a este aspecto se reconoce en la subcontratación de servicios. Algunas entidades han optado por no hacer contratos con empresas promotoras de salud (EPS) que no pagan, obligando a remitir pacientes que podrían atenderse en la institución. Se hace énfasis en mejorar el proceso de facturación y evitar las glosas. Se evidenció que no se realizan contratos con malos pagadores, se presiona para incrementar la productividad, se usa recurso de personal poco calificado para producir más o se compran insumos más baratos.

Digamos que la sostenibilidad financiera es una condición para que la empresa pueda sobrevivir. Claro, cada vez están las directivas más preocupadas... Que todo lo que se haga realmente se facture, se cobre. MED6I1.

(...) la insistencia por los registros de enfermería para evitar las glosas, porque si no hay un buen registro de enfermería hay glosas, y de acuerdo (con) las glosas la institución está... La institución insiste en todo eso porque hay pérdidas. Entonces al haber pérdidas, lo que son las EPS, los convenios que haya, entonces están perdiendo. ENF5I1.

Si un paciente llega a entrar en algún código azul, en una convulsión, en una... Que debería ser manejado por una persona que ya lo sabe, es manejado por un residente, que es una persona que está en entrenamiento, igual que los internos. MED7I1.

Compraron un jabón supuestamente para las manos, un jabón a base de clorhexidina, pero a todo el mundo le da dermatitis y entonces la gente no se lava las manos. Entonces las infecciones aumentaron... MED1I1.

La jerarquía

Aunque de modos distintos, en las tres instituciones se hizo referencia a la importancia que tiene la jerarquía dentro de la organización, que se deriva del poder que ostentan algunos profesionales, que dan prestigio a la entidad o le representan dinero. En otros casos, la jerarquía confirma la pertenencia a una élite que puede ser política, médica, militar y relacionada con la antigüedad en el cargo o con el tipo de contrato que se tiene con la institución.

Pues yo pienso que porque son personas o personajes que ya tienen un posicionamiento acá en la institución y obviamente eso también representa económicamente... ENF4I3.

Es una institución “jerarquizada” (enfatiza haciendo gesto de comillas con las manos), por jerarquía, por rango, y el personal sin rango es lo de menos. ENF3I2.

Lo que pasa es que muchos médicos de la institución tienen cierto grado de... Un grado nobiliario... Hay una discriminación hacia el personal que no es médico. MED1I3.

La relevancia de la jerarquía se percibe porque, para los entrevistados, se exige obediencia, hay rupturas en la comunicación entre superiores y subordinados y, muy especialmente mencionado, se encuentra abuso de poder.

Le va bien al que es juicioso entre comillas. Le va bien al buen trabajador, pero que acata esas cosas, se deja maltratar y no dice nada. ENF1I2.

Nos molesta también que cambien. Por ejemplo: “cambiamos tal protocolo”. ¿Por qué? Cuando nos reúnen les decimos: “¿por qué no nos preguntaron a nosotros, que somos las que estamos metidas haciéndolo, qué nos parecería que cambiáramos?”. ¡No! ENF2I3.

A veces la información fluye de médico a paciente, pero nunca de médico a enfermera-paciente... ENF3I3.

Varias son las implicaciones de la jerarquía. El castigo se utiliza como mecanismo para amoldar la conducta y, en ocasiones, la autoridad está por

encima de las necesidades de los pacientes; hay corrupción y diferencias en las sanciones y los premios. Por su parte, los profesionales se niegan a obedecer o a colaborar, a la vez que se desgastan emocionalmente, mientras que, quienes detentan el poder que les confiere la autoridad, evaden a veces sus responsabilidades y son vistos como “incompetentes”. Se presentan también malas relaciones entre los profesionales, falta de colegaje y sentimientos negativos. Se genera además mal manejo de los recursos, pérdida de tiempo y subutilización de los profesionales. Otro aspecto es que se puede asignar culpabilidad de los errores a quien tiene menos poder dentro de la organización, y por ello los profesionales ocultan la verdad, mienten o no la buscan para evitar penalizaciones. En algunas situaciones, quienes tienen el poder terminan demandando a la propia institución.

Hay una vacante en tal cosa, presentense las que tengan tal requisito. Se pueden presentar cinco, diez personas, y uno ya sabe que hay una persona nombrada. ENF2I3.

La institución es muy permisiva y alcahueta. Con los suyos, trata de protegerlos; hacen las cosas que hagan y... mmm... No hay sanciones. ENF3I2.

El que pone el dedo en la llaga se le complica la vida porque ¿cómo así? ;El que dice la verdad? No es el que diga la verdad. Es el que le “recuerda” (hace signos de comillas) la verdad... Y el mensaje subliminal es: “usted tiene razón, pero no lo vuelva a decir”. MED1I2.

El trabajador como persona

Algunos de los entrevistados expresaron que la institución se preocupa por el trabajador como persona, en tanto que esa es una forma de alcanzar la excelencia o porque “como se exige se da”. Así se percibe, porque se ofrecen comodidades para laborar, se promueve el desarrollo profesional, se brinda estabilidad y se proporciona bienestar a la familia del empleado. Esto trae como consecuencia el agrado por el trabajo, la gratitud y fijación de un vínculo afectivo con la organización.

Pero la institución es un buen sitio de trabajo. Están

preocupados por el paciente y la excelencia... Uno en su corazón sabe que eso es bueno. Que nos preparen. ENF1I3.

El hospital es mi segunda casa para mí... tengo un sentido de pertenencia muy lindo hacia ella; ella me ha brindado todo. ENF7I1.

La imagen

De acuerdo con los entrevistados, la imagen es primordial para la organización porque, según su percepción, esa imagen trae consigo efectos económicos, pues proyectarse forma parte de la misión y objetivos de la institución. También porque hay que construir una imagen pública positiva de la organización o porque se traduce en beneficios personales para sus directivos. Los entrevistados reconocen la importancia que la organización da a la imagen, porque se les pide ocultar la verdadera situación de la institución, de los servicios y de los trabajadores, o porque se pretende el reconocimiento a través de la acreditación. Los efectos de lo anterior son, entre otros: los profesionales aceptan encubrir la verdad o no buscarla para quedar bien; la imagen resulta siendo más valiosa que el paciente; se exige cumplir con los protocolos por encima de cualquier otra preocupación; y se emprenden acciones que luego no resultan útiles. En términos positivos, para algunos, la imagen conlleva que se trabaje siempre para mejorar.

El buen nombre de la organización; que no quede mal la organización por un tratamiento inadecuado, inoportuno. La imagen le importa mucho... médicos que se apalancan en el escudo de la organización para su usufructo personal, comercial... MED3I3.

Muchas cosas se querían tapar... el sol con el dedo, pero todo con el interés de que al final, cuando se retiren, a ellos les dan ciertos premios o ciertos puntos por las gestiones realizadas. ENF6I2.

(...) entonces uno tiene que adecuar todo y, mejor dicho, cambiar todo para que se vea bonito... Lo importante es la apariencia... ENF6I2.

No sé. Obedecemos mucho los rankings... pero aquí vemos que hay cosas que se pueden hacer mucho me-

jor.

MED3I3.
Es como por llevar un control y unos papeles, de acumular unos papeles, porque el hospital está en un proceso de acreditación, de certificación y entonces revisan... Es una fachada. ENF5I1.

Uno puede ver que los otros procesos normales se vuelven insufribles porque lo que usted hacía en diez minutos ahora lo tiene que hacer en cuatro horas. MED1I2.

La calidad de la atención

La relevancia que las organizaciones dan a la calidad de la atención se deriva, en algunos casos, de que hay un compromiso genuino con la calidad, de que aporta a la imagen institucional o porque a la institución le interesa el paciente y mejorar para él. La trascendencia que se le concede a la calidad se percibe porque hay protocolos, estándares y procedimientos claramente determinados; se emplean diferentes medios de comunicación para transmitir e inculcar esa preocupación y porque los profesionales cuentan con las herramientas y los recursos necesarios para dar una atención de buena calidad. También se expresa en la búsqueda permanente de la mejora, a la que se suma el seguimiento y control para cumplir con los requisitos de calidad.

(...) es un grupo especial del Estado donde tiene mucha resonancia, donde un mal comentario, una mala práctica tiene mucho eco... MED4I2.

A nosotros nos han inculcado... que tenemos que brindar una calidad de atención excelente para que el paciente, el cliente vuelva, que se vaya con buenas referencias... ENF3I1.

Se tiene protocolizada absolutamente todas las funciones que se tienen que hacer... para ellos es muy importante la calidad. ENF2I3.

Cuando la preocupación por la calidad proviene de un interés por el paciente y por mejorar para él, se generan sentimientos positivos hacia la institución y hacia el trabajo, y se promueve que se diga la verdad sobre el paciente, lo cual trae consigo la mejora. Otros entrevistados manifiestan que, en ocasiones, esto contribuye a crear procesos innecesarios y baja tolerancia al error. Por

último, algunos se refieren al efecto positivo que origina esto sobre la imagen institucional.

(...) uno siente que está haciendo bien las cosas y que, en caso de dudas, se puede discutir con gente que también está bien entrenada, muy bien entrenada y que está estudiando, y que está permanentemente queriendo hacer mejor las cosas. MED1I3.

(...) apenas ordenan algo yo me muevo a hacerlo rápido, porque de eso depende la evolución de él, del paciente; que se le haga pronto todo. ENF7I3.

A veces, por ejemplo, en ese ambiente o en esa premisa de que sea todo con la mejor calidad, con la mayor seguridad, a veces se crean procesos que son totalmente innecesarios... ENF4I3.

Esta es una institución de salud muy reconocida, y es muy reconocida porque tiene unos estándares de calidad muy altos, y porque es muy exigente con sus empleados, con su personal. MED1I3.

Servir a quien recibe la atención en salud

En este punto, los entrevistados reconocen dos modos de comprender a quien recibe la atención en salud: como una persona que necesita ayuda o como un cliente que, por lo tanto, representa beneficios para la empresa.

En el primer caso, los entrevistados admiten que la institución da importancia a los pacientes como quienes necesitan ayuda, porque se procura el respeto de sus derechos, se les atiende al margen de su condición económica o su capacidad de pago, se invierte en tecnología para proporcionarles bienestar y porque se les puede suministrar los cuidados que requieren. A juicio de los médicos y enfermeros, esto acarrea que los pacientes sientan respaldo, que los profesionales se centren en la atención al paciente por encima de los asuntos administrativos y que haya identidad, compromiso y sentimientos positivos hacia la organización.

Ahí, en el área donde estoy, la gran mayoría son supremamente dedicados, consagrados, pendientes. Y no pendientes de lo que... de lo que pueda remunerar, sino del paciente como tal... ENF5I3.

Por ejemplo, un paciente entra a la institución y tiene un médico tratante... Eso tiene una ventaja enorme y es que hace que el médico de verdad esté comprometido con su paciente. Es su paciente, e incluso hay un sentido de pertenencia. Este es mi paciente... MED1I3.

Incluso, aquí incluso las trabas que nos ponen a partir de contratación, o de eventualmente condiciones de pago que pueda tener el paciente, esas pasan a segundo plano. MED5I1.

Pues yo quiero mucho la institución y pues aquí el cliente principal es el paciente, y ellos se enfocan mucho en el paciente y se interesan mucho por el paciente; eso me interesa a mí porque yo estoy aquí por vocación, y a mí también me interesan mis pacientes. ENF8I3.

Ahora bien, una segunda forma de ver a quien recibe la atención es tomar a esa persona como un “cliente” que, por ende, hay que atender bien porque eso representa beneficios para la empresa.

Los médicos y enfermeros lo consideran así porque observan las diferencias en la atención a los pacientes según su capacidad de pago y, en especial, porque se permite que esos clientes sean abusivos con el equipo de salud, ya sea porque incumplen las normas institucionales, porque maltratan física y verbalmente a los miembros del equipo o porque tanto pacientes como familiares hacen solicitudes desmedidas.

Las consecuencias de considerar la persona como cliente son: los médicos buscan beneficiarse de los que mejor pagan, se generan rivalidades y competencias entre ellos por los pacientes, se acepta que la atención sea distinta según la capacidad de pago o el poder, y se legitiman las conductas abusivas de los pacientes porque la institución no hace nada frente a ello. En ocasiones el abuso termina aceptándose como inevitable y se crean sentimientos negativos de los profesionales hacia los pacientes y la institución, que pueden conllevar el retiro de estos.

(...) cuando son pacientes que son particulares o pacientes que son de buenos pagadores, esos sí de una vez se hospitalizan, se suben a piso, les ofrecen las mejores condiciones... MED1I1.

Paciente de medicina prepagada con pago directo, el que paga la atención. Uno ve la diferencia de los médicos, cómo se desviven. ENF3I3.

Por ejemplo, X persona hace un tipo de cirugía y no permite que nadie más haga esa cirugía, "porque ese es un nicho que yo tengo de mercado". Que nadie más la aprenda. "Así Pepito y Juanito la sepan hacer, yo no dejo que alguien más la haga". MED3I3.

Con el recomendado como que el timbre suena y jah, corra! Y el sistema es como así, eso hace que sea así... ENF1I3.

Si un paciente quiere que vaya la enfermera jefe seis veces, seis veces tiene que ir, porque si no el paciente se va a molestar... ENF6I2.

(La institución) debería defender su planta médica... y no simplemente decir: "No. El paciente tiene la razón, yo sé que lo escupió, yo sé que le pegó, pero es el paciente... entonces usted se puede ir". MED4I3.

El maltrato a veces lo quieren permitir y por eso ha renunciado gente acá. MED6I2.

Discusión

Los resultados muestran que no son los valores de la (bio)ética clínica, ni los valores humanistas —propios de los profesionales de salud— los que priman en las instituciones hospitalarias en las cuales se hizo el estudio. En sus comentarios se expresa también la preocupación por la diferencia en la atención según el pagador.

Es evidente que hay desacuerdo en torno a lo que se estima como eficiencia. Para autores como Winkler y Gruen(18) este es un valor que importa a los pacientes y al público en general, y que fundamenta el principio de gastar los recursos razonablemente; mientras que para Victor y Cullen expresa un clima ético egoísta en el *locus* de análisis cosmopolita. Esto suscita la pregunta de si ha de tomarse la eficiencia como una condición para la justicia, para la supervivencia de la empresa o para la rentabilidad, por encima de cualquier otra consideración.

El significado de la jerarquía, como lo perciben los profesionales de salud entrevistados, sugiere

que las instituciones mantienen estructuras mecanicistas y autoritarias que interfieren con la comunicación y que producen sentimientos negativos hacia la organización(19), a la vez que la falta de participación y cooperación podría estar llevando a conflictos.

Se encontró además que hay dos jerarquías simultáneas en los hospitales: el sistema médico profesional y la administración formal(20). El grupo médico parece mantener aún una gran influencia sobre las decisiones de tipo administrativo, por encima de los propios administradores(21).

En lo que tiene que ver con la relación médico-enfermera, la asimetría de poder se traduce en abuso, una forma de relacionarse en la que hay resignación, hostilidad y frustración, siendo la enfermera receptora de atropellos verbales, molestias y quejas de los médicos de manera permanente(22). Resulta interesante notar cómo se mantienen estructuras patriarcales antiguas en los hospitales, en las que se diferencia el rol masculino del femenino(23).

Ahora bien, en términos del clima ético, son varias las implicaciones de estas jerarquías. En primer lugar, los entrevistados hacen referencia al miedo, al temor a las sanciones. Esto orienta su conducta a ocultar la verdad o a no explorar casos o situaciones en las que podría conocerse una verdad que resultaría incómoda para los superiores, por cuanto esto podría significarles un castigo que no estarían dispuestos a recibir.

Por otra parte, hay quienes detectan corrupción en sus organizaciones como resultado del uso del poder. Se habla de actos que se guían por una lógica económica y una racionalidad egoísta. Una segunda forma de entender la corrupción es asumiéndola como un abuso de autoridad con fines privados(23), abuso que se expresa aquí en las diferencias en los estímulos y sanciones, en la contratación de personas por razones distintas a sus propios méritos, así como en el maltrato a los subordinados.

Estas consecuencias de la jerarquía afectan, desde la mirada del clima ético, los valores que se traducen en el principio normativo de "tratar a los empleados con respeto". La ausencia de empo-

deramiento y participación de los empleados no solo los conduce a optar por desobedecer, sino que les genera un desgaste emocional. Esto resulta contrario al ambiente de benevolencia al que aluden Victor y Cullen, un clima ético que considera lo que es mejor para los empleados de una compañía como una característica(24).

La importancia del trabajador como persona resulta un hallazgo interesante, en la medida en que se convierte en un compromiso efectivo que redonda en la mejora de los aspectos operacionales de la organización y en la satisfacción del empleado, y es un vínculo con el trabajo, optimizándose con ello el desempeño laboral(25). Este asunto emergió reiteradamente en los entrevistados y es poco considerado cuando se mide el clima ético en el ámbito hospitalario.

La imagen, según los entrevistados, cobra un enorme valor en las instituciones hospitalarias. Esto puede deberse a que la imagen corporativa se reconoce como un valor añadido y un elemento de competitividad empresarial; de hecho, para algunos gerentes, aporta por lo menos un 10% de los beneficios que obtiene una firma(26).

La calidad fue vista por los entrevistados de dos maneras disímiles: si bien algunos la estiman como una fachada que les obliga a mentir, para otros es justamente el valor que los conduce a la búsqueda de la excelencia. ¿Es entonces la calidad un valor ético o un valor empresarial? Si los criterios y estándares de calidad tienen un contenido ético porque son un deber, la calidad sería una condición para proveer el cuidado y la ayuda que requiere el paciente. Pero tiene un sentido crematístico(27) cuando se le reconoce como sinónimo de éxito económico, gracias a que promueve una buena imagen institucional y, con ello, mayores réditos para la empresa.

La mirada de quien recibe la atención como persona que necesita ayuda o como cliente dimana en una forma distinta de relacionarse con él. La primera atiende al reconocimiento de otro vulnerable, “axioma central de la ética del cuidar”(28). Visto como cliente conduce a “que los objetivos financieros triunfen sobre la responsabilidad profesional y la ética para la mayoría de los médicos”(29).

Implicaciones de los hallazgos

Algunos autores se han pronunciado respecto de la necesidad de que los comités de ética hospitalaria (CEH) empiecen a trabajar en las relaciones organización-trabajador-paciente y en lo que la sociedad en general espera de ellas. Sin embargo, las implicaciones prácticas que tienen los valores percibidos por los profesionales son tan complejas que un CEH por sí solo no podría detener estas dinámicas que, en algunos casos, resultan perversas. Aunque corresponde a los CEH recomendar políticas a la organización, no pueden estos atribuirse funciones que competen a sus directivos; tampoco pueden intentar detener todas las consecuencias negativas que decisiones de tipo gerencial tienen sobre la manera como sienten los trabajadores los valores organizacionales y las conductas adversas a las cuales ese clima ético los dirige. Su tarea probablemente sea, y es preciso investigar a este respecto, medir el clima ético y presentar propuestas de mejora, en conjunto con los directivos de talento humano de las organizaciones.

Estos hallazgos tienen implicaciones significativas en la enseñanza de las profesiones de salud en las universidades, en tanto que los valores que los profesionales perciben en sus organizaciones poco enlace tienen con los valores humanistas, propios de las profesiones de salud. Si bien los resultados de un estudio cualitativo como este no son generalizables, es preciso considerar que los docentes universitarios debemos buscar mecanismos para reducir la brecha entre los valores que enseñamos a los estudiantes y los que ellos reconocen en las organizaciones cuando se incorporan al mercado laboral, puesto que esto sin duda afectará su compromiso con la organización y con los pacientes y, sobre todo, puede repercutir en su propia integridad profesional. Es posible que la diferencia entre los valores profesionales y los empresariales conduzca a los profesionales a conflictos éticos que deben estar preparados para enfrentar, y en ello hay que trabajar a lo largo de la formación. También es necesario integrar en los instrumentos sobre clima ético la cuestión de los valores que perciben los profesionales a partir de sus propias condiciones laborales, puesto que “sentirse valorado” determina de modo decisivo su relación con los pacientes. Finalmente,

se requiere poner en evidencia si las diferencias que parecen presentarse entre los valores profesionales y los empresariales acarrean el retiro de las profesiones de salud o a dejar de reconocer a un "otro" en las personas que reciben la atención, y avanzar en la comprensión de las complejas

relaciones organización-profesional de salud-paciente y en sus implicaciones para las profesiones y sistemas de salud, pero sobre todo sus efectos sobre la manera como reconocemos en nuestro trabajo diario la existencia de "otro".

Referencias

1. Spencer E, Mills A, Rorty M, Werhane P. *Organizational ethics in healthcare*. New York: Oxford University Press; 2000.
2. Martin KD, Cullen JB. Continuities and extensions of ethical climate theory: a meta-analytic review. *Journal of Business Ethics* 2006; 69: 175-194.
3. Tsai MT, Huang CC. The relationship among ethical climate types, facets, of job satisfaction, and the three components of organizational commitment:a study of nurses in Taiwan. *Journal of Business Ethics* 2008; 80(3): 565-581.
4. Joseph J, Deshpande SP. The impact of ethical climate on job satisfaction of nurses. *HCMR Dialogue* 1997; 22(1): 76-81.
5. Rathert C, Fleming D. Hospital ethical climate and teamwork in acute care: the moderating role of leaders. *Health Care Management Review* 2008; 33(4): 323-331.
6. Deshpande S, Joseph J. Impact of emotional intelligence, ethical climate and behavior of peers on ethical behavior of nurses. *Journal of Business Ethics* 2009; 85(3): 403-410.
7. Bell SE. Ethical climate inmanaged care organizations. *NursingAdministration* 2003; 27(2): 133-139.
8. Olson L. Hospital nurses perceptions of the ethical climate of their work setting. *Journal of Nursing Scholarship* 1998; 30(4): 345-349.
9. Bahcecik N, Oztürk H. The hospital ethical climate survey in Turkey. *JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation* 2003; 5(4): 94-99.
10. Hart SE. Hospital ethical climates and registered nurses turnover intentions. *Journal of Nursing Scholarship* 2005; 37(2): 173-177.
11. Ulrich CO, Donell P, Taylor C, Farrar A, Danis M, Grady C. Ethical climate, ethics stress, and job satisfaction of nurses and social workers in the United States. *Social Science Medicine* 2007; 65(8): 1708-1719.
12. Hui EC. A survey of the ethical climate of Hong Kong public hospitals. *Clinical Ethics* 2008; 3(3): 132-140.
13. McDaniel C. Development and psychometric properties of the ethics environment questionnaire. *Medical Care* 1997; 35(9): 901-914.
14. Denison D. What is the difference between organizational culture and organizational climate? A native's point of view on a decade of paradigm wars. In: Klebe Trevino L, Butterfield KD, McCabe DL. The ethical context in organizations: influences on employee attitudes and behaviors. *Business Ethics Quarterly* 1998; 8(3): 447-476.
15. Klebe Trevino L, Butterfield KD, McCabe DL. The ethical context in organizations: influences on employee attitudes and behaviors. *Business Ethics Quarterly* 1998; 8(3): 447-476.
16. Katz D, Kahn R. *Psicología social de las organizaciones*. México: Editorial Trillas; 1983.
17. Charmaz K. *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. Washington: Sage Publications; 2010 (reimpresión).
18. Winkler EC, Gruen R. First principles: substantive ethics for healthcare organizations. *Journal of Healthcare Management* 2005; 50(2): 109-120.
19. Bachman R. Reengineering a healthcare facility. Turning an organization on its head. *Physician Executive* 1996; 22(8): 25-29.
20. Pool J. Hospital management. Integrating the dual hierarchy? *International Journal of Planning Management* 1991; 6(3): 193-207.
21. Salvadores P, Schneider J, Zubero I. Theoretical and perceived balance of power inside spanish public hospitals. *Health Services Research*. 2001; 1(9)s.p. Mar (cited 2013 feb 1). Available from: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC56903/>
22. Kramer M, Schmalenberg C. Securing good nurse physician relationships. *Nursing Management* 2003; 34(7): 34-38.
23. Mappes JK. Ethical dilemmas for nurses:physicians'orders versus patients'rights. In: Kuhse H, Singer P. *Bioethics: an anthology*. 2nd edition. United Kingdom: Blackwell Publishing; 2006: 682-689.

24. Cullen J, Victor B, Bronson J. The ethical climate questionnaire: an assessment of its development and validity. *Psychological Reports* 1993; 73(2): 667-674.
25. Liou SR. An analysis of the concept of organizational commitment. *Nursing Forum* 2008; 43(3): 116-125.
26. Minguez N. Un marco conceptual para la comunicación corporativa. Portal de relaciones públicas. (cited 2012 dec 5] Available from: URL: <http://www.rrppnet.com.ar/comcorporativa.htm?iframe=true&width=80%&height=80%>
27. Simon P. *Ética de las organizaciones sanitarias*. San Sebastián: Triacastela; 2006.
28. Torralba F. Lo ineludiblemente humano. Hacia una fundamentación de la ética del cuidar. *Labor Hospitalaria* 1999; XXXI: 253.
29. Hsiao W. When incentives and professionalism collide. *Health Affairs* 2008; 27(4): 949-951.

Recibido: 14 de abril de 2014

Aceptado: 11 de julio de 2014