

COMPRENSIÓN DE LOS CRITERIOS MORALES QUE SUBYACEN LA
PRÁCTICA MÉDICA DE LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL PROGRAMA
DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA.

MARGARITA MARÍA CANO ECHEVERRI
OSCAR ALONSO PINZÓN DUQUE
MARIA ELENA RIVERA SALAZAR

CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS EN NIÑEZ Y JUVENTUD
CINDE - UNIVERSIDAD DE MANIZALES
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO
MANIZALES
2005

COMPRENSIÓN DE LOS CRITERIOS MORALES QUE SUBYACEN LA
PRÁCTICA MÉDICA DE LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL PROGRAMA
DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA.

MARGARITA MARÍA CANO ECHEVERRI
OSCAR ALONSO PINZÓN DUQUE
MARIA ELENA RIVERA SALAZAR

Trabajo de investigación para optar al título de
Magíster en Educación y Desarrollo Humano

Asesores
CARLOS VALERIO ECHAVARRIA
MAICOL RUIZ

CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS EN NIÑEZ Y JUVENTUD
CINDE - UNIVERSIDAD DE MANIZALES
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO
MANIZALES
2005

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Manizales, Junio de 2005

MARGARITA

Este trabajo está dedicado a mi esposo Gerardo por tener su sonrisa y su alegría buscando siempre irradiar felicidad y por apoyarme en este sueño posible de seguir construyendo futuro.

A mis hijos Luisa Fernanda y Miguel Ángel por inspirar mis deseos de luchar y de ser siempre una mejor mamá.

A mis estudiantes, pues son un reto permanente para seguir siendo su Maestra y amiga.

OSCAR y MARIA ELENA

El fruto de este esfuerzo lo entregamos a nuestros hijos Mariana y Rafael quienes apoyaron el afán de superación con su ánimo y excelente responsabilidad académica a pesar de nuestras repetidas ausencias.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros informantes claves que con su entusiasmo y sinceridad, ofrecieron un material excelente para realizar este proyecto.

Al Doctor Álvaro Estrada, Decano de la Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, quien abrió las puertas del centro docente a esta investigación.

Al Doctor Luis Alberto Marín, Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, quien nos sorprendió con su interés por los factores que afectan las decisiones médicas y fortaleció la discusión en el momento del análisis.

A nuestro compañero de maestría Wilman Rodríguez por compartir su tiempo de estudio con nosotros, aclarando muchas de las dudas que iban surgiendo.

A Carlos Valerio Echevarria, por su apoyo como asesor del CINDE, en nuestro proceso, brindándonos la oportunidad de ampliar nuestros conocimientos en el campo investigativo.

Y a Maicol Ruiz, asesor del CINDE por estar dispuesto cada vez que fuera necesario y por ayudarnos a alcanzar la meta con una paciencia que regalaba paz a nuestro ser.

R.A.E.

RESUMEN ANALÍTICO DEL ESTUDIO

PROGRAMA ACADÉMICO: MAESTRIA EN EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO

FECHA DE ELABORACIÓN R.A.E.: 13 DE JUNIO DE 2005.

AUTORES: CANO ECHEVERRI Margarita María, . PINZÓN DUQUE, Oscar Alonso y RIVERA SALAZAR, Maria Elena

TÍTULO: COMPRENSIÓN DE LOS CRITERIOS MORALES QUE SUBYACEN LA PRÁCTICA MÉDICA DE LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL PROGRAMA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA.

PALABRAS CLAVES: CRITERIOS MORALES, PRÁCTICA MÉDICA Y MORAL MEDICA

DESCRIPCIÓN: Informe final de investigación donde los autores muestran cuales son los criterios Morales que subyacen la Práctica Médica de los Médicos en Formación del Programa de Medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira, pues la práctica médica actual está caracterizada por el intento de integrar el punto de vista del paciente, las necesidades de las políticas públicas de salud, y el criterio médico orientado desde la formación profesional, en cuyo caso las decisiones no las toma el médico sino un equipo de salud; por tanto el rol del médico en formación ha cambiado, pues antes las decisiones eran tomadas exclusivamente por el médico a su discreción, así como también han cambiado las situaciones a las cuales se ve enfrentado, y en tal sentido aparecen múltiples factores que influyen su práctica médica y no sólo los que tenía claros desde su formación académica (técnico y moral).

Producto de estos factores en tensión se generan situaciones morales las cuales se deben resolver a la luz de unos criterios morales, de allí la necesidad de plantear una pregunta que de cuenta por esos criterios morales en la práctica médica.

La mayoría de los estudios en desarrollo moral en salud se limitan básicamente a medir el nivel de desarrollo moral de los estudiantes de Ciencias de la Salud, se miran bajo las perspectivas de Lawrence Kohlberg , bajo el principio de justicia, y Carol Gilligan, con la perspectiva del cuidado; siguiendo la metodología descriptiva sobre dilemas reales e hipotéticos^{1, 2, 3, 4}. Pero ninguno

¹ PATENAUDE Johane Cambios en el desarrollo moral de los estudiantes durante la escuela médica: un estudio de cohorte. JAMC. 1er AVR.2003;168 (7)., Thephile Niyonsenga, Diane Fafard

² LOEWY EH. Médicos y pacientes: ministerio moral en un mundo plural.. Journal Med.Humanit.Bioeth., March 1, 1986; 7 (1): 57-68

de los estudios se interesa por tratar de comprender los criterios morales que los médicos en formación utilizan para resolver las situaciones morales en la práctica médica.

Se pretende en esta investigación comprender los criterios morales que subyacen la práctica médica de los médicos en formación de la Universidad Tecnológica de Pereira.

Para aclarar dicha pregunta y mirar la posible metodología que pudiera servir de acercamiento a los médicos en formación, se realizó una prueba piloto con médicos que realizan el año de Internado con la Universidad Tecnológica, pero son de otras universidades; se sistematizó, categorizó, y se identificó que aparecían como tendencias en sus criterios morales orientadores de la práctica médica, el cuidado, la normatividad legal en salud y la responsabilidad social por la labor realizada.

A partir de esta primera aproximación, surgen preguntas de estudio tales como:

- ¿Cuáles son los criterios morales que subyacen la práctica médica de los médicos en formación de la Universidad Tecnológica de Pereira?
- De esta pregunta principal se derivan las siguientes
- Cuáles son las diferentes situaciones que los médicos en formación de la Universidad Tecnológica reconocen como problemáticas morales?
- Ante qué dilemas morales se ven abocados los médicos en formación en su práctica médica?
- Qué tipos de juicios morales permite a los médicos en formación resolver los dilemas morales que se les presentan en su práctica médica?
- Qué criterios morales tienen en cuenta los médicos en formación para identificar una situación como problemática moral y emitir un juicio sobre ella?

CONTENIDO: La recolección de la información se realizó siguiendo una serie de pasos que iniciaron con la observación de los estudiantes de medicina en diferentes rotaciones, luego se seleccionaron los informantes claves teniendo en cuenta las personas que se identificaban como representativos debido a que se tuvo en cuenta un muestreo de casos homogéneos pues este “busca describir algún subgrupo en profundidad. Es la estrategia empleada para la conformación de grupos focales. El punto de referencia más común para elegir los participantes de un grupo focal es que estos posean algún tipo de experiencia común en relación con el núcleo temático al que apunta la investigación”⁵, lo cual se informó en la Facultad a través del decano Dr. Álvaro Estrada, para luego recoger información, inicialmente en una prueba piloto con estudiantes de internado de otras Universidades, donde se observaron

³ SELF DJ, OLIVAREZ M and BALDWING DC Jr .La cantidad necesaria de pequeños grupos de discusión de estudios de casos para mejorar las habilidades en el razonamiento moral de los estudiantes de medicina.. Academic Medicine 73: 521-523 (1998)

⁴ NOKES KM. Repensando la teoría de razonamiento moral.. Image Journal Nursing Sch., September 1, 1989;21(3): 172-5

⁵ http://www.icfes.gov.co/cont4/fomento/pub/libros/ser_inv_soc/modulo4.pdf pag 123

fortalezas y debilidades de las técnicas que se iban a utilizar (el socio drama y la entrevista semi estructurada) y finalmente se seleccionó los informantes pertenecientes a la Facultad para aplicarle las técnicas.

Cuadro 1 Técnicas e Instrumentos

Información requerida	Técnica	Instrumento de registro	Informante
Situaciones Morales problemáticas en la práctica medica	Observación	Observación dirigida (sociodrama)	Médicos y médicas en formación
Situaciones Morales problemáticas en la práctica medica	Entrevista	Guía de entrevista semiestructurada	Médicos y médicas en formación

CONCLUSIONES

- Las situaciones que los médicos en formación manifiestan con mayores conflictos morales son las que implican no poder atender al paciente integralmente como lo tenía aprendido en la Universidad, pues aunque tiene el conocimiento necesario, las normas institucionales no le permiten desempeñarse adecuadamente, pues hay intereses de índole político, económico y social que se lo impide y no le permite tomar decisiones autónomas.
- Los juicios morales que se presentan en la práctica de los médicos en formación tienen que ver con darle adecuada atención al paciente como lo tenía aprendido en la Universidad o como es el ideal de acuerdo al contexto legal y en mayor medida, hacer una atención parcial, debido a los factores externos que no le permiten ser autónomos en sus decisiones.
- El medico en formación de la Universidad Tecnológica de Pereira, se ve abocado en gran medida, por la reglamentación de las EPS, para seguir **NORMAS INSTITUCIONALES** que en muchas ocasiones van en contra del contexto ideal de la práctica médica, planteado por la ley 100, la ley 23 y el objetivo de la formación profesional, debido a presiones externas de la practica actual, donde las decisiones son compartidas con otros profesionales, o supervisadas por terceros, quienes en la mayoría de las ocasiones, tienen intereses de índole económico en detrimento de la calidad en la prestación del servicio

- Los médicos en formación responden a los principios de RESPONSABILIDAD, pues a pesar de que exista un problema o impedimento para que el médico pueda atender al paciente adecuadamente, a él lo que le preocupa es descartar un problema que complique la salud del paciente.
- El cuidado como criterio es importante en esta investigación ya que hay un compromiso del médico en formación para resolver el problema y que a futuro no hayan consecuencias desfavorables para el paciente y de esta forma pueda buscar el bienestar.
- En algunas ocasiones las decisiones que se toman son debido a una AUTOPROTECCIÓN EMOCIONAL, donde el medico en formación se aísla de la problemática del paciente, debido a que se presentan casos similares permanentemente y esto generaría crisis de índole emocional al medico.
- El médico en formación generalmente reflexiona sobre la necesidad de RESPETAR LOS DERECHOS FUNDAMENTALES permanentemente, para garantizar la atención adecuada de los pacientes
- El criterio de SERVICIO implica una razón de ser del médico en formación sin detrimento a la remuneración que debe ganar por él.
- Se observa que la SOLIDARIDAD en ellos depende de la relación afectiva que tengan con el paciente, esto mediado por los sentimientos y el temor de ser juzgado por el otro.
- El criterio de SUPERVIVENCIA PROFESIONAL es producto de la necesidad de sentirse aceptado y tenido en cuenta en el sistema de salud.
- Se observa en los estudiantes de internado que hay una dificultad para asumir una posición crítica, frente a los procesos socioeconómicos, administrativos y políticos que inciden en la medicina y su ejercicio.
- En términos metodológicos se considera que el socio drama es una técnica adecuada para identificar situaciones y juicios morales e interpretar dilemas y criterios que subyacen a la práctica médica.
- Esta investigación aporta a la discusión que se viene desarrollando a nivel global sobre los factores que afectan la práctica médica.

BIBLIOGRAFÍA

ALM David. La Racionabilidad de los juicios morales. Social theory and practice, Tallahassee, Verano del 2000., vol 26

AQUINO K, AND REED A. La autoimportancia de la identidad moral. 2nd. Journal of Pers.Soc.Psycology, December 1, 2002; 83(6): 1423-40

CANO, Margarita. PINZÓN y RIVERA. Identificación de Niveles de Desarrollo Moral en Jóvenes Universitarios Pertenecientes y no a una Pastoral Católica. Pereira.2001.

Colombia, Ministerio de Salud, Ley 23 de 1981

Colombia, ministerio de Salud ley 100

CORTINA Adela. "Ética Sin Moral". España : Editorial Tecnos, 1995

_____, Adela. El Mundo de los Valores. 2000. Ética mínima y educación. Santa Fé de Bogotá: Editorial el De Zubiría Miguel "Tratado de Pedagogía Conceptual : Formación de valores y actitudes" Fundación Alberto Merani para el Desarrollo de la Inteligencia. Santa Fe de Bogotá 1995

Denzin N. y Y Lincoln Y., Handbook Of Qualitative Research, London, Editorial Sage Publications, Second Edition 2002

DÍAS Maria José y Otros. " Educación y Razonamiento Moral". ICE Universidad de Deusto.

DRESCH Shirley Criterio médico. Definición, proceso y evaluación., et al. Archives of Arg. Pediatrics. Vol 96:39.1998.

EMANUEL E, Emanuel L. Cuatro modelos de la relación médico-paciente, en Bioética para Clínicos.Couceiro A. Ed. Madrid 1999.

ESGUERRA, Roberto. Acta Médica Colombiana. Vol. 24 N° 1. Enero-Febrero de 1999. Santa fe de Bogotá Colombia

FAUCI and Longo. Harrison's. Principles of Internal Medicine.15th Edition.Mc Graw-Hill.New York.2001.

GILLIGAN, Carol. La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino. Fondo de cultura económica. México.1985.

GONZÁLES Luis José, Marquínez German, Valores éticos para la convivencia, ed. El Búho, Santa fe de Bogota. 2000

GREENE Joshua y HAIDT Jonathan ¿Cómo y dónde trabaja el juicio moral? . Trends Cogn.Sci. December 1,2002; 6 (12) : 517-523

GUMP Linda S., BAKER Richard C. and ROLL Samuel. Diferencias culturales y de género en el juicio moral: un estudio de mejicoamericanos y angloamericanos. Hispanic Journal of Behavioral Sciences, Thousand Oaks. Feb 2000., vol 22, pga 78-93

HARMIN. MERRILL Y Otros "El Sentido de los Valores y la Enseñanza; Como Emplear los Valores en el Salón de Clases" , México : Editorial Hispanoamericana.

HOYOS, Julio E. Chamanismo y Medicina. ¿dos formas del vínculo social? *Affectio Societatis*. Revista electrónica del departamento de psicoanálisis. Universidad de Antioquia N° 5 Noviembre de 1999.

http://www.icfes.gov.co/cont4/fomento/pub/libros/ser_inv_soc/modulo4.pdf

ICFES "Trabajar por Valores (documento)

JAFFEE s AND HYDE JS. Diferencias de género en la orientación moral: un metanálisis. *Psychology Bulletin*, September 1, 2000;126(5): 703-26. Department of Psuchology, University of Wisconsin,USA

JONAS, Hans. El principio de responsabilidad. Editorial Herder. Barcelona. 1995.

Journal Aging Human Development. Juicios morales en adultos de edad media y de edad avanzada: los efectos de los dilemas apropiados para la edad y la toma espontánea de rol, January 1,1985; 22(3):161-72

KIMBERLY A. y SCHONERT-Reichl. Relaciones entre aceptación de pares, ajuste de amistades, y comportamiento social con el razonamiento moral durante la adolescencia temprana. *The journal of early adolescence*, Thousand Oaks, May 1999.. Vol 19 pga 249-279.

KOHLBERG Lawrence, y Otros "La Educación Moral" Editorial Gedisa

_____, Lawrence. *Psicología del desarrollo moral*. Biblioteca de Psicología. Desclée de Brouwer. Bilbao 1992.

KREBS DL, DENTON KL, VERMEULEN SC, CARPENDALE JI, and A Bush. PERS J. Flexibilidad estructural del juicio moral..*Soc.Psychology*, December 1, 1991; 61(6): 1012-23

KUSHNER T, BELLIOTTI RA and BUCKNER D. Hacia una metodología para la toma de decisiones morales en medicina. *Theor. Med.*, December 1, 1991; 12(4): 281-93.

LEWIS Yvette, El yo como concepto moral.. *The British Journal of Social Psychology*. Vol 42 pga 225 Leicester,Jun 2003.

LOEWY EH. Médicos y pacientes: ministerio moral en un mundo plural.. *Journal Med.Humanit.Bioeth.*, March 1, 1986; 7 (1): 57-68

MARQUINEZ Argote German *Realidad y Posibilidad: Fundamentos de Ética Y Educación*

MOES M, Concepción de Platon de las relaciones entre filosofía moral y medicina. Perspectives Biol.Med.,June 1, 2001; 44(3):353-67

MILLETTE BE. WEST J. Uso de la estructura de Gilligan para analizar las opciones morales de las historias de las enfermeras. Nursing Research, December 1, 1994; 16 (6): 660-74

NODDINGS, Nel. Educating moral people. Teachers College Press. New York.2003

NOKES KM. Repensando la teoría de razonamiento moral.. Image Journal Nursing Sch., September 1, 1989;21(3): 172-5

PATENAUDE Johane Cambios en el desarrollo moral de los estudiantes durante la escuela médica: un estudio de cohorte. JAMC.1er AVR.2003;168 (7)., Thephile Niyonsenga, Diane Fafard.

_____, NIYONSENGA. Thephile and FAFARD. Diane, Cambios en el Desarrollo Moral de los estudiantes durante la escuela médica: un estudio de cohorte. JAMC.1er AVR.2003;168 .

PEREA Francisco Lozano Proyecto Pedagógico de Ética y Valores Humanos Pereira : Universidad Tecnológica de Pereira, 1997

PÉREZ Serrano, Gloria. Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes, II Técnicas y Análisis de Datos. Madrid: La Muralla,1994.

PIAGET, Jean. 1932. El Criterio Moral del Niño. Barcelona: Ed Martínez Roca.

PIZARRO David A., BLOOM Paul La inteligencia de las intuiciones morales: Comentario en Heidt (2001). Psychological Review, Washington, Enero 2003., Vol110,#1, pga 193-196. Comentario,
RENTERÍA Hernán "Proyecto Pedagógico Sobre Valores Humanos" Pereira : Universidad Tecnológica de Pereira, 1997

SALAS García Begoña. Desarrollo de Capacidades y Valores de la Persona: Orientaciones para la elaboración del Proyecto Coeducativo. Colección Mesa Redonda (29) Santa Fe De Bogota : Editorial Magisterio, C1995

SALM Randall, La solución de conflictos en la escuela, cooperativa editorial, Santa Fe de Bogota.

SELF DJ, OLIVAREZ M and BALDWIN JR DC. Clarificando la relación entre educación medica y desarrollo moral. Academic Medicine 73:517-520 (1998).

_____. La cantidad necesaria de pequeños grupos de discusión de estudios de casos para mejorar las habilidades en el razonamiento moral de los estudiantes de medicina.. Academic Medicine 73: 521-523 (1998)

_____, SCHRADER DE, BALDWIN DC Jr, and WOLINSKY.FD El desarrollo moral de los estudiantes de medicina: un estudio piloto de la posible influencia de la educación médica. Medical Education, January 1 ,1993; 27 (1):26-34.

_____, SKEEL JD AND JECKER NS. Influencia de la educación filosófica versus la teológica en el desarrollo moral de los eticistas clínico médicos.. Academic Medicine 68: 848-853.1993.

_____, WOLINSKY FD and BALDWIN DC Jr El efecto de enseñar ética medica sobre el razonamiento moral de los estudiantes.. Academic Medicine 64: 755-759 (1989)

SINGER M.S. El papel de la preocupación por otros y la intensidad moral en los juicios éticos de los adolescentes. The journal of genetic Psychology. N.Y. June 1999. Vol 160. Pga 155-166

SMETANA Judith G., CAMPIONE-BARR Nicole and YELL Nicole. Moral de los niños y juicios afectivos con respecto a la provocación y represalias. Merrill-Palmer Quarterly, Detroit April 2003, Vol 49,2 ;209-236

STRAWSON Peter, Libertad y Resentimiento y otros ensayos.1 edición, editorial Paidós,barceloa 1995 pag 44

STROUD Scott R. Juicio Moral y acción comunicativa. Conexiones entre desarrollo moral y conciencia de presuposición formal-pragmática. Communication Reports. Salt Lake City. Verano del 2001. vol 14 pgs 131-142

TAYLOR, Charles. La ética de la autenticidad. Ediciones Paidós. Barcelona.1994.

The Journal of Neuroscience. La correlación neural de la sensibilidad moral: Una investigación con imágenes de resonancia magnética funcional de las emociones básicas y morales., April 2002, 22 (7):2730-2736

WALKER LJ Un estudio longitudinal de razonamiento moral.. Chil Development, February 1, 1989; 60(1):157-66

WEBER James, WASIELESKI David. Investigando las influencias del razonamiento moral de los administradores. Business and Society. Chicago, Mar 2001.Vol 40, 1 : 79-111

WWW.Vesalius.utp.edu.co.

TABLA DE CONTENIDO

	pag.
1. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA.....	21
2. JUSTIFICACIÓN	23
3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	24
3.1 OBJETIVO GENERAL	24
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
4. CONTEXTO TEÓRICO E INVESTIGATIVO.....	25
4.1 LA PRÁCTICA MÉDICA.....	25
4.2 LO MORAL, DILEMAS, JUICIOS Y CRITERIOS MORALES.....	27
4.2.1 Contexto Investigativo	27
4.2.2 Definiciones	28
4.2.3 Referente Contextual.....	34
4.2.4 Aspecto Legal.....	38
5. METODOLOGÍA.....	39
5.1 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS:.....	39
5.2 UNIDAD DE ANÁLISIS Y UNIDAD DE TRABAJO	39
5.3 DISEÑO	39
5.4 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN (técnicas e instrumentos de Recolección de Información).....	40
5.4.1 Sociodramas :.....	41
5.4.2 Entrevista Semiestructurada.....	42
6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	43

6.1	SITUACIONES MORALES PROBLEMÁTICAS Y JUICIOS MORALES EN LA PRÁCTICA MÉDICA DE INTERNADO (análisis descriptivo).....	43
6.2	DILEMAS MORALES EN LA PRÁCTICA MÉDICA DE INTERNADO (Interpretativo)	54
6.3	CRITERIOS MORALES EN LA PRÁCTICA MÉDICA DE INTERNADO (Análisis de sentido).....	62
7.	CONCLUSIONES	66
8.	RECOMENDACIONES	68
	BIBLIOGRAFÍA	69
	ANEXOS	74

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

CUADRO	Pag
Cuadro 1. Estadíos morales según Kohlberg contenido del estadíos	32
Cuadro 2. Técnicas e Instrumentos	40
Cuadro 3 Resumen de la información Prueba Piloto	41
Cuadro 4 Situaciones encontradas por los médicos en formación	52
Cuadro 5. Juicios encontrados por los médicos en formación	53
Cuadro 6. Relación Situaciones Tipo y Juicios Tipo	53
Cuadro 7. Relación Situaciones, Juicios y Dilemas	61

LISTA DE FIGURAS

FIGURA	Pag
Figura 1 Práctica médica actual	29

LISTA DE ANEXOS

ANEXO	Pag
Anexo A. Plan de estudios Programa Medicina U.T.P.	74-75
Anexo B. Ley 23 de 1981	76
Anexo C. Transcripción socio drama	77-82
Anexo D. Transcripción entrevista	83
Anexo E. Guía para entrevista semiestructurada	96

GLOSARIO

CRITERIO: son las diferentes fuentes de sentido a partir de las cuales se evalúa una situación y se toman las decisiones sobre ella

CRITERIOS MORALES: diferentes fuentes de sentido a partir de las cuales se toman las decisiones que pretenden lograr el mayor bien aceptado

DILEMA MORAL: se refiere a dos o más proposiciones morales encontradas, que se encuentran en una situación moral a la cual el médico en formación se ve enfrentado

EPS: Entidad Promotora de Salud (producto de la ley 100)

E.S.E: Empresa Social del Estado

ESTUDIANTE EN FORMACIÓN: Estudiantes del programa de Medicina, que desarrollan el internado (12 semestre)

ÉTICA: Es la reflexión filosófica sobre las costumbres, los valores y los principios de una sociedad específica

ÉTICA MÉDICA: Es una serie de lineamientos o acuerdos mínimos, desarrollados por el gremio de los médicos para un mejor accionar de la profesión en relación a la práctica médica.

JUICIO MORAL: Se refiere a la solución a la situación problemática moral, que el médico en formación toma, después de haberla evaluado a la luz de los diferentes criterios morales aplicables a ella.

MORAL: Es el comportamiento de una persona regido por valores, principios y normas, o sea, los criterios morales de los que la persona dispone para evaluar una situación problemática moral y decidir sobre ella.

MORAL MÉDICA: Es la forma como el médico se comporta en la toma de decisiones a partir de principios contemplados en la ética médica.

PACIENTE: Persona que requiere el servicio de un profesional de salud.

PRACTICA MÉDICA Se caracteriza por el intento de armonizar la autonomía de los pacientes y las necesidades de las políticas públicas de salud, donde hay que tener en cuenta los valores del paciente, del médico y la sociedad.

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA MORAL: Situación dentro de su práctica médica, que el médico en formación encuentra como de dificultad moral, debido a que allí es donde se origina el dilema moral, a partir del cual tiene que tomar una decisión.

RESUMEN

En esta investigación se intentó comprender los criterios Morales que subyacen la Práctica Médica de los Médicos en Formación del Programa de Medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira, para lo cual se tomó un grupo de informantes claves (cuatro médicos información) con los cuales se realizó inicialmente la recolección de la información a través de sociodramas, dividiendo el grupo en 2 subgrupos: en uno estaban los hombres y en el otro las mujeres, luego se les dio la instrucción para que identificaran casos reales de su práctica médica, donde tuvieran que tomar una decisión que ellos consideraban moral.

Luego se realizó la entrevista semi-estructurada con los mismos participantes del socio drama, a partir de preguntas y diálogo abierto donde se identificaban diferentes momentos que ellos consideraban como problemas morales para tomar una decisión médica, se les preguntaba a todos la forma o formas como podían abordar la problemática y al final como lo solucionaban.

A partir de esta información se identificaron cuales eran las situaciones morales que los estudiantes planteaban como problema moral en la práctica médica, luego se registraron las diferentes formas de solución (juicios) de los problemas morales, haciendo una descripción ceñida a la información que ellos suministraron. Después se interpretaron los dilemas en los contextos que afectaban las situaciones anteriores y fueron surgiendo los criterios morales que subyacen la práctica médica, de los médicos en formación, teniendo la oportunidad de comparar diferentes teorías existentes sobre el tema en la búsqueda de generar nuevo conocimiento.

Se encontró que las situaciones que los médicos en formación manifiestan con mayores conflictos morales son las que implican no poder atender al paciente integralmente como lo tenía aprendido en la Universidad. Además que a pesar de dicha situación, los médicos en formación responden a los principios de RESPONSABILIDAD, CUIDADO (hay un compromiso del médico en formación para resolver el problema y que a futuro no hayan consecuencias desfavorables para el paciente), SOLIDARIDAD, SERVICIO, AUTOPROTECCIÓN EMOCIONAL, donde el medico en formación se aísla de la problemática del paciente, debido a que se presentan casos similares permanentemente lo que le generaría crisis de índole emocional. El médico en formación reflexiona sobre la necesidad de RESPETAR LOS DERECHOS FUNDAMENTALES permanentemente. Por último el criterio de SUPERVIVENCIA PROFESIONAL es producto de la necesidad de sentirse aceptado y tenido en cuenta en el sistema de salud.

PALABRAS CLAVES: CRITERIOS MORALES, PRÁCTICA MÉDICA Y MORAL MEDICA

INTRODUCCIÓN

La práctica médica actual intenta resolver los problemas de salud tratando de integrar la perspectiva del paciente, las necesidades de las políticas públicas de salud, y el criterio médico orientado desde la formación profesional, en cuyo caso las decisiones no las toma exclusivamente el médico, sino un equipo de salud; por tanto el rol del médico en formación ha cambiado, desde un momento en que las decisiones eran tomadas solo por el médico sin tener en cuenta otros puntos de vista, hasta llegar la equipo de salud y en tal sentido aparecen múltiples factores que influyen su práctica médica y no sólo los que tenía claros desde su formación académica (aspectos técnico y moral).

Producto de estos factores en tensión se generan situaciones morales las cuales se deben resolver a la luz de unos criterios morales, de allí la necesidad de plantear una pregunta que de cuenta por esos criterios morales en la práctica médica.

La mayoría de los estudios en desarrollo moral en salud se limitan básicamente a medir el nivel de desarrollo moral de los estudiantes de Ciencias de la Salud, se miran bajo las perspectivas de Lawrence Kohlberg , bajo el principio de justicia, y Carol Gilligan, con la perspectiva del cuidado; siguiendo la metodología descriptiva sobre dilemas reales e hipotéticos^{6, 7, 8, 9}. Pero ninguno de los estudios se interesa por tratar de comprender los criterios morales que los médicos en formación utilizan para resolver las situaciones morales en la práctica médica.

Además se hace necesario comprender cuáles son las diferentes situaciones que los médicos en formación de la Universidad Tecnológica reconocen como problemáticas morales, que a su vez generan nuevos dilemas que se resuelven también de una manera diferente (juicios morales) hasta llegar a los criterios morales que subyacen estas tomas de decisiones.

⁶ PATENAUDE Johane Cambios en el desarrollo moral de los estudiantes durante la escuela médica: un estudio de cohorte. JAMC. 1er AVR.2003;168 (7)., Thephile Niyonsenga, Diane Fafard

⁷ LOEWY EH. Médicos y pacientes: ministerio moral en un mundo plural.. Journal Med.Humanit.Bioeth., March 1, 1986; 7 (1): 57-68

⁸ SELF DJ, OLIVAREZ M and BALDWING DC Jr .La cantidad necesaria de pequeños grupos de discusión de estudios de casos para mejorar las habilidades en el razonamiento moral de los estudiantes de medicina.. Academic Medicine 73: 521-523 (1998)

⁹ NOKES KM. Repensando la teoría de razonamiento moral.. Image Journal Nursing Sch., September 1, 1989;21(3): 172-5

1. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA

La práctica médica actual está caracterizada por el intento de integrar el punto de vista del paciente, las necesidades de las políticas públicas de salud, y el criterio médico orientado desde la formación profesional, en cuyo caso las decisiones no las toma el médico sino un equipo de salud; por tanto el rol del médico en formación ha cambiado, pues antes las decisiones eran tomadas exclusivamente por el médico a su discreción, así como también han cambiado las situaciones a las cuales se ve enfrentado, y en tal sentido aparecen múltiples factores que influyen su práctica médica y no sólo los que tenía claros desde su formación académica (técnico y moral); producto de estos factores en tensión se generan las situaciones morales las cuales se deben resolver a la luz de unos criterios morales, de allí la necesidad de plantear una pregunta que de cuenta por esos criterios morales en la práctica médica.

La mayoría de los estudios en desarrollo moral en salud se limitan básicamente a medir el nivel de desarrollo moral de los estudiantes de Ciencias de la Salud, se miran bajo las perspectivas de Lawrence Kohlberg , bajo el principio de justicia, y Carol Gilligan, con la perspectiva del cuidado; siguiendo la metodología descriptiva sobre dilemas reales e hipotéticos^{10, 11, 12, 13}. Pero ninguno de los estudios se interesa por tratar de comprender los criterios morales que los médicos en formación utilizan para resolver las situaciones morales en la práctica médica.

Se pretende en esta investigación comprender los criterios morales que subyacen en la práctica médica de los médicos en formación de la Universidad Tecnológica de Pereira.

Para aclarar dicha pregunta y mirar la posible metodología que pudiera servir de acercamiento a los médicos en formación, se realizó una prueba piloto con médicos que realizan el año de Internado con la Universidad Tecnológica, pero son de otras universidades; se sistematizó, categorizó, y se identificó que aparecían como tendencias en sus criterios morales orientadores de la práctica médica, el cuidado, la normatividad legal en salud y la responsabilidad social por la labor realizada.

A partir de esta primera aproximación, surgen preguntas de estudio tales como:

¹⁰ PATENAUDE Johane Cambios en el desarrollo moral de los estudiantes durante la escuela médica: un estudio de cohorte. JAMC. 1er AVR.2003;168 (7)., Thephile Niyonsenga, Diane Fafard

¹¹ LOEWY EH. Médicos y pacientes: ministerio moral en un mundo plural.. Journal Med.Humanit.Bioeth., March 1, 1986; 7 (1): 57-68

¹² SELF DJ, OLIVAREZ M and BALDWING DC Jr .La cantidad necesaria de pequeños grupos de discusión de estudios de casos para mejorar las habilidades en el razonamiento moral de los estudiantes de medicina.. Academic Medicine 73: 521-523 (1998)

¹³ NOKES KM. Repensando la teoría de razonamiento moral.. Image Journal Nursing Sch., September 1, 1989;21(3): 172-5

- ¿Cuáles son los criterios morales que subyacen la práctica médica de los médicos en formación de la Universidad Tecnológica de Pereira?

De esta pregunta principal se derivan las siguientes

- Cuáles son las diferentes situaciones que los médicos en formación de la Universidad Tecnológica reconocen como problemáticas morales?
- ¿Ante qué dilemas morales se ven abocados los médicos en formación en su práctica médica?
- Qué tipos de juicios morales permite a los médicos en formación resolver los dilemas morales que se les presentan en su práctica médica?
- Qué criterios morales tienen en cuenta los médicos en formación para identificar una situación como problemática moral y emitir un juicio sobre ella?

2. JUSTIFICACIÓN

Uno de los aspectos que justifican el desarrollo de este estudio es que la comprensión de los criterios morales que subyacen la práctica médica, servirá para realizar un diagnóstico de la situación actual en la cual se desarrolla la práctica médica y así en trabajos posteriores las personas interesadas en el tema, puedan generar nuevas propuestas que fortalezcan el desarrollo moral en el médico actual.

También pretende incentivar la reflexión sobre los criterios morales de los médicos, ya que el ejercicio médico ha tenido transformaciones importantes que han logrado restar credibilidad en el desempeño de su oficio como por ejemplo el hecho de pasar de ser autónomo en la toma de decisiones a verse influenciado por otros actores como son el paciente, su familia y el personal de salud entre otros, lo que permite que en muchas ocasiones sus orientaciones, con respecto a la resolución de un problema de salud de un paciente, se vean afectadas de tal forma que el profesional, ya no responde a lo que se debe hacer con el paciente, sino a lo que le permiten hacerle a ese paciente. Por lo tanto al identificar cuáles son los criterios que utilizan actualmente los médicos en formación, influirá en la construcción de criterios morales que respalden decisiones apropiadas, tendientes al mejoramiento de la salud del individuo. Lo cual va acorde con la naturaleza interpretativa del diagnóstico médico, que generalmente pone al mismo, en una posición de probabilidad más que de certeza absoluta, precisamente en la toma de decisiones y es allí donde emerge el dilema.

Además aporta un mayor conocimiento sobre desarrollo moral, particularmente en criterios morales relacionados con la práctica de los médicos en formación, que cumplen su año de internado; también se considera que la investigación aportará a los médicos en formación, pues tendrán elementos adicionales para tomar decisiones autónomas, que fortalezcan el ser crítico frente a los procesos socioeconómicos, administrativos y políticos que inciden en la medicina y su ejercicio.

Por otra parte, aporta a la institucionalidad, tanto a los entes formativos (universidades) como a las empresas prestadoras de servicios de salud o empresas sociales del estado, pues generalmente están enfocadas las investigaciones en el descubrimiento de etiologías posibles de las enfermedades existentes, en las formas para obtener un buen diagnóstico y en los medicamentos adecuados para resolver las enfermedades, más no en identificar los criterios morales del médico que pueden afectar la salud de los individuos, así mismo se abren posibilidades para que otros investigadores, puedan responder preguntas que se deriven del presente proyecto .

3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

3.1 OBJETIVO GENERAL

Comprender los criterios morales que subyacen la práctica médica de los médicos en formación del programa de medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las diferentes situaciones que los médicos en formación identifican como problemáticas morales en la práctica médica durante su año de internado.
- Identificar los dilemas morales que enfrentan los médicos en formación durante su año de internado
- Establecer los diferentes juicios morales que utilizan dichos médicos para la resolución de las problemáticas morales en su práctica médica de internado
- Establecer las relaciones de sentido entre criterio médico, dilemas morales y situaciones problemáticas morales en la práctica médica de internado.

4. CONTEXTO TEÓRICO E INVESTIGATIVO

Este referente teórico está constituido por tres tópicos: La práctica médica, Lo moral (dilemas, juicios y criterios morales), y el contexto legal y curricular en el que se desarrolla la práctica médica de internado.

En el primer tópico se conceptualizará sobre la práctica médica así como sus etapas.

En el segundo tópico se discutirá acerca de cómo categorizar los criterios morales a partir de los diferentes autores.

En el tercer tópico se discutirán los aspectos que enmarcan la educación de los médicos en la escuela de medicina, esto es, el aspecto curricular y legal (donde quedan incluidos las políticas públicas y el código de ética médica).

Este referente orienta la comprensión de los aspectos más relevantes que intervienen en la estructuración de los criterios utilizados por los médicos en formación, durante su práctica médica.

4.1 LA PRÁCTICA MÉDICA

La práctica médica se entiende como el acto mediante el cual se relacionan dos personas: el médico que posee un conocimiento que le permite tomar una decisión frente a la dolencia (enfermedad) que aqueja a la otra persona: el paciente. “Tanto en la práctica chamanística como en la médica se instala un tipo particular de vínculo social a partir del momento en que se encuentran el padeciente, y aquel que es autorizado a curarlo en virtud a una suposición en su saber sobre el mal que lo aqueja”¹⁴

La práctica médica no está determinada únicamente por el conocimiento (saber) por parte del médico: “la práctica de la medicina combina ambos aspectos: ciencia y arte”¹⁵. El papel de la ciencia en la práctica médica es evidente por el avance tecnológico vertiginoso (la genética, la bioquímica, farmacología, etc.), y el saber identificar, manejar y “combinar ese conocimiento científico, la intuición y el juicio, define el arte de la medicina”¹⁶.

A través de la historia la práctica médica ha pasado por diferentes etapas¹⁷:

4.1.1 Paternalismo Duro:(Siglo V A.C.- Siglo XVIII) Caracterizado por la autoridad ejercida por el médico en cuanto a utilizar sus conocimientos para el diagnóstico y tratamiento más adecuado para el paciente sin tener en cuenta la

¹⁴ HOYOS, Julio E. Chamanismo y Medicina. ¿dos formas del vínculo social? *Affectio Societatis*. Revista electrónica del departamento de psicoanálisis. Universidad de Antioquia N° 5 Noviembre de 1999.

¹⁵ Fauci and Longo. *Harrison's. Principles of Internal Medicine*. 15th Edition. Mc Graw-Hill. New York. 2001.

¹⁶ *Ibid*.

¹⁷ Emanuel E, Emanuel L. Cuatro modelos de la relación médico-paciente, en *Bioética para Clínicos*. Couceiro A. Ed. Madrid 1999.

participación del paciente ni su derecho de autonomía, es decir debe obedecer y confiar. Como puede verse es una relación vertical. Se aplica el principio de **beneficencia, de no maleficencia** (no hacer daño) y se parte de la premisa del médico “bueno”.

4.1.2 Paternalismo Moderado o Juvenil: (Siglo XVIII-1965) Se diferencia del anterior porque al paciente se le da información en situaciones graves. Se inspira en la relación padres-hijos adolescentes.

4.1.3 Etapa Autonomista o Democrática: (1957-80s) En esta etapa el médico proporciona la información relevante en términos técnicos, (visión de la salud basada en la evidencia) para que el paciente pueda elegir la intervención que desee ejerciendo de tal forma su autonomía (controlando la toma de decisiones médicas). En tal sentido los pacientes tienen derechos y la toma de decisiones es un proceso compartido. En esta etapa además de los principios del **paternalismo**, maneja el principio de **justicia** entendido en esta etapa como distribución equitativa, tanto de los beneficios como de las cargas, entre todos los usuarios del servicio de salud. Vale la pena mencionar algunos de los **derechos** de los pacientes como por ejemplo el elegir libremente al profesional del equipo de salud y además, el médico puede emitir libremente juicios clínicos y éticos sin interferencias externas.

4.1.4 Etapa Actual: Se caracteriza por el intento de armonizar la **autonomía** de los pacientes y las **necesidades** de las **políticas públicas** de salud, donde hay que tener en cuenta los valores del paciente, del médico, las necesidades de la sociedad bajo el principio de **justicia**.

La visión de la salud está basada en **la responsabilidad**, entendida como un hacer las cosas bien respetando los valores de los seres humanos implicados, teniendo en cuenta las repercusiones humanas, sociales y culturales. En este caso el poder ya no lo ejerce el médico sino un equipo de salud.

El médico debe asumir el papel de maestro o amigo que ayuda al paciente a aclarar sus valores actuales y a indicar los deseables en términos de salud, sin imponerlos.

El recorrido histórico de las etapas de la práctica médica muestra al paciente en diferentes roles pasando desde un papel pasivo sin comprensión de la situación hasta un papel activo influyendo poderosamente en la toma de decisiones, con un nivel de comprensión más elevado.

En el caso del médico ha pasado de un papel autoritario, con responsabilidad absoluta, que no necesitaba informar, tomando decisiones unilaterales, a un médico que informa, que tiene en cuenta los valores del paciente, cuya responsabilidad se diluye al intervenir en las decisiones, no sólo el médico tratante, sino también el propio paciente y el equipo de salud y en tal sentido el

médico pierde su autonomía en la toma de decisiones (ver figura 1 sobre la Práctica médica actual)

Todo acto de la práctica médica implica un componente “técnico” y un componente “moral”: “El conocido filósofo alemán contemporáneo Hans-Georg Gadamer defiende la idea de que la medicina no es únicamente una ciencia de la salud sino también un arte de importancia hermenéutica, que requiere el ejercicio de un juicio práctico y de interpretación personal (define hermenéutica como el arte de entender lo relacionado con el carácter impredecible de la vida mental y espiritual de los seres humanos). Sostiene que debemos reconocer los límites de una aproximación puramente técnica al proceso de curación así como la importancia de una aproximación cualitativa al tratamiento médico.”¹⁸

Teniendo en cuenta que los médicos en formación del último semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira, históricamente se encuentran ubicados en la ETAPA ACTUAL de la práctica médica, donde ellos como médicos en formación del internado, realizan una práctica médica, se pretende conocer cuales son esas situaciones problemáticas morales que ellos identifican, cómo las resuelven y comprender los criterios que se utilizaron en dicha resolución.

4.2 LO MORAL, DILEMAS, JUICIOS Y CRITERIOS MORALES

4.2.1 Contexto Investigativo

Los estudios que se encuentran acerca del desarrollo moral trabajan principalmente bajo la perspectiva de la teoría del desarrollo moral de Kohlberg^{19, 20, 21, 22, 23, 24, 25} o Gilligan²⁶ manejando sólo dos criterios morales: el de justicia y el de cuidado, algunos de los estudios los contrastan^{27, 28} en otros tratan de combinar las dos orientaciones en una nueva escala de justificación

¹⁸ Esguerra, Roberto. Acta Médica Colombiana. Vol. 24 N° 1. Enero-Febrero de 1999. Santa fe de Bogotá Colombia

¹⁹ ALM David. La Racionabilidad de los juicios morales. Social theory and practice, Tallahassee, Verano del 2000., vol 26

²⁰ KIMBERLY A. y SCHONERT-Reichl. Relaciones entre aceptación de pares, ajuste de amistades, y comportamiento social con el razonamiento moral durante la adolescencia temprana. The journal of early adolescence, Thousand Oaks, May 1999.. Vol 19 pga 249-279

²¹ STROUD Scott R. Juicio Moral y acción comunicativa. Conexiones entre desarrollo moral y conciencia de presuposición formal-pragmática. Communication Reports. Salt Lake City. Verano del 2001. vol 14 pgs 131-142

²² DJ Self, M Olivarez and DC Baldwin Jr. Clarificando la relación entre educación medica y desarrollo moral. Academic Medicine 73:517-520 (1998).

²³ SMETANA Judith G., CAMPIONE-BARR Nicole and YELL Nicole. Moral de los niños y juicios afectivos con respecto a la provocación y represalias. Merrill-Palmer Quarterly, Detroit April 2003, Vol 49,2 ;209-236

²⁴ WEBER James, WASIELESKI David. Investigando las influencias del razonamiento moral de los administradores. Business and Society. Chicago, Mar 2001.Vol 40, 1 : 79-111

²⁵ KREBS DL, DENTON KL, VERMEULEN SC, CARPENDALE JI, and A Bush. PERS J. Flexibilidad estructural del juicio moral..Soc.Psychology, December 1, 1991; 61(6): 1012-23

²⁶ SINGER M.S. El papel de la preocupación por otros y la intensidad moral en los juicios éticos de los adolescentes. The journal of genetic Psychology. N.Y. June 1999. Vol 160. Pga 155-166

²⁷ Int.Journal Aging Human Development. Juicios morales en adultos de edad media y de edad avanzada: los efectos de los dilemas apropiados para la edad y la toma espontánea de rol, January 1,1985; 22(3):161-72

²⁸ WALKER LJ Un estudio longitudinal de razonamiento moral.. Chil Development, February 1, 1989; 60(1):157-66

moral²⁹, o presentan la orientación de Kohlberg con la teoría formal pragmática de Habermas³⁰.

Los estudios en desarrollo moral en salud también se limitan básicamente a medir el nivel de desarrollo moral y los criterios siguen siendo las perspectivas mencionadas, la de Kohlberg y Gilligan, siguiendo la misma metodología^{31, 32, 33, 34} resaltando de pronto algunos resultados como por ejemplo, que la escuela de medicina de alguna manera frena dicho desarrollo moral,³⁵ o aún, lo inhibe³⁶. Hay que destacar también la preocupación por encontrar una metodología que permita mejorar el razonamiento moral en estudiantes de medicina^{37, 38}. Como se puede observar ninguno de los estudios se interesa por tratar de ir más allá de simplemente medir el nivel de desarrollo moral y compararlo, ya sea entre las dos perspectivas tradicionales o las diferencias de género.

Un estudio más³⁹ realizado en 1998, se interesó por el criterio técnico del médico y deja de lado el aspecto moral.

4.2.2 Definiciones

- **SITUACIÓN PROBLEMÁTICA MORAL:** Situación dentro de la práctica médica, que el médico en formación identifica como dificultad moral, debido a que allí es donde se origina el dilema moral, a partir del cual tiene que tomar una decisión.
- **DILEMA MORAL:** Se refiere a dos o más proposiciones morales encontradas, que se encuentran en una situación moral a la cual el médico en formación se ve enfrentado
- **JUICIO MORAL:** Se refiere a la solución dada a la situación problemática moral, que el médico en formación toma, después de haberla evaluado a la luz de los diferentes criterios morales aplicables a ella.

²⁹ GUMP Linda S., BAKER Richard C. and ROLL Samuel. Diferencias culturales y de género en el juicio moral: un estudio de mejicoamericanos y angloamericanos. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, Thousand Oaks. Feb 2000., vol 22, pga 78-93

³⁰ The Journal of Neuroscience. La correlación neural de la sensibilidad moral: Una investigación con imágenes de resonancia magnética funcional de las emociones básicas y morales., April 2002, 22 (7):2730-2736

³¹ SELF DJ, SCHRADER DE, BALDWIN DC Jr, and WOLINSKY FD El desarrollo moral de los estudiantes de medicina: un estudio piloto de la posible influencia de la educación médica. *Medical Education*, January 1, 1993; 27 (1):26-34.

³² LOEWY EH. Médicos y pacientes: ministerio moral en un mundo plural.. *Journal Med.Humanit.Bioeth.*, March 1, 1986; 7 (1): 57-68

³³ SELF DJ, OLIVAREZ M and BALDWIN DC Jr .La cantidad necesaria de pequeños grupos de discusión de estudios de casos para mejorar las habilidades en el razonamiento moral de los estudiantes de medicina.. *Academic Medicine* 73: 521-523 (1998)

³⁴ NOKES KM. Repensando la teoría de razonamiento moral.. *Image Journal Nursing Sch.*, September 1, 1989;21(3): 172-5

³⁵ PATENAUDE Jhohane, NIYONSENGA. Thephile and FAFARD. Diane, Cambios en el Desarrollo Moral de los estudiantes durante la escuela médica: un estudio de cohorte. *JAMC.1er AVR.2003*;168 .

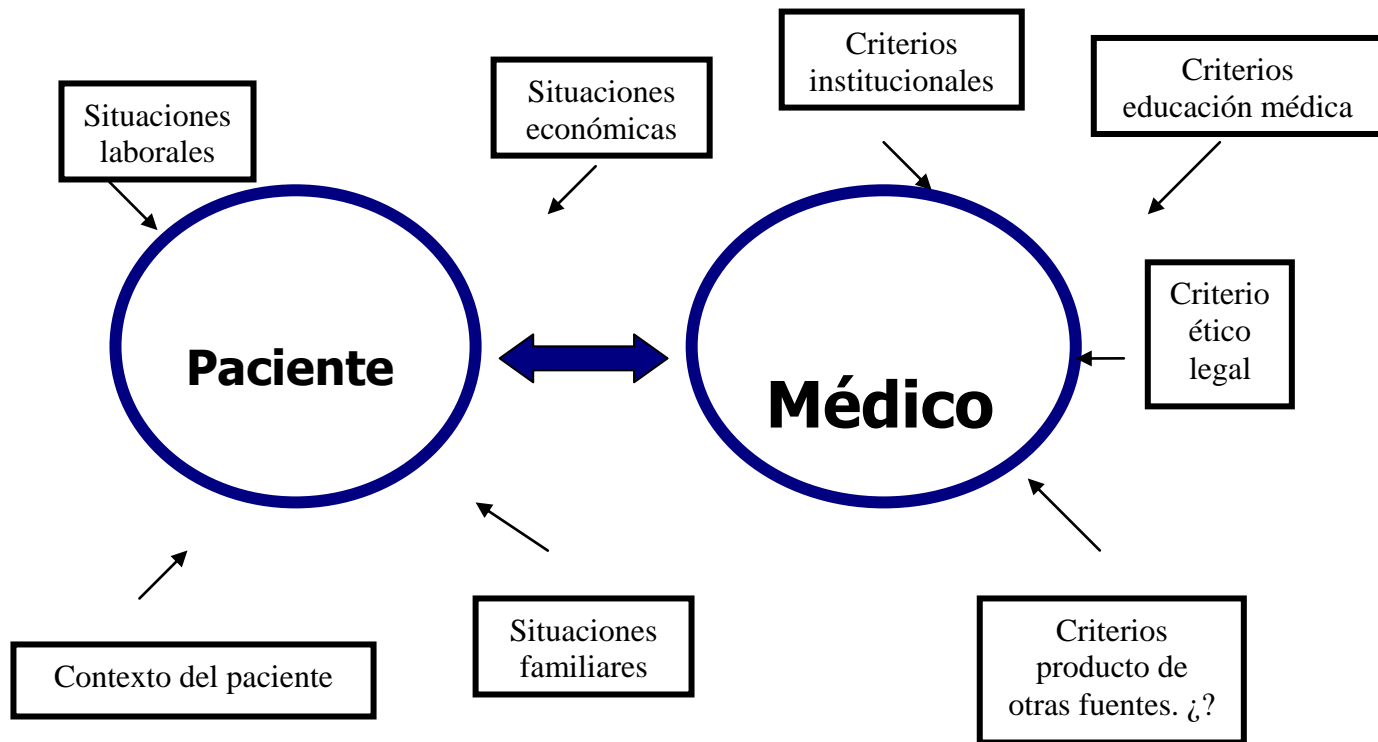
³⁶ MILLETTE BE. WEST J. Uso de la estructura de Gilligan para analizar las opciones morales de las historias de las enfermeras. *Nursing Research*, December 1, 1994; 16 (6): 660-74

³⁷ KUSHNER T, BELLIOTTI RA and BUCKNER D. Hacia una metodología para la toma de decisiones morales en medicina. *Theor. Med.*, December 1, 1991; 12(4): 281-93.

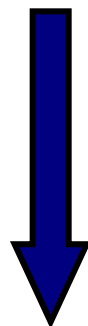
³⁸ SELF DJ, WOLINSKY FD and BALDWIN DC Jr El efecto de enseñar ética medica sobre el razonamiento moral de los estudiantes.. *Academic Medicine* 64: 755-759 (1989).

³⁹ DRESCH Shirley Criterio médico. Definición, proceso y evaluación., et al. *Archives of Arg. Pediatrics*. Vol 96:39.1998.

Figura 1 Práctica Médica Actual



PRÁCTICA MÉDICA ACTUAL



nuevos criterios

- **CRITERIOS MORALES:** Los criterios morales se entenderán en este trabajo como diferentes fuentes de sentido a partir de las cuales se toman las decisiones que pretenden lograr el mayor bien aceptado; sin embargo se pretende categorizar la manera en que algunos autores en la psicología del desarrollo moral abordaron el tema de los criterios morales.

Piaget al igual que Kohlberg se ubican desde una perspectiva cognitivo evolutiva en cuanto al desarrollo de los juicios morales, “Piaget creía que la moralidad es un asunto de justicia, y definía la moralidad como un respeto a las reglas y como la aplicación justa de las reglas a aquellas personas que las construyen, así como a aquellas personas a quienes se aplicaban las normas”⁴⁰ y ratificado por Kohlberg: “Durante un cierto número de años me he dedicado a la investigación del desarrollo moral y psicosexual, guiado no por una teoría sino por una vía etiquetada cognitivo-evolutiva desde el principio de justicia”⁴¹. El interés principal de ambos autores fue tratar de identificar las formas del desarrollo moral, más que de tratar de definir criterios morales y en tal sentido hay unos supuestos que maneja la vía cognitivo-evolutiva, resumiendo algunos:

- El desarrollo moral tiene componente cognitivo, expresado por el hecho de que los juicios morales describen las razones para una acción, y un componente estructural dado por el ordenamiento en secuencia jerárquica invariante de estadios.
- Los aspectos más importantes del desarrollo moral son culturalmente universales.
- El prescriptivismo: uno debe o debería hacer algo y no sólo la idea de que lo haría.
- Las normas y principios morales son estructuras que surgen de experiencias de interacción social, es decir, son construcciones humanas.
- La primacía de la justicia como ideal ético.

Para Kohlberg es importante el razonamiento moral y dentro de su metodología para dar cuenta de ello, utilizó **dilemas morales**, a continuación realizó una entrevista sobre dicho dilema, y luego una puntuación del aspecto para tratar de identificar el estadio moral de la persona, a través de “puntuación de la frase y puntuación de la narración”⁴². Es fundamental para el estudio del desarrollo moral la capacidad de argumentación; En esta investigación se tuvo en cuenta parte de la metodología y sobre todo, la identificación de dilemas a partir de la interacción social entre el medico en formación y el paciente (situaciones problemáticas morales) y la argumentación de por qué se tomaban las

⁴⁰ Kohlberg, Lawrence. Psicología del desarrollo moral. Biblioteca de Psicología. Desclée de Brouwer. Bilbao 1992.

⁴¹ *Ibíd.*, Pág. 49.

⁴² *Ibíd.* Pág. 198

decisiones, pero no para saber en que estadios de desarrollo moral se encontraban los médicos en formación, sino para comprender los criterios morales que subyacen su práctica médica.

Observando en la estructuración de los estadios (ver Cuadro 1) el sexto se observa como un estadio hacia donde todo individuo se debería orientar, dentro de los principios morales universales; “El sentido de justicia de una persona es lo que es más distintivo y fundamentalmente moral”⁴³. Por tanto la justicia, entendida como: “la igualdad de los derechos humanos y el respeto a la dignidad de los seres humanos como personas individuales”⁴⁴ es la categoría que nos orienta para identificar el manejo de lo moral en Kohlberg.

Es interesante anotar como algunos aspectos mencionados por Kohlberg, en sus estadios, se ven reflejados en las diferentes etapas de la práctica médica, por ejemplo, “el médico bueno” en el paternalismo duro y la justicia en la etapa democrática, entendida más puntualmente como la distribución equitativa de los beneficios y obligaciones entre los usuarios de los servicios de salud, la cual persiste como principio en la etapa actual.

En contraste con lo planteado por Kohlberg, Carol Gilligan⁴⁵ propone como orientación moral de las mujeres, el concepto de cuidado y de responsabilidad, criterios estos, para tomar decisiones o emitir juicios. Gilligan pretende que se acepte la diferencia de género en cuanto al razonamiento moral, pero además que se tengan en cuenta otros criterios para dicho razonamiento como benevolencia, bienestar de los otros, solidaridad, cuidado de si mismo, responsabilidad.

En este sentido se abre una gama mayor de posibilidades para entender los criterios morales, utilizados por los médicos en formación, debido a las características propias de dicha profesión, que tiene que ver con la vida humana y los aspectos relacionados, pues según la ley 23 de 1981 (ley de ética médica) uno de los principios plantea: “la medicina es una profesión que tiene como fin CUIDAR (mayúscula puesta por los autores), de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad, ni de orden económico – social, racial, político o religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituye su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes”.⁴⁶

Por la misma época Neil Noddings propone también una ética del cuidado pero distinguiendo al cuidado no como una tarea, sino como un deseo o inclinación natural⁴⁷, teniendo en cuenta que esta inclinación debe ser con todas las

⁴³ *Ibíd.*, Pág. 197

⁴⁴ *Ibíd.*, Pág. 189

⁴⁵ Gilligan, Carol. La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino. Fondo de cultura económica. México. 1985.

⁴⁶ http://www.encolombia.com/practica_profesional5.htm

⁴⁷ Noddings, Nel. Educating moral people. Teachers College Press. New York. 2003

personas y no selectiva. El énfasis está en la relación de cuidado y no en el concepto, partiendo de la premisa de que la necesidad de ser cuidado es universal, y en tal sentido lo que interesa son las condiciones que se dan en dicha relación o interacción, de tal manera que somos responsables en parte del desarrollo moral de cada persona con la que tengamos contacto⁴⁸.

La necesidad de cuidado y la interacción son características compartidas con la práctica médica, como lo afirma la misma autora:..."los pacientes contribuyen significativamente a la relación médico paciente"⁴⁹, relación entendida desde la necesidad de cuidado; Por otro lado su preocupación principal, fue por la educación moral. Su aporte a esta investigación también está en relación a la educación moral que va implícita en la formación del profesional médico.

Cuadro 1: Estadios Morales según Kohlberg⁵⁰

NIVEL Y ESTADIOS	LO QUE ES CORRECTO HACER	PERSPECTIVA SOCIAL DEL ESTADIOS
NIVEL I: Preconvencional. Estadios 1 : Moralidad heterónoma	Evitar: romper normas, causar daño físico a personas y propiedad. Evitar castigo y hay poder superior de autoridades	Punto de vista egocéntrico no relaciona dos puntos de vista
Estadios 2: Individualismo. Finalidad instrumental , e intercambio	Actuar para conseguir sus propios intereses y necesidades y dejar que otros lo hagan. Es correcto lo que es un intercambio	Individualista concreto. Lo correcto es relativo.
NIVELII: Convencional. Estadios 3. Conformidad interpersonal	Vivir de la manera en que la gente espera de acuerdo a su rol. Ser bueno (buenas intenciones y preocuparse por los demás)	Perspectiva del individuo en relación con otros individuos, pero todavía no considera la perspectiva del sistema generalizado.
Estadios 4: Sistema social y conciencia	Cumplir obligaciones acordadas. Contribuir a la sociedad al grupo o a la institución.	Toma el punto de vista del sistema que define las normas y los roles.
NIVEL III: Postconvencional o de principios. Estadios 5. Contrato social o utilidad y derechos individuales.	Mayoría de valores y normas son relativas al grupo. Mantener los derechos de vida y libertad, no relativos. Obligación hacia la ley. "lo mejor posible para el mayor número de gente"	Perspectiva anterior a la sociedad. Se considera el punto de vista legal y moral que a veces entran en conflicto y encuentra difícil integrarlos.
Estadios 6. Principios éticos universales.	Principios éticos autoescogidos. Cuando las leyes violan estos principios se actúa de acuerdo a los principios, que son universales de la justicia.	Perspectiva de un punto de vista moral, del cual derivan los acuerdos sociales.

⁴⁸ Ibid., Pág. 15

⁴⁹ ibid

⁵⁰ Ibid. Pág. 188 y 189

A diferencia de Kohlberg, Charles Taylor da prioridad al “bien” (forma de vida plena y deseable), sobre la justicia como criterio moral, aludiendo que dichos bienes tienen jerarquía y les reconoce fuerza objetiva (los llama bienes superiores que configuran la fuente de la moral)⁵¹. Sin embargo tiene en común con los autores discutidos anteriormente el valor que le da a la tradición o cultura moral cuando afirma que “los valores se forman en marcos socioculturales (no son intuitivos)”⁵², además cuando habla de la identidad (quiénes somos y de dónde venimos), se define en forma dialógica, con los otros significativos. Para Charles Taylor la época moderna vive un atomismo valorativo ante lo cual propone como respuesta “la ética de la autenticidad, que tiene las siguientes características: creatividad, construcción, originalidad (la fuente está en lo profundo de nosotros mismos, por tanto hay que ser fiel a uno mismo, mi propia forma de ser humano), oposición a reglas de la sociedad, apertura a horizontes de significado y autodefinición en el diálogo (exigencias en tensión continua sin privilegiar alguna)”.⁵³

Es indudable que los médicos en formación no escapan al bombardeo cultural, sobre todo en el campo de la salud, que de alguna manera pudiera afectar su práctica médica, para lo cual propone también colocar, la tecnología, al servicio de una ética de la benevolencia dirigida a las personas (identificándose en este aspecto particularmente con Gilligan y Noddings) para dar respuesta al criterio de razón instrumental (mejor relación costo-rendimiento).

En el mismo sentido Hans Jonas, plantea que es necesaria una nueva ética: “una ética orientada al futuro, que puede ser llamada con toda propiedad ética de la responsabilidad”⁵⁴, entendida esta como la obligación de proteger el futuro de nuestros descendientes pero con nuestras acciones actuales, diferenciándose así de la responsabilidad manejada por Gilligan. Su propuesta la argumenta a partir de que la técnica moderna ha puesto al hombre frente a situaciones nuevas; así mismo los médicos en formación tienen que enfrentar esas nuevas situaciones que a su vez requieren una ética nueva, pero según Jonas basada en la responsabilidad.

Por último, la perspectiva de los sentimientos morales, como criterios morales, según Peter Strawson; los cuales se reconocen en la reflexión del por qué de dicha acción y plantea que hay tres sentimientos fundamentales: **Resentimiento**: la capacidad de alguien al sentirse mal por lo que otra persona le hace; se considera entonces como resentimiento” las situaciones en las cuales una persona es ofendida o herida por la otra y en la que, en ausencia de consideraciones especiales, puede esperarse de forma natural o normal que la persona ofendida sienta resentimiento⁵⁵, **Indignación**: capacidad de sentirse mal por lo que alguien le hace a un tercero “son reacciones a las cualidades de la voluntad de los demás, no hacia nosotros mismos, sino hacia los demás”⁵⁶ y

⁵¹ TAYLOR, Charles. La ética de la autenticidad. Ediciones Paidós. Barcelona. 1994.

⁵² Ibid, pag

⁵³ Ibid. Pág. 65.

⁵⁴ JONAS, Hans. El principio de responsabilidad. Editorial Herder. Barcelona. 1995.

⁵⁵ STRAWSON Peter, Libertad y Resentimiento y otros ensayos. 1 edición, editorial Paidós, barcelona 1995 pag 44

⁵⁶ ibid, pag 53

Culpa: capacidad de sentirse mal por realizar una mala acción a otra persona. “Sentir culpa o remordimiento o sentirse responsable de algo, así como el mas complicado fenómeno de vergüenza”⁵⁷ Como se mencionó con respecto a la práctica médica, hay que tomar una decisión frente a la dolencia del paciente y en los médicos en formación en esta etapa actual no solo podrían expresarse los sentimientos de culpa por sus acciones y decisiones sino también por las del resto del equipo de salud, que es ahora el que se encarga de la prestación de los servicios de salud.

4.2.3 Referente Contextual

- Referente Curricular: La Universidad Tecnológica de Pereira es una Universidad estatal de carácter Nacional que cuenta con diferentes Facultades y programas académicos; entre ellos la Facultad de Ciencias de la Salud con el programa de Medicina, el cual cuenta con tres departamentos Clínicas, Básicas y Medicina Comunitaria, durante los diferentes semestres hay una transversalización sobre la Bioética, que le permite al estudiante identificar desde su formación, diferentes criterios entre ellos los morales por los cuales se toman decisiones en la Practica médica; esto se desarrolla principalmente en las asignaturas de medicina comunitaria.

Sin embargo desde los otros departamentos se realiza un énfasis desde lo técnico, sin dejar a un lado el aspecto moral. (Ver Anexo A plan de estudios programa de Medicina)

La investigación se desarrolló con los médicos en formación del programa de Medicina por tanto se tendrá en cuenta los aspectos más relevantes de la formación médica propuesta por el programa, a saber.

- Tiene como objetivo Formar profesionales de la Medicina con una visión integral del ser humano en sus componentes biológico, psicológico y social; con conocimientos adecuados y suficientes en las diversas áreas de formación, que le permitan adelantar acciones definidas de salud en los diferentes niveles de prestación de servicios, a fin de participar en las soluciones de salud del individuo, la familia y la comunidad, con actitud ÉTICA (mayúscula de los autores de la investigación) e investigativa

Aspecto técnico:

- Realizar atención en salud al individuo, la familia y la comunidad.
- Prestar la atención adecuada y oportuna en los niveles primarios, secundarios y terciarios y remitir a los pacientes que requieran atención en un nivel superior, siguiendo las normas de remisión.
- Participar en la rehabilitación de los pacientes.

⁵⁷ ibid pag 55

- Diligenciar y registrar en la historia clínica las actividades médicas inherentes al ejercicio de su profesión.
- Realizar actividades de medicina forense de acuerdo con las leyes y normas establecidas.
- Actualizar en forma permanente sus conocimientos.

En el campo administrativo el futuro médico estará en condiciones de:

- Administrar una unidad de salud en el nivel primario de atención.
- Diseñar, coordinar y supervisar programas de salud orientados a la persona, la familia, la comunidad y el ambiente.
- Dirigir, programar, supervisar y evaluar las actividades del personal a su cargo.
- Utilizar la informática en salud como instrumento de trabajo profesional.⁵⁸

En los dos últimos semestres de la carrera profesional los médicos en formación realizan el internado, donde tienen la oportunidad de confrontar los diferentes referentes teórico-prácticos que han visto durante su carrera profesional, bajo la supervisión de un docente o tutor. Se presenta a continuación el programa de internado donde se indica la metodología y la reglamentación del mismo:

Programa de Internado Facultad Ciencias de La Salud

Se presentará la reglamentación de internado, debido a que esta experiencia facilitará la resolución de los diferentes problemas que tendrán que ver con su quehacer cotidiano futuro en el cual se tendrán que tomar decisiones permanentemente.

- Duración:

El año de internado se realiza en forma continua sin interrupciones durante las 52 semanas del año.

En el transcurso de este año tiene dos (2) semanas de descanso programadas y asignadas por la Coordinación de Internado, siendo diferentes para cada estudiante con el fin de no alterar el servicio asistencial en los hospitales.

- Justificación y Objetivos

El internado es una actividad que realiza el estudiante en los dos últimos semestres de la formación profesional, esta fase representa el momento académico en el cual el estudiante confronta, bajo la orientación y supervisión de los profesores de internado, los elementos teóricos con las situaciones asistenciales y en el desarrollará las habilidades, y destrezas para lograr una articulación de los conocimientos biológicos, sociales y de salud mental.

⁵⁸ Vesalius.utp.edu.co

El año de internado orienta a la formación de un carácter integral e interdisciplinario, además de que le permite estar en contacto directo con la realidad del campo en salud, la enfermedad y los contrastes socio-económicos de los pacientes. El programa de internado se realizará por rotaciones por las principales áreas del conocimiento médico como son: Medicina Interna-Neuro-Psiquiatría, Materno Infantil, Quirúrgicas; una rotación para mayor contacto con la comunidad y sus problemas como es ruralito. Además debe ofrecer una rotación opcional para que en ella el estudiante refuerce algunos conocimientos de su interés o aquellos con deficiencia con miras a una futura especialización, o que el estudiante al egresar tenga

Objetivos Generales:

- Aplicar “técnica” y científicamente los conocimientos adquiridos a través de su carrera médica, con proyección a la comunidad en los aspectos preventivos, curativos, docentes, administrativos, investigativos y de rehabilitación.
- Desarrollar habilidades y destrezas en la realización de los procedimientos de la actividad profesional enmarcados en el contexto de responsabilidad y ética médica.

Específicos:

- Consolidar en cada rotación los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridas durante el período de estudio
- Enfrentar al interno a un sistema de responsabilidades progresivas frente a su propia actuación, al paciente y a la comunidad orientado a la búsqueda del conocimiento integral.
- Resolver y contribuir a la solución integral e interdisciplinariamente de problemas de salud individuales y colectivas desde el punto de vista preventivo, curativo, investigativo y de rehabilitación.
- Fomentar, desarrollar y participar en el trabajo interdisciplinario a nivel de grupos de trabajo, la comunidad y el cuerpo docente.
- Aplicar los procedimientos de la administración, docencia e investigación para dar soluciones a los problemas de la comunidad.

Características del Internado

El año de internado en la Facultad de Medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira es un internado rotatorio.

El año de internado se debe realizar en 52 semanas (12 meses) continuas de adiestramiento con dedicación exclusiva.

Durante este tiempo, los internos están asignados a los diferentes servicios de las instituciones de salud en donde la facultad de medicina tenga convenios establecidos. Todas las actividades deben ser asesoradas y supervisadas por el personal docente y asistente involucrados en los convenios docente-asistenciales de la Universidad Tecnológica de Pereira y los Hospitales respectivos.

Cada servicio del Hospital por donde roten los internos debe tener un Coordinador o responsable del programa.

Las rotaciones que debe realizar el estudiante de internado, definidas por el plan de estudios de la facultad de medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira, y con una duración cada una de 90 días son:

Internado	
Código	Asignatura
30C013	<u>Clínicas Medicas del Adulto</u>
30C113	<u>Clínicas Quirúrgicas del Adulto</u>
30C213	<u>Materno Infantil</u>
30C37	<u>Ruralito</u>
30C44	Electiva I
30CA12	Electiva II
Electiva I	
Código	Asignatura
30C44	<u>Biología Molecular</u>
30C54	<u>Proyectos</u>
30C64	<u>Salud Mental</u>
30C74	<u>Traumatología</u>
30C84	<u>Urgencias Médicas</u>
30C94	Salud Ocupacional
Electiva II (Internado Especial, no es necesario cursar ruralito y electiva I)	
Código	Asignatura
30CA13	<u>Biología Molecular</u>
30CB13	<u>Proyectos</u>
30CC13	<u>Salud Mental</u>
30CD13	<u>Traumatología</u>
30CE13	<u>Urgencias Médicas</u>
30CG13	Salud Ocupacional

El programa incluye como método una verificación del proceso de aprendizaje, el cual se lleva a cabo en la elaboración de la historia clínica, el diagnóstico, el tratamiento y se debe realizar por parte de los docentes una revisión en la ronda de la historia clínica, las órdenes medicas, facturación y epicrisis. Discusión de los casos clínicos, revisión de tema, club de revistas. El estudiante debe participar en las rondas, consultas, cirugías, elaboración de los registros médicos pertinentes a su nivel de acción y debe participar activamente en todas las actividades académicas y asistenciales de cada área, departamento o servicio.

4.2.4 Aspecto Legal

Como ya se había mencionado la práctica médica actual se caracteriza por el intento de armonizar la **autonomía** de los pacientes y las **necesidades** de las **políticas públicas** de salud, las cuales se encuentran enmarcadas dentro de la ley de ética médica y la ley 100 de 1993.

Por dicha razón se presenta a continuación algunas reflexiones sobre la ley de Ética médica (ver anexo 2), donde se puede destacar algunos aspectos relacionados con la presente investigación, es así como se plantea que el medico orienta su práctica, hacia el servicio a la humanidad, el cuidado de la salud de las personas, impedir interferencia en su práctica médica (autonomía), respeto a la vida, seguir los más elevados preceptos de la moral universal y mantener esa función social inherente a la profesión.”⁵⁹

Recientemente La Ley 100 de 1993, denominada el nuevo Régimen de Seguridad Social Integral, transformó el sistema de seguridad social de Colombia, basándose en los principios constitucionales de “universalidad, solidaridad y eficiencia”⁶⁰, tratando de ampliar la cobertura, dando un carácter más económico a la prestación de los servicios de salud, manejando términos como de clientes en vez de pacientes.⁶¹ Aparecen las EPS (Entidades Promotoras de Salud) con autonomía administrativa y patrimonio independiente.⁶², de esta manera interviniendo en la práctica médica como administradores intermediarios de la salud.

Estos tópicos sobre la práctica médica, lo moral, dilemas, juicios y criterios morales y el componente curricular y legal, influyen permanentemente la práctica médica de los médicos en formación de la Universidad Tecnológica de Pereira pues de alguna forma su función social hace que los médicos respondan a una serie de intereses que van desde lo conceptual y actitudinal hasta lo legal.

⁵⁹ Colombia, Ministerio de Salud, Ley 23 de 1981

⁶⁰ Colombia, Ministerio de salud, ley 100 de 1993

⁶¹ *ibid.*

⁶² *ibid.*, artículo 153, punto 5)

5. METODOLOGÍA

5.1 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS:

5.1.1 Situaciones morales problemáticas en la práctica de médicos en formación

5.1.2 Dilemas morales en la práctica de médicos en formación

5.1.3 Juicios morales en la práctica de médicos en formación

5.1.4 Criterios morales en la práctica de médicos en formación

5.2 UNIDAD DE ANÁLISIS Y UNIDAD DE TRABAJO

5.2.1 Unidad de Análisis: Situaciones de problemática moral y juicios morales en la práctica médica de internado. Se proponen estas situaciones en las que actores ubicados en diferentes posiciones se encuentran para tratar de definir el significado de su encuentro

5.2.2 Unidad de Trabajo: Relatos sobre las Situaciones de problemática moral y juicios morales en la práctica médica de internado los médicos en formación de la UTP.

5.3 DISEÑO

5.3.1 Tipo de Investigación: Cualitativa

Enfoque: Histórico Hermenéutico, etnometodológico: porque lo que se pretendió fue comprender los criterios morales que subyacen la práctica médica a partir de interpretaciones que los investigadores hacen de testimonios orales de los protagonistas, en situaciones simuladas de interacción.

Así como lo plantea. Holstein y Gubrium, (1994, 2000). “ La *etnometodología* no se centra tanto en el **qué** de las realidades humanas cotidianas (qué se hace o deja de hacerse), sino en el **cómo**, es decir, en la *modalidad* de su ejecución, desenvolvimiento y realización, que puede ser en gran parte un proceso que se desarrolla bajo el umbral de la conciencia, una estructura subyacente que determina la realidad social.”⁶³

Es así como la etnometodología plantea que en las ciencias sociales todo es **interpretación** y que “nada habla por sí mismo”; que todo investigador cualitativo se enfrenta a un montón de impresiones, documentos y notas de campo que lo desafían a buscarle el sentido o los sentidos que puedan tener. Este “buscarle el sentido” constituye un auténtico “*arte de interpretación*”.⁶⁴

⁶³ citado en <http://prof.usb.ve/miguelm/laetnometodologia.html>

⁶⁴ <http://prof.usb.ve/miguelm/laetnometodologia.html>

5.4 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN (técnicas e instrumentos de Recolección de Información)

La recolección de la información se realizó siguiendo una serie de pasos que iniciaron con la observación de los estudiantes de medicina en diferentes rotaciones, luego se seleccionaron los informantes claves teniendo en cuenta las personas que se identificaban como representativos debido a que se tuvo en cuenta un muestreo de casos homogéneos pues este “busca describir algún subgrupo en profundidad. Es la estrategia empleada para la conformación de grupos focales. El punto de referencia más común para elegir los participantes de un grupo focal es que estos posean algún tipo de experiencia común en relación con el núcleo temático al que apunta la investigación”⁶⁵, lo cual se informó en la Facultad a través del decano Dr. Álvaro Estrada, para luego recoger información, inicialmente en una prueba piloto con estudiantes de internado de otras Universidades, donde se observaron fortalezas y debilidades de las técnicas que se iban a utilizar (el socio drama y la entrevista semi estructurada) (ver cuadro 3, resumen de la información prueba piloto), y finalmente se seleccionó los informantes pertenecientes a la Facultad para aplicarle las técnicas.

Cuadro 2 Técnicas e Instrumentos

Información requerida	Técnica	Instrumento de registro	Informante
Situaciones Morales problemáticas en la práctica medica	Observación	Observación dirigida (sociodrama)	Médicos y médicas en formación
Situaciones Morales problemáticas en la práctica medica	Entrevista	Guía de entrevista semiestructurada	Médicos y médicas en formación

La prueba piloto arrojó información sobre algunos criterios que utilizan los médicos en formación, en su práctica médica, lo que confirmó la necesidad de ¿comprender cuáles son los principales criterios morales que subyacen la práctica médica?

⁶⁵ http://www.icfes.gov.co/cont4/fomento/pub/libros/ser_inv_soc/modulo4.pdf pag 123

Cuadro 3. Resumen de la información Prueba Piloto

SITUACIÓN MORAL PROBLEMÁTICA	QUÉ ES LO PROBLEMÁTICO O (PROBLEMÁTICA MORAL)	FORMAS DE RESOLUCIÓN (ACCIÓN DERIVADA DE UN JUICIO MORAL)	CRITERIOS UTILIZADOS
Atención a un paciente herido	Atención adecuada vs falta de insumos	Usa sutura que no es la ideal (lo que hay)	Cuidado y Técnico (hace la sutura)
Atención a un paciente herido	Atención adecuada vs lo que dice la ley	Cierre provisional y remisión al especialista	Seguir la regla. Supervivencia del MD.
Atención a un paciente herido	Atención adecuada vs normatividad	Atención. Explicación y alternativas	Cuidado. Responsabilidad
Necesidad de hospitalización	Decisión profesional vs drama social	Explicación y liberación responsabilidad	Sigue reglas. Supervivencia del MD
Atención oportuna	Atención a tiempo vs dilación por la norma	Solución provisional y remisión al especialista	Técnico y Cuidado

5.4.1 Sociodramas :

Se recolectó la información inicial a través de sociodramas debido a que lo que se pretendía era representar las interpretaciones de lo más significativo, en términos morales, de las situaciones ocurridas en su práctica de internado.

Debido a que el sociodrama consiste en la escenificación, de situaciones de una persona o grupo, a través de la cual se pretende dar un mensaje, valorar dicha situación, o provocar en el auditorio ciertas reacciones espontáneas que se tomarán como representativas de su pensamiento.

A través de la presentación de sociodramas, el investigador puede evaluar entre otros: La comprensión de la actitud de la situación y el juicio que las personas hacen sobre algún problema social.

Lo primero que se hizo fue dividir el grupo en 2 subgrupos: en uno estaban los hombres y en el otro las mujeres, luego se les dio la instrucción para que identificaran casos reales de su práctica médica, donde tuvieran que tomar una decisión que ellos consideraban moral; se les dio un tiempo prudente para que escogieran un caso y prepararan un socio drama (Ver anexo B), para representarlo; inicialmente las médicas en formación le hicieron la presentación a los hombres y a los investigadores, luego hicieron la presentación los médicos en formación, y luego se realizó una discusión entre todos donde se

les preguntaba porque habían considerado el caso presentado como un problema moral y si consideraban que el caso del otro equipo si era un problema moral y por que?.

5.4.2 Entrevista Semiestructurada

Se seleccionó la entrevista semiestructurada debido a que “intenta entender el comportamiento complejo de miembros de la sociedad sin imponer categorizaciones a priori que puedan limitar el campo de búsqueda...hay unas condiciones establecidas, hay unos informantes identificados”...⁶⁶

Se realizó la entrevista semi-estructurada (ver anexo C) con los mismos participantes del socio drama, ya que esto permitía profundizar en las situaciones y soluciones más adecuadas para ellos, y de esta forma poder interpretar los dilemas y criterios emergentes.

Esta se presentó a partir de preguntas (ver anexo D) y diálogo abierto donde se identificaban diferentes momentos que ellos consideraban como problemas morales para tomar una decisión médica, se les preguntaba a todos la forma o formas como podían abordar la problemática y al final como lo solucionaban.

Inicialmente los socio dramas y las entrevistas se grabaron y luego se efectuaron transcripciones de las mismas; a partir de esta información se identificaron cuales eran las situaciones morales que los estudiantes planteaban como problema moral en la práctica médica, luego se registraron las diferentes formas de solución (juicios) de los problemas morales, haciendo una descripción ceñida a la información que ellos suministraron. Después se interpretaron los dilemas en los contextos que afectaban las situaciones anteriores y fueron surgiendo los criterios morales que subyacen la práctica médica, de los médicos en formación, teniendo la oportunidad de comparar diferentes teorías existentes sobre el tema en la búsqueda de generar nuevo conocimiento.

La triangulación de la investigación se realizó a diferentes niveles: diferentes fuentes para la recolección de la información; la comparación con los teóricos para interpretar los datos; la intervención de tres investigadores en el proceso; la socialización de resultados con los Informantes Claves, docentes del programa de Medicina, especialistas y estudiantes de 6º y 7º semestre de la Facultad.

⁶⁶ Denzin N. y Y Lincoln Y., Handbook Of Qualitative Research, London, Editorial Sage Publications, Second Edition 2002 pag 653

6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de la información se empleó el método de J. Morse (1994) citado por Mella (1998) donde propone los siguientes pasos: **análisis descriptivo**: Corresponde esta fase al trabajo de campo, propiamente dicho, en el cual se pretende mostrar la información que permita dar inicio a ese proceso relacional, en el cual se realizan las primeras interacciones que permiten gestar las significaciones iniciales de los datos que se han obtenido, **análisis Interpretativo**: es la construcción de la teoría a partir de la comprensión y síntesis de los datos, que se inicia con ese análisis categorial, pero que en la medida en que se miran a la luz de la información obtenida, aparecen otras subcategorías, que tendrán la finalidad de darle un mayor horizonte a esa fase de construcción de un modelo teórico propio, que permita significar de manera armoniosa el objeto de estudio en cuestión, y por último, **la construcción de sentido**: la cual hace alusión al modelo teórico que emerge en esa relación dialógica entre datos, categorías, subcategorías y aquellos conceptos teóricos iniciales, que permiten una primera fase de aproximación y delimitación del objeto de estudio ,que corresponde al proceso de triangulación de la información, el cual permite establecer, de manera coherente, ese diálogo entre investigador, actores y autores.

6.1 SITUACIONES MORALES PROBLEMÁTICAS Y JUICIOS MORALES EN LA PRÁCTICA MÉDICA DE INTERNADO (análisis descriptivo)

A continuación se presentará el análisis descriptivo, de los datos suministrados por los informantes claves, en forma narrativa, retomando citas textuales del sociodrama y las entrevistas, de tal forma que se observen las categorías y la relación entre ellas.

Esta información se registró teniendo en cuenta los objetivos específicos de la investigación.

El programa de Medicina tiene como objetivo principal “Formar profesionales de la Medicina con una visión integral del ser humano en sus componentes biológico, psicológico y social; con conocimientos adecuados y suficientes en las diversas áreas de formación, que le permitan adelantar acciones definidas de salud en los diferentes niveles de prestación de servicios, a fin de participar en las soluciones de salud del individuo, la familia y la comunidad, con actitud ÉTICA”⁶⁷ (mayúscula puesta por los autores de la investigación)

Cuando se habla de una formación integral se reconoce que el criterio que debe primar, para lograr un buen desarrollo como profesional, no es solamente el técnico, pues hay muchos profesionales de la salud, que aún sabiendo como

⁶⁷ www.Vesalius.utp.edu.co

son los procedimientos, no logran obtener los resultados esperados, es allí donde empieza a jugar un papel importante la relación médico paciente y el criterio moral con el que toma las decisiones buscando mejorar la calidad de vida de los individuos y de la sociedad.

Sin embargo las decisiones desde el punto de vista moral cada vez se ven mas enfrentadas a dilemas, los cuales se deben resolver, teniendo claro el juicio con el que toma estas decisiones, de esta manera se presentan factores que se exteriorizan a la hora de elegir lo correcto, o lo incorrecto, pues hay leyes Nacionales e Internacionales, normas Institucionales, formación académica, valores y principios individuales, que brindan la posibilidad de analizar reflexivamente para tomar la que mas favorezca a quien consulta, todo basado en principios de Benevolencia, no maleficencia, justicia y libertad, ya que estos son los principios rectores del accionar médico.

Es así como ciertas situaciones concretas como: El no poder atender al paciente integralmente como lo tenían aprendido en la Universidad, atender a muchas normas al mismo tiempo para cumplir con requisitos institucionales, pacientes con cobertura que no corresponde, no están vinculados a ningún Sistema de Salud o lo esta al SISBEN, etc; plantean dilemas morales que se pueden resolver de diferentes formas, y para esta decisión juega un papel importante el criterio moral lo que le permite al médico en formación dar una interpretación y adecuación a través del razonamiento moral, lo cual, seguramente se verán reflejadas cuando adquieran su titulo profesional.

Se presentarán algunas argumentaciones donde los médicos en formación plantean las diferentes situaciones que implican problemáticas morales

No poder atender al paciente integralmente como lo tenían aprendido en la Universidad

Manifiestan como principal dificultad el no poder atender al paciente integralmente como lo tenían aprendido en la Universidad, y esto lo manifiestan, pues aunque tienen la formación adecuada desde las diferentes áreas de la carrera, cuando llegan a la atención se ven enfrentados a intereses de personas externas, sistema o instituciones, lo que implica unos procedimientos ya estandarizados, que en ocasiones no le permiten tomar decisiones autónomas, así lo narran ellos mismos:

“El problema moral está en que uno a pesar de que tenga el conocimiento, no poder hacer lo que sabe que tiene que hacer”,⁶⁸

Los médicos en formación se preocupan por tener que atender muchas normas al mismo tiempo para cumplir con requisitos institucionales, lo que de alguna forma reduce el tiempo para hacer una auscultación adecuada, *“Uno está sujeto no solamente, a los criterios de conocimientos que uno tenga o a las*

⁶⁸ Mujer 1 entrevista pag 6

*cosas que haya aprendido, a como sabe hacer las cosas, sino que tiene que remitirse a un mundo de terceros*⁶⁹

Otra dificultad a la que se ven enfrentados es el hecho de no poder atender a un paciente con más de un motivo de consulta, pues normalmente el tiempo no es el suficiente, o no hay autorización desde la EPS, para mandar varios exámenes, si así lo requiere el médico interno

“-pues no doctor, es que me está doliendo mucho la garganta (...) no, pues también tengo un dolor en la espalda” ...⁷⁰

“a no, no, no, pero primero le miramos el dolor en la garganta y lo otro lo dejamos para otra consulta ¿entiende?, entonces lo del dolor en la garganta; ¿desde hace cuanto?”⁷¹

“después llega y el conflicto que tiene uno como médico es, bueno, ya llegó este señor y no se me puede quejar mucho; tengo sino 15 minutos y en quince minutos entonces solucionarle lo más rapidito que tenga, porque si empieza a preguntar le más, ya no voy a alcanzar...”⁷²

Además de esto encuentran que hay pacientes con patologías que desde la información adquirida en la carrera, podrían atender, pero no es posible hacerlo ya que primero debe pagar copago y el paciente no tiene los recursos suficientes para hacerlo.

-“tiene que pagar copago (...) para poderle drenar el absceso”⁷³

“-pero no doctor...yo no estoy trabajando...no me están pagando...yo no tengo plata”⁷⁴

También perciben dificultades en la prestación del servicio de salud cuando encuentran un paciente con un tipo de cobertura que no corresponde, en muchas ocasiones por desconocimiento sobre la reglamentación en salud y eso hace que los empleadores se aprovechen de esto, para no tener que cumplir con la obligación de tener asegurados a sus empleados “y allá ¿dónde le pagan no le dan no le pagan la salud o que?”⁷⁵

“no pues allá me dijeron que como yo tenía SISBEN, eso era el Seguro”⁷⁶;

Los médicos en formación se ven sensibilizados por la problemática social donde muchas personas no están vinculados a ningún Sistema de Salud o lo está al SISBEN, identificando que este es un servicio que realmente se convierte en un Seudo-Satisfactor, pues cuenta con muchas limitantes en la atención

⁶⁹ Hombre 1 entrevista pag 8

⁷⁰ Hombre 2 sociodrama pag 2

⁷¹ Hombre 1 sociodrama pag 2

⁷² Mujer 1 entrevista pag 5

⁷³ Hombre 1 sociodrama pag 2

⁷⁴ Hombre 2 sociodrama pag 2

⁷⁵ Hombre 1 sociodrama pag 2

⁷⁶ hombre 2 sociodrama pag 2

“¿tiene la ficha del SISBEN?... ¡no tampoco! es que yo soy desplazada, yo no soy de por acá y yo estoy viviendo por allí en la segunda ,donde una señora que me dio posada, soy sola con tres niños”⁷⁷

-es que hay un problema ¡o sea! yo le voy a examinar el niño para que el bebé no vaya a estar muy grave y usted se lo lleve otra vez para su casa”⁷⁸

“el paciente no tiene ningún sistema de seguridad social, porque hace parte pues del sistema vinculado, que realmente es un desvinculado del sistema”⁷⁹

También se preocupa por las personas incluidas en el sistema pues en muchas ocasiones el medico conoce cual es el tratamiento medicamentoso mas adecuado sin embargo el medicamento no está incluido en el POS

“Lo que usted necesita no está en el POS; “!No!, le toca comprar los medicamentos porque eso no se lo cubre”⁸⁰

“Esta fórmula es muy buena pero ¡yo no tengo la plata para comprar ese medicamento tan caro”⁸¹

“Bueno ahí ese otro problema tanto para el paciente como para uno como medico que sabe que a pesar de que dentro de su conocimiento esta tal cosa que le sirve, pues uno no se lo puede mandar”⁸²,

“Además hay que tener en cuenta que muchos de esos medicamentos incluidos en el POS no están disponibles en la institución”⁸³

“No pero es que el antibiótico no está queda pendiente puede venir..., ir averiguando por teléfono, el viernes y el viernes usted llama y a no, no ha llegado, la próxima semana el viernes y así sucesivamente”⁸⁴

Como ya se había mencionado el médico interno quiere hacer una atención integral al paciente, sin embargo se encuentra con una situación que es atender al paciente con tiempo restringido lo que no le permite cumplir con su interés

“Después llega y el conflicto que tiene uno como médico es, bueno, ya llegó este señor y no se me puede quejar mucho; tengo sino 15 minutos y en quince minutos entonces solucionarle lo más rapidito que tenga, porque si empieza a preguntarle más, ya no voy a alcanzar”⁸⁵

Plantean que aunque en realidad quieren hacer las cosas mejor la norma institucional no lo permite.

“Aunque usted quisiera hacer un manejo más integral del paciente, el tiempo no le alcanza; y además usted tiene toda la consulta de ahí para adelante que se le va a represar entonces no va a alcanzar a atender todos sus pacientes”⁸⁶

⁷⁷ Mujer 2 sociodrama pag 3

⁷⁸ Mujer 2 sociodrama pag 3

⁷⁹ Hombre 2 entrevista pag 7

⁸⁰ Hombre1 sociodrama pag 2

⁸¹ Mujer 1 entrevista pag 5

⁸² Mujer 1 entrevista pag 5

⁸³ hombre entrevista pag

⁸⁴ mujer1 entrevista pag 6

⁸⁵ Mujer1 entrevista pag 5

⁸⁶ Mujer 1 entrevista pag

Hay algo que también agobia a los médicos en formación y es ver la injusticia frente a la pronta atención de los niños pues en ocasiones por no tener un sistema de seguridad no los atienden

“Es que es muy cruel, por lo menos lo de los bebés o de los niños, se supone que en cualquier parte lo debieran atender”⁸⁷

“Estando en la unidad de pediatría, devolví a mucha gente siendo desplazado y le dije que tenía que ir a un primer nivel, viendo la mamá con el niño llorando o sea este caso y ¡uno tener que negarle¡ esa atención que se supone todos debemos tener”⁸⁸

Pero además se preocupa por la situación social del paciente y hace todo lo posible por buscar la forma más adecuada para que reciba la atención,

“Médico en formación: se le ve como un absceso, pero entonces... tiene que pagar copago por el absceso...para poderle drenar el absceso.

Paciente:-pero no doctor, yo no estoy trabajando, no me están pagando, yo no tengo plata.

Medico en formación: bueno listo ¡ entonces vea hermano, yo le podría mandar a usted una... usted necesita tomarse unas capsulitas , pero pues como usted no tiene, entonces hay que drenar”⁸⁹

“Médico en formación. ¿Tiene la ficha del SISBEN?...

-Paciente: -¡no, tampoco! es que yo soy desplazada;

-Médico en formación si yo la atiendo aquí, la señorita de la caja le va a cobrar 23.000 pesos”⁹⁰

Algo que fue muy evidente en la recolección de la información fue la gran presión que el médico en formación siente por parte de terceros, como los administradores, los supervisores, los jueces, los familiares del paciente, el mismo paciente y otros, lo cual hace que su práctica médica se vea subyugada a decisiones de los demás

“Uno está sujeto no solamente a los a los criterios de conocimientos que uno tenga o a las cosas que haya aprendido a como sabe hacer las cosas, sino que tiene que remitirse a un mundo de tercero, como los administrativos, los judiciales, tener uno la presión de ¿qué le mando?, porque le mando?, si lo mando de pronto me lo glosan?, si lo remito me lo van a contraremitir?, si no le mando me va a demandar¡, está uno con tantas presiones, que uno no sabe como debe actuar hacia donde debe mirar, como, eso me parece que es uno de los conflictos más grandes que hay en una consulta”⁹¹

“Es la presión administrativa, la presión del mismo paciente y sus familiares o el entorno, es la misma presión política que hay alrededor de todo, porque, uno llega a la consulta y para las EPS donde uno esté trabajando, o para la E.S.E

⁸⁷ Mujer 2 entrevista pag 12

⁸⁸ Hombre 1 entrevista pag 12

⁸⁹ Hombres 1 y 2 sociodrama pag 2

⁹⁰ Mujeres 1 y 2 sociodrama pag 3

⁹¹ Hombre 1 entrevista pag 8

donde uno esté trabajando, entonces para ellos uno tiene que atender, uno debe hacer todo, todo, tiene que cubrir todo tiene que llegar a hacer la atención de la patología tiene que hacer el RIP en el momento, pero ellos no le dan a uno el espacio o el momento, las garantías para que uno pueda hacer”⁹²

Los médicos sienten que en muchas ocasiones las funciones que se les asigna responden más a intereses económicos y de cobertura, que realmente de beneficio para el paciente, sin muchas garantías logísticas para poder cumplir este papel,

“Porque, uno llega a la consulta y para las EPS donde uno esté trabajando o para la E.S.E donde uno esté trabajando, entonces para ellos uno tiene que atender, uno debe hacer todo, todo, tiene que cubrir todo tiene que llegar a hacer la atención de la patología tiene que hacer el RIP en el momento, pero ellos no le dan a uno el espacio o el momento, las garantías para que uno pueda hacer, ellos todo lo ven en el sentido financiero”⁹³

A partir de la ley 23 ellos también sienten cierta presión por la posibilidad de ser demandados.

“Tiene que ir a que le organicen eso.....además es que... si yo le hago eso a mi me glosan la cuenta y también es que lo que usted necesita no está en el POS y no ,no, no , yo tengo mucha gente encima pues presionando y después me cobran a mi la cuenta y no, no ,no , yo no me voy a poner a pagar esto, entonces...pero, ahora no me vaya a demandar pues, por no hacer eso, pero toca, usted tiene que pagar las cuentas”⁹⁴

Y por último se mostraron muy conflictivos entre ellos mismos aceptando que hay otra situación, que ellos como médicos en formación, en muchas ocasiones no saben manejar, como lo es el hecho de conocer o no conocer al paciente pues normalmente se ven exhortados a realizar un mejor manejo en la atención con personas conocidas, pues sienten un compromiso mayor y de alguna forma temor a ser juzgados por ellos.

Investigador: ustedes como lo atenderían si fuera un amigo?

“No ,uno uno, si obviamente lo hace mejor que, yo no sé si eso sea más ético o no, pues le gasta más tiempo, si tiene la muestrita médica se la saca, pues yo no sé hasta donde eso será lo ideal, pero es que es muy difícil no atender mejor a una persona que uno conozca.”⁹⁵

JUICIOS MORALES

Las soluciones que plantearon los médicos en formación se consideraron juicios de valor, pues a partir de lo que reflexionaban tomaban sus decisiones, ellas fueron:

⁹² Hombre 1 entrevista pags 8

⁹³ Hombre 1 entrevista pag 8 y 9

⁹⁴ Hombre 1 sociodrama pag 2

⁹⁵ Hombre 1 entrevista pag 10

Se presentó como posible solución hacerle una atención adecuada al paciente, “Pues a ver a pesar de las limitaciones y todo, uno debería o sea, que, que el paciente no se sienta como solo, es que además de la garganta me duele esto, entonces usted también le pone atención a eso, o sea, a mi me parece terrible tenerle que decir: no, vea entonces pida consulta para otra vez, para un problema que tiene ahora entonces sería como más, o sea, a pesar de la limitación de tiempo y todo, tratar de solucionarle lo otro”⁹⁶

Hay algunas soluciones que los médicos en formación manifiestan debe ser mas administrativa, por ejemplo atención integral al paciente teniendo en cuenta cambios en las políticas institucionales.

“Entonces siempre va a ver algo que se le pueda adicionar a esa atención para que sea mejor, porque la finalidad de la atención es que cada vez sea mejor y sea más integral”⁹⁷

“Pues yo si le gustaría un poquito más de los quince minutos y seguro que va a ver un paciente que no se me va a gastar los quince”.⁹⁸

Sin embargo se observa en ellos gran presión por la regla pues permanentemente manifiestan las posibilidades de solución de acuerdo a la norma institucional, pues una de las que presentaron fue atender un solo motivo de consulta y el otro lo deja para otra consulta, pues según ellos el tiempo no les alcanzaba para nada más

“A no, no, no, pero primero le miramos el dolor en la garganta y lo otro lo dejamos para otra consulta”⁹⁹

“paciente: es que le digo que me está doliendo también mucho la espalda

Médico en formación: -ah si vea pero puede pedir... en la próxima consulta, atendemos eso, listo”¹⁰⁰

O atender el motivo de consulta que se pueda atender en el tiempo estipulado

*“Después llega y el conflicto que tiene uno como médico es, bueno, ya llegó este señor y no se me puede quejar mucho; tengo sino 15 minutos y en quince minutos entonces solucionarle lo más rapidito que tenga, porque si empieza a preguntar le más, ya no voy a alcanzar”*¹⁰¹

Plantean como solución atender al paciente solo si paga el copago, pues inclusive manifestaban que si tomaban una decisión diferente les podían glosar la cuenta y ellos no estaban de acuerdo con ello.

*“Se le ve como un absceso, pero entonces, tiene que pagar copago por el absceso, para poderle drenar el absceso”*¹⁰²

⁹⁶ Mujer1 entrevista pag 6

⁹⁷ Hombre 2 entrevista pag 9

⁹⁸ Hombre 1 entrevista pag 7

⁹⁹ Hombre 1 sociodrama pag 2

¹⁰⁰ Hombre 1 sociodrama pag 2

¹⁰¹ Mujer 1 entrevista pag 5

¹⁰² Hombre 1 sociodrama pag 2

Otra posible solución es remitir al especialista o al médico de urgencias para que haya una atención sin tantas restricciones, aunque manifiestan que hay casos que ellos podrían manejar es mejor remitirlo, de alguna forma para librar responsabilidades o buscando un beneficio para el paciente.

“Primero, yo lo remitiría al otorrino, o sea, no, no, no le haría drenaje del absceso yo misma, sino que lo remitiría al otorrino”¹⁰³

“Yo lo pasaría al médico que esté de urgencias, para que le haga el procedimiento pero con más tiempo”¹⁰⁴

Cuando se ve enfrentado al medicamento que no esta en el POS o no esta en la institución las posibles soluciones serían manda fórmula incompleta.

“Usted tiene que tomarse cuatro pastas, pero en la fórmula nada más le puedo colocar tres...tómese estas tres.....tómese estas tres, y ahí están las que le cubre pues el formulario”¹⁰⁵

Haciendo una atención parcial dando medicamento y recomendaciones para que compre otros medicamentos que necesita.

“Bueno aquí le voy a dar unas cucharaditas de acetaminofen, pero entonces usted si tiene que comprar los medicamentos, porque si no ya para esta dosis cuando se le acabe el efecto, va a volver a tener fiebre...”¹⁰⁶

Además plantean como una posibilidad dar soluciones caseras previendo que no pueda hacer el tratamiento completo.

“Lo baña para que se le baje la temperatura, ya porque, por lo demás, y le echa unas goticas de solución salina en la nariz para que se le destape”¹⁰⁷

Si los pacientes no tienen dinero para comprar el medicamento, ellos consideran que la secretaria de salud o el gobierno deberían hacerse cargo de esas personas.

“Pues de alguna parte, alguien se tiene que hacer responsable de ellos”¹⁰⁸

Cuando el paciente no está afiliado o tiene una cobertura que no es la más adecuada se plantea como solución la atención parcial.

“O sea yo le voy a examinar el niño para que el bebé no vaya a estar muy grave”¹⁰⁹

Además se preocupa por dar la indicación de lo que debe hacer, desde lo administrativo.

“Paciente: no ,pues allá me dijeron que ¡como yo tenía sisben ¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡, eso era el seguro

Médico en formación tiene que ir a que le organicen eso...”¹¹⁰

¹⁰³ Mujer 1 entrevista pag 6

¹⁰⁴ Hombre 1 entrevista pag 7

¹⁰⁵ Hombre 1 sociodrama pag 2

¹⁰⁶ Mujer 1 sociodrama pag 5

¹⁰⁷ Mujer 1 sociodrama pag 5

¹⁰⁸ Hombre1 entrevista pag 8

¹⁰⁹ Mujer 1 sociodrama pag 3

“Lo que pasa es que el hospital en este momento no está recibiendo las personas que vengan así directamente; cada una de esas personas tienen que ir a un hospital de primer nivel que sea Kennedy , Cuba o Boston...”¹¹¹

“le trataría de empezar los antibióticos y si no le puedo cubrir los antibióticos yo...entonces.....lo mandaría a un nivel donde si lo haya”¹¹²

Frente al tener un paciente pediátrico la solución es darle prioridad por ser un niño

“bueno, pues señora siga con el bebé”¹¹³

Sin embargo manifiestan que en ocasiones han devuelto a pacientes pediátricos o los han remitido a otro nivel, exponiendo la vida del niño

“entonces porque señora usted no se va con el bebé a Kennedy , Boston y allá el médico la ve, ¡es mucho más barato! y si allá el médico tiene mucha, mucha dificultad en atenderlo allá, porque el bebé está grave, entonces lo devuelve para acá...”¹¹⁴

Sobre las presiones de terceros la solución es tratar de hacer lo que el sistema dice, para evitar complicaciones.

“Paciente: Pero tampoco tengo plata para el bus para ir a donde usted me dice que vaya, Doctora, yo soy una mujer sola con tres hijos, ¡este es el menor.

Médico en formación: ahí señora, estas son situaciones muy difíciles, pero es que nosotros no podemos solucionar eso, vea. ahí SI, nos puso a trabajar el sistema, usted tiene que irse para allá”¹¹⁵

“Paciente: no, pues allá me dijeron que ¡como yo tenía SISBEN, eso era el seguro.

Médico en formación: tiene que ir a que le organicen eso, además es que...si yo le hago eso a mi me glosan la cuenta y también es que lo que usted necesita no está en el POS y no, no, no, yo tengo mucha gente encima pues presionando y después me cobran a mi la cuenta y no, no, no, yo no me voy a poner a pagar esto.

Paciente: entonces

Médico en formación: pero, ahora no me vaya a demandar pues, por, por ... no hacer eso, pero, toca, usted tiene que pagar las cuentas”¹¹⁶

Cuando se les presenta el conflicto de atender a una persona, que conoce, (por ejemplo un amigo) la solución es atenderlo mejor por afectividad

Investigador: ¿ustedes como lo atenderían si fuera un amigo?

¹¹⁰ Hombres 1 y 2 sociodrama pag 2

¹¹¹ Mujer 1 sociodrama pag 4

¹¹² Hombre 2 entrevista pag 8

¹¹³ Mujer 1 sociodrama pag 4

¹¹⁴ Mujer 1 sociodrama pag 3 y 4

¹¹⁵ Mujeres 1 y 2 sociodrama pag 4

¹¹⁶ Hombres 1 y 2 sociodrama pag 2

“No ,uno uno, si obviamente lo hace mejor que, yo no sé si eso sea más ético o no, pues le gasta más tiempo, si tiene la muestrita médica se la saca, pues yo no sé hasta donde eso será lo ideal, pero es que es muy difícil no atender mejor a una persona que uno conozca...”¹¹⁷

“pues aunque uno trata de atenderlos a todos lo lo mejor posible, pues, es que una persona que es cercana a uno, uno compagina más con la persona, uno se mete más en el cuento de la otra persona”¹¹⁸

Sin embargo otra solución sería atender igual al que conoce y al que no conoce.

“La atención pues sería lo mismo, también le haría el drenaje como se lo hice al otro, también lo cubriría con antibióticos pero pues yo si le haría básicamente lo mismo”¹¹⁹

A continuación se presentará un cuadro con la síntesis de las situaciones problemas y los juicios encontrados entre los médicos en formación

Cuadro 4. Situaciones encontradas por los médicos en formación

Situaciones de problemática moral	Situaciones-Tipo
El no poder atender al paciente integralmente como lo tenían aprendido en la universidad	Aunque tienen la formación adecuada desde las diferentes áreas de la carrera, cuando llegan a la atención se ven enfrentados a intereses de personas externas, sistema o instituciones, lo que implican unos procedimientos ya estandarizados, que en ocasiones no le permiten tomar decisiones autónoma
Pues deben atender a muchas normas al mismo tiempo para cumplir con requisitos institucionales, lo que de alguna forma reduce el tiempo para hacer una auscultación adecuada	
No poder atender a un paciente con más de un motivo de consulta	
Patologías que desde su formación podría atender, pero no es posible ya que se presenta primero que debe pagar copago y el paciente no tiene los recursos suficientes	
Cobertura que no corresponde	
no están vinculados a ningún Sistema de Salud o lo esta al SISBEN	
Medicamento no está incluido en el POS	
Medicamentos incluidos en el POS que no están disponibles en la institución	
Atender al paciente con tiempo restringido	
Aunque en realidad quieren hacer las cosas mejor la norma institucional no lo permite	
No hay pronta atención de los niños	
Se preocupa por la situación social del paciente	

¹¹⁷ Hombre 1 entrevista pag 10

¹¹⁸ Hombre 1 entrevista pag 11

¹¹⁹ hombre 2 entrevista pag 11

Situaciones de problemática moral	Situaciones-Tipo
Presiones externas presionando al medico lo cual impide una libre atención	
En muchas ocasiones las funciones que se les asigna responden más a intereses económicos y de cobertura	
Conocer o no conocer al paciente	

Cuadro 5. Juicios encontradas por los médicos en formación

Juicio moral	Juicio-tipo
Atención adecuada al paciente	Atención adecuada al paciente
Darle prioridad a los pacientes pediátricos	
Atender igual al que conoce y al que no conoce	
Atenderlo mejor por afectividad	Atención parcial al paciente
Atender un solo motivo de consulta y el otro lo deja para otra consulta	
Atender el motivo de consulta que se pueda atender en el tiempo estipulado	
Atender al paciente solo si paga el copago	
Remitir al especialista o al médico de urgencias	
Manda fórmula incompleta	
Atención parcial dando medicamento y recomendaciones para que compre otros medicamentos que necesita	
Dar soluciones caseras	
La secretaria de salud o el gobierno deberían hacerse cargo de esas personas	
La atención parcial	
Indicación de lo que debe hacer, desde lo administrativo	

Cuadro 6. Relación Situaciones Tipo y Juicios tipo

Situación-tipo	Juicios-tipo
Aunque tienen la formación adecuada desde las diferentes áreas de la carrera, cuando llegan a la atención se ven enfrentados a intereses de personas externas, sistema o instituciones, lo que implican unos procedimientos ya estandarizados, que en ocasiones no le permiten tomar decisiones autónoma	Atención adecuada al paciente
	Atención parcial al paciente

6.2 DILEMAS MORALES EN LA PRÁCTICA MÉDICA DE INTERNADO (Interpretativo)

La vida es corta,
El arte es largo,
El experimento es impredecible,
Y el juicio difícil.

HIPOCRATES

Empieza un reto aún mayor en la investigación en este capítulo, cuando después de revisar en múltiples oportunidades los datos obtenidos y con base en el análisis descriptivo, se han podido reconocer las situaciones problemáticas morales a las que se ven enfrentados los médicos en formación, los juicios morales que ellos establecen en las resoluciones de los problemas de cuya interpretación surgen dilemas y criterios morales que subyacen la práctica médica.

Los principales dilemas que se evocaron de la información suministrada por los estudiantes, partían del compromiso de una adecuada atención con el paciente, la cual en muchas ocasiones no es posible debido a la reglamentación tanto nacional como institucional, es el caso de la gran influencia de la normatividad institucional derivada de la ley 100 del 1993.

Se intentará mostrar como emergió esta nueva categoría (dilemas) durante la práctica médica del médico en formación estructurándolas en las siguientes categorías:

6.2.1 Atención adecuada.

La atención adecuada entendida como el análisis completo de los síntomas referidos por el paciente en la consulta y la búsqueda de solución para la, o las enfermedades que se deriven de los mismos. Fue la categoría más frecuente que encontramos y se vio enfrentada a: **Atención adecuada VS Regla institucional**, en el sentido de no poder atender al paciente integralmente como lo tenían aprendido en la universidad, “el problema moral está en que uno a pesar de que tenga el conocimiento no poder hacer lo que sabe que tiene que hacer ... o sea por tantas limitaciones... en la parte del tiempo en la parte de lo económico y a pesar de que yo sé que lo mejor para el paciente es tal cosa, me tengo que limitar a lo que haya... o sea a mi me parece que ese es el conflicto más grande con el que tenemos que vivir nosotros.” El dilema consiste en hacer la atención adecuada como se definió previamente o seguir la regla institucional que según lo referenciado por los médicos internos no

pueden hacer lo que saben que deberían hacer, en tal caso se encuentran ante una situación que los obliga a tomar decisiones confrontando los criterios morales aprendidos, con las normas de la institución debido a que existe un límite de tiempo por consulta, si el paciente no paga no se le puede atender (si no es una urgencia vital por supuesto), solo se pueden formular los medicamentos incluidos en el POS, etc; que en muchas ocasiones son diametralmente opuestas a dichos criterios.

- **Atención adecuada VS Presiones:** el médico manifiesta temor a las presiones que tiene por parte seguramente de la institución, de la auditoria y todos los que ejercen autoridad sobre el “.....no, no, no, yo tengo mucha gente encima pues presionando y después me cobran a mi la cuenta” . De nuevo el dilema está en hacer atención adecuada o seguir las presiones, que en este caso no solo son de tipo reglamentaciones de la institución sino también de otras autoridades superiores, o incluso los mismos pacientes o familiares.
- **Atención adecuada VS Sanción jurídica:** también siente una incertidumbre ante la posibilidad que tiene el paciente frente a una demanda por recibir una mala atención “pero! Ahora no me vaya a demandar pues...por, por .no hacer eso, pero... toca”. Aquí el dilema está en que en ocasiones se toman conductas diferentes a la atención adecuada por miedo a demandas y es lo que comúnmente se conoce dentro del gremio medico como atender a la defensiva, lo cual genera en ocasiones exámenes o procedimientos innecesarios o exagerados para ciertas situaciones.
- **Atención adecuada VS Glosar la cuenta al médico** El paciente debía pagar el dinero para recibir una adecuada atención, o sino el médico se podría ver sancionado teniendo que pagar la cuenta. “se le ve como un absceso... pero entonces... Tiene que pagar copago por el absceso.....para poderle drenar el absceso.....“.....además, es que.....si yo le hago eso a mi me glosan la cuenta”. El dilema en este sentido se encuentra enfrentando la atención adecuada ya descrita contra un criterio meramente económico, debido a que glosar la cuenta significa que no la pagan a dicha institución porque no se siguió unos pasos esperados, sin escuchar la justificación para la toma de la decisión.
- **Atención adecuada VS Atención focalizada:** Falta de tiempo brindado por la institución, pues planteaban el caso de un paciente que llegaba con dolor de garganta y dolor de espalda pero únicamente se le podía atender una de las patologías (la que primero había expresado al medico) “a no , no, no ,pero primero le miramos el dolor en la garganta y lo otro lo dejamos para otra consulta.....¿entiende?”. -yo no puedo preguntar más cosas? -este.....ehhhhhhhhhhhhhhhhhhhhh.....si, pero pues, en otra consulta” . Probablemente este dilema en particular entre la atención adecuada y atención focalizada, se encuentre inmerso en algunos otros dilemas, pero sin embargo es importante considerarlo debido a que está reglamentado específicamente por la ley 100, el tiempo estipulado por paciente en una consulta externa,

teniendo en cuenta que para la mayoría de los pacientes que se presentan con ciertas enfermedades es insuficiente, en unas ocasiones por la complejidad de la enfermedad o en otras porque son pacientes con múltiples enfermedades con diferentes tratamientos que obligan a utilizar más tiempo del estipulado.

Se encontraron otros dilemas con menos frecuencia, pero de igual forma inquietaban a los médicos en formación en el momento de tomar decisiones con respecto a los pacientes en su práctica médica. Estos son:

6.2.2 Solución parcial a sus motivos de consulta, versus, remisión al especialista:

“yo lo remitiría al otorrino, o sea, no, no, no le haría drenaje del absceso yo misma, sino que lo remitiría al otorrino y le pondría el cubrimiento antibiótico que tiene que ser

Algunas situaciones se manejan parcialmente (cubrimiento antibiótico) en vez del tratamiento definitivo (drenar un absceso) o como complemento del tratamiento definitivo (esperar a que lo vea el especialista, en este caso el otorrinolaringólogo, para realizar la atención final). El dilema está en que a pesar de que se sabe como resolver la situación en forma adecuada dependiendo del sitio donde se encuentre, no se podría resolver como se debería debido a que habría que seguir unos protocolos establecidos. Aquí se le da respuesta al paciente aunque dichos protocolos demoren y hagan aumentar el costo del servicio para el paciente.

6.2.3 Solución adecuada, versus, no atención al paciente:

Otro caso que identificaron fue que no podían atender adecuadamente un paciente por no estar afiliado a una EPS sino al SISBEN,

“no, pues allá me dijeron que ¡como yo tenía SISBEN, eso era el seguro”

Otro dilema es cuando llega un paciente que no tiene ningún tipo de cubrimiento en seguridad y es muy pobre y se presenta más grave si es un niño, “mire señora, póngame el niño acá en la camilla, ... está un poquito llorando pero bueno... ¿tiene la ficha del SISBEN?...

-¡no tampoco!!!!!!! es que yo soy desplazada.yo no soy de por acá”

Esta situación es muy frecuente dentro del sistema actual de salud que enmarca parte de la práctica médica de los médicos en formación y es precisamente una de las situaciones que más genera conflicto en dicha práctica, debido a que la naturaleza misma de la profesión implica atender al paciente que le llegue a la consulta para procurar recuperar su salud y proteger su vida y en ningún momento está contemplado devolverlo por falta de una afiliación a un sistema de seguridad. En tal caso el dilema está en atender al paciente como lo habían aprendido o no atenderlo del todo.

6.2.4 Tratamiento que requiere copago, versus, tratamiento sin pagar:

La situación social del paciente es un dilema pues muchos de ellos no pueden pagar el copago, comprar el medicamento, tener hábitos de vida saludable y

desplazarse a donde necesita ir. “yo no tengo plata doctor...dejemos que forme cayo eso ahí... -no tiene plata? Pero usted no trabaja?

-sí, pero como están pidiendo el copago...” “o sea si el problema ... pues no se... si el problema es económico noo sea y uno le manda la fórmula pero eso no le garantiza que el paciente la vaya a comprar” “pero doctora...entonces mientras que yo consigo la plata que le puedo hacer al niño en la casa...-lo baña-----lo pone en un sitio...-si yo lo baño todos los días (risas). -con agua tibiecita, lo baña para que se le baje la temperatura...y le echa unas goticas de solución salina en la nariz para que se le destape... -y como hago? -ah usted coge un pocillito de agua y le echa unas cucharaditas de....bueno prepárelas en su casa y se las aplica al bebé y verá que él se le va a mejorar...- y si sigue peor.....tiene que venir aquí... ya vuelve y lo trae....-¿acá?...” “pero tampoco tengo plata para el bus para ir a donde usted me dice que vaya, Doctora...yo soy una mujer sola con tres hijos... ¿este es el menor!...”

“Doctor pero si es que esta fórmula es muy buena pero ¡yo no tengo la plata para comprar ese medicamento tan caro”

En muchas de las situaciones el médico se siente responsable por la salud del paciente y le preocupa dejar sin resolver algunos de los aspectos relacionados con esa atención buscando eso si alternativas más viables para el paciente, teniendo en cuenta que no siempre es posible hacerlo. Este dilema es muy parecido al anterior y en realidad se estarían reuniendo dos elementos que confrontan la atención adecuada que son la dificultad económica particular, social del paciente y la reglamentación institucional.

6.2.5 Formular medicamentos no incluidos en el POS (plan obligatorio de salud), versus, medicamento incluido en el POS:

Otra situación que manifiestan como dilema moral es tenerle que mandar la formula incompleta, pues no la cubre toda el sistema, además el tratamiento en algunas instituciones deben ser solo para un mes. El dilema está en que en algunas ocasiones el medicamento o tratamiento mas adecuado está no solo fuera de la entidad sino que también fuera del POS lo cual dificulta aún más su formulación porque la institución estaría protegida hasta cierto punto de adquirir dicho medicamento hasta tanto no se siga ciertos trámites de justificación que implican bastante tiempo debido a que dicha petición debe pasar primero por un especialista y luego por un comité para que sea aprobada su adquisición. “-listo. Bueno... entonces vea, tómese esto...ah.....usted tiene que tomarse cuatro pastas, pero en la fórmula nada más le puedo colocar tres... tómese estas tres... tómese estas tres, y ahí están las que le cubre pues el formulario... con esto vaya reclámelas y después nos vemos... dentro de un mes nos vemos”

“ah pero aquí le mandaron tratamientos para más de un mes y aquí sólo se dan tratamientos para un mes... entonces tiene que decirle al médico que no más le mande para un mes y que le mande bien la posología... que le anoto parte y le quedó mal anotado.” “el medicamento si sería este, pero entonces el pos no lo cubre”

6.2.6 Formular el medicamento de elección para esa enfermedad, versus, formular medicamento disponible en la entidad:

Cuando el medicamento no lo hay en la EPS es un dilema, pues el paciente por falta del medicamento puede perder tiempo, dinero y su salud. El dilema está en enviar el tratamiento completo y más adecuado (de primera línea) contra un tratamiento que le pudiera servir pero que es alternativo y en muchas ocasiones de segunda línea. “el antibiótico no está ... queda pendiente puede venir... ir averiguando por teléfono el viernes...y el viernes usted llama y a no, no ha llegado... la próxima semana el viernes y así sucesivamente... o sea esa situación la hemos vivido los que hemos tenido que...o sea tanto del lado del médico como del lado del paciente...”

6.2.7 Atención inmediata al paciente, versus, remisión a nivel adecuado:

El sistema plantea que las personas que necesitan atención inicialmente deben atenderse en hospitales de primer nivel y si es del caso deben ser remitidas a otros niveles dependiendo de la complejidad de la situación “pero vea yo le cuento: lo que pasa es que el hospital en Este momento no está recibiendo las personas que vengan así directamente... sino que cada uno, tiene... cada una de esas personas tienen que ir a un hospital de primer nivel que sea Kennedy , cuba o Boston... de ahí entonces el médico lo examina y allí la consulta! le sale muy barata, sino le sale gratis; si yo la atiendo aquí, la señorita de la caja le va a cobrar 23.000 pesos que es lo que vale la consulta, a parte de eso usted no tiene derecho a medicamentos entonces lo que le mande o le ponga acá, también le toca pagarlo, entonces porque señora usted no se va con el bebé a Kennedy , Boston y allá el médico la ve, es mucho más barato y si allá el médico tiene mucha, mucha dificultad en atenderlo allá porque el bebé está grave, entonces lo devuelve para acá...”

Lo que genera conflicto para el médico en formación es el hecho de tener la capacidad técnica para realizar la atención y no poderlo hacer por lo del sistema de remisión.

6.2.8 Atención en el tiempo requerido por el paciente, versus , atención en el tiempo estipulado por la institución:

Para ellos es un conflicto no disponer del tiempo suficiente, pues siempre se tiene el pre concepto que solo son 15 minutos, cuando en la reglamentación de la ley, plantea que una consulta médica debe durar mínimo 20 minutos, sin embargo en la mayoría de las EPS exigen 4 pacientes por hora. “ya llegó este señor y no se me puede quejar mucho; tengo sino 15 minutos y en quince minutos entonces solucionarle lo más rapidito que tenga, porque si empieza a preguntar le más, ya no voy a alcanzar”

6.2.9 Aplicación de conocimientos, versus, atención de acuerdo a las posibilidades que ofrece la institución:

“-listo....bueno.....entonces vea, tómese esto...ah.....usted tiene que tomarse cuatro pastas , pero en la fórmula nada más le puedo colocar tres.....tómese estas tres.....tómese estas tres, y ahí están las que le cubre pues el formulario.....”

El médico sabe que el paciente necesita varias medicaciones y le formula las que cubre la institución a pesar de que sabe que el tratamiento queda incompleto. El dilema está en enviar un tratamiento incompleto, ya sea medicamentos o procedimientos, aplicando solo parcialmente sus conocimientos versus lo que ofrece dicha institución en particular y no por restricción del gobierno en general, es decir el POS.

6.2.10 Tomar decisiones con autonomía, versus, tomar decisiones aceptando influencias externas:

Como producto del sistema de salud actual y como base de la práctica médica actual el médico al tomar la decisión de lo que va a hacer con el paciente se ve influenciado por otros elementos diferentes a la parte técnica y moral, "uno está sujeto no solamente a los a los criterios de conocimientos que uno tenga o a las cosas que haya aprendido a como sabe hacer las cosas, sino que tiene que remitirse a un mundo de terceros.....

-¿como cuáles?

Los administrativos, los judiciales, tener uno la presión de ¿qué le mando?..... Porque le mando?, si lo mando de pronto me lo glosan?, si lo remito me lo van a contraremitir?, si no le mando me va a demandar!!!!!!!, está uno con ¡!!!!!!!11tantas presiones !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!que uno no sabe como debe actuar hacia donde debe mirar.....como.....eso me parece que es uno de los conflictos más grandes que hay en una consulta.....

qué otras presiones crees que se pueden estar dando ahí.....

2:

es la presión administrativa,la presión del mismo paciente y sus familiares o el entorno, es la misma presión política que hay alrededor de todo.....porqueuno llega a la consulta y para las epss donde uno esté trabajando a para la E.S.E donde uno esté trabajando, entonces para ellos uno tiene que atender, uno debe hacer todo, todo, tiene que cubrir todo tiene que llegar a hacer la atención de la patología tiene que hacer el RIP en el momento, pero ellos no le dan a uno el espacio o el momento,lass garantías para que uno pueda hacer, ellos todo lo ven en el sentido financiero.....yo no sé si es porque a uno no lo han formado desde ahí.....pero a uno no lo forman para ver la práctica médica como algo financiero.....a uno lo hacen ver por otro lado que es el que uno cree,". El dilema está en tratar de actuar autónomamente con criterios propios o utilizar criterios externos para resolver la situación, que en muchos de los casos no corresponden a la solución más adecuada para la salud y la vida del paciente.

6.2.11 Brindar la misma atención a todos los pacientes, versus, diferenciarla cuando el paciente es conocido:

Los médicos en formación de la Universidad Tecnológica de Pereira tienen reservada la mejor atención para cuando el paciente es conocido. En este caso el dilema está en atender a todas las personas de igual forma y con las mismas prelación versus favorecer a los pacientes por el solo hecho de ser conocidos, dejando para ellos lo mejor de su desempeño en todos los sentidos. “pero a ese amigo si si, si el no tiene como comprárselos , entonces si buscaría la forma de yo comprárselos. O de..... y conseguirle la plata para poderlo comprar,,,,,,,porque porque es mi amigo, es la persona que yo conozco, y, y ,y para mi, el está mejor donde estáy si se le puede asegurar eso donde está ,entonces yo lo aseguro ahí,,,,,,,al otro pues también ,le busco la forma de asegurarle ael tratamiento entonces por eso yo lo voy a remitir a otra parte, pero pues yo si le haría básicamente lo mismo.....”

y que es lo que hace que tu cojas y trates de conseguir la plata para el y no para los otros.....que te mueve a hacer eso.....que los mueve.....está claro que es diferente.....que creen ustedes queque es lo que los mueve.....”

#2:

pues no sepuede ser la cercanía.....la empatía que uno genere, el temor a ser juzgado,,,,,bueno pues no sé,,,,, la afinidad que tenga con la personao querer que los que están cerquita a uno también progresen.....”

CUADRO 7. Relación situaciones juicios y dilemas morales en la práctica médica de internado

SITUACIONES-TIPO	JUICIOS-TIPO	DILEMA MORAL
Aunque tienen la formación adecuada desde las diferentes áreas de la carrera, cuando llegan a la atención se ven enfrentados a intereses de personas externas, sistema o instituciones, lo que implican unos procedimientos ya estandarizados, que en ocasiones no le permiten tomar decisiones autónomas	Atención adecuada al paciente	La atención adecuada Vs <ul style="list-style-type: none"> - Regla institucional - Presiones externas - Sanción jurídica - Glosar la cuenta al médico - Atención focalizada
	Atención parcial al paciente	Solución adecuada, versus, no atención al paciente
		Tratamiento que requiere copago, versus, tratamiento sin pagar
		Formular medicamentos no incluidos en el POS (plan obligatorio de salud), versus, medicamento incluido en el POS
		Formular el medicamento de elección para esa enfermedad, versus, formular medicamento disponible en la entidad
		Atención inmediata al paciente, versus, remisión a nivel adecuado
		Atención completa , versus, gasto que no puede asumir el paciente
		Atención en el tiempo requerido por el paciente, versus , atención en el tiempo estipulado por la institución.
		Aplicación de conocimientos, versus, atención de acuerdo a las posibilidades que ofrece la institución
		Tomar decisiones con autonomía, versus, tomar decisiones aceptando influencias externas
Brindar la misma atención a todos los pacientes, versus, diferenciarla cuando el paciente es conocido		

6.3 CRITERIOS MORALES EN LA PRÁCTICA MÉDICA DE INTERNADO (Análisis de sentido)

Para dar respuesta al objetivo principal de esta investigación, comprender los criterios morales que subyacen la práctica médica de los médicos en formación, se tuvo en cuenta la tensión expresada en los dilemas que se discutieron en el argumento interpretativo, que llevó a la expresión de diferentes juicios para resolverlos.

De dicha argumentación fueron surgiendo los criterios que subyacen la práctica y para comprenderlos se discutió la manera en que se relacionan y cómo los significan los médicos en formación, contrastando con algunos teóricos que han trabajado criterios morales, y con los lineamientos curriculares y legales.

Es interesante anotar que en la práctica médica de los médicos en formación de la Universidad Tecnológica de Pereira aparecen reflejados el componente técnico, cuando sugieren la conducta adecuada conforme al conocimiento científico (por ejemplo drenar un absceso: “tiene que pagar copago por el absceso.....para poderle drenar el absceso.....” o hacer la remisión adecuada y el medicamento adecuado...” sino que lo remitiría al otorrino y le pondría el cubrimiento antibiótico que tiene que ser”) y el componente moral el cual fue el principal interés de la investigación.

Se encontró que a pesar de que ellos tienen una formación que les da soporte a sus ideales sobre la práctica médica de acuerdo a unos criterios de equidad, cuidado, respeto, responsabilidad, autoprotección emocional y solidaridad, ellos toman las decisiones principalmente pensando en conservar la **Norma Institucional**, siguiendo las reglas impuestas por el sistema o la EPS, lo cual le garantiza la supervivencia laboral para poder atender a sus necesidades personales sociales y familiares; esto se presenta enmarcado en la realidad actual donde el médico es empleado de una institución y toma el carácter de cualquier otro empleo, por lo tanto protege su puesto para poder sostenerse económicamente, así esto implique en muchas ocasiones, ir en contra de sus principios como ideal y de la visión actual de salud, basada en la responsabilidad, respetando los valores de los actores implicados.

Si se analiza desde la perspectiva del Estadio 2 de Kohlberg (1992) “perspectiva individualista concreta, conciencia de que todo el mundo tiene sus intereses a perseguir y esto lleva a un conflicto, de forma que lo correcto es relativo (en el sentido individualista concreto)”, este sentido de aplicación de la normatividad institucional estaría incluido en ella.

El médico también manifiesta que debe seguir la norma pues hay demasiadas presiones de los administradores, supervisores, y del sistema judicial que no les permite tomar decisiones con tranquilidad y tienen que ceñirse a la posibilidad que tiene en el marco de las mismas.

Sin embargo seguir la norma institucional, no se expresa como el criterio ideal para ellos, sino más bien como un criterio en tensión con otros que deberían

prevalecer, pero no se hace, lo cual conlleva a un conflicto moral que puede afectar la práctica médica.

Entre estos criterios tenemos el de **Responsabilidad** pues a pesar de que exista un problema o impedimento para que el médico pueda atender al paciente adecuadamente, lo que al médico le preocupa es descartar un problema que complique la salud del paciente, pues el debe velar por la calidad de vida del mismo; para ello busca atender al paciente utilizando los recursos institucionales, como remitirlo al nivel adecuado, al especialista, o remitirlo al médico de urgencias, en todo caso lo ideal es no dejar al paciente sin una solución, con respecto a este criterio no se aleja del concepto de Gilligan(1985), la cual propone como orientación moral de las mujeres, el concepto de cuidado y de responsabilidad, criterios estos, para tomar decisiones o emitir juicios; .ni de los lineamientos curriculares planteados por la Universidad donde determinan como objetivo “formar profesionales de la Medicina con una visión integral del ser humano en sus componentes biológico, psicológico y social; con conocimientos adecuados y suficientes en las diversas áreas de formación, que le permitan adelantar acciones definidas de salud en los diferentes niveles de prestación de servicios, a fin de participar en las soluciones de salud del individuo, la familia y la comunidad, con actitud ÉTICA (mayúscula de los autores de la investigación) e investigativa” 120; además tiene en cuenta la ley 23 de 1981 donde manifiesta que “la medicina es una profesión que tiene como fin CUIDAR (mayúscula puesta por los autores), la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad, ni de orden económico – social, racial, político o religioso, el respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituye su esencia espiritual”¹²¹, Esto hace que sientan que la responsabilidad es dar alternativas de solución, aunque sea en parte, de tal manera que no se vea comprometida su vida.

También se considera que el tiene una responsabilidad como médico y debe cumplir con su rol, pues es lo que espera la sociedad, en esta situación el médico soluciona a favor del paciente, es decir a pesar de las dificultades, tiene la necesidad de verse con su compromiso lo cual es comparable con el estadio 4 de la perspectiva de Kohlberg (1992).

Otro de los criterios en que se enmarcan las decisiones de los médicos en formación es el **Cuidado**, sin embargo para ellos tiene diferentes sentidos, por ejemplo cuidado desde la perspectiva del otro, en esta situación el médico se asegura de resolver el problema de diferentes maneras, primero el mismo médico le da el tratamiento, luego formula para continuar el tratamiento en la casa y además da recomendaciones caseras sencillas que también pueden ayudar a solucionar el problema, sin embargo lo que amplió el panorama de cuidado en esta relación fue la insistencia del paciente (por ejemplo la madre del paciente) esto lo planteo con Noddings cuando dice “los pacientes

¹²⁰ Vesalius.utp.edu.co

¹²¹ http://www.encolombia.com/practica_profesional5.htm

contribuyen significativamente a la relación médico-paciente” (Noddings 2003), relación entendida desde el punto de vista del cuidado..

Cuidado como preocupación por la calidad de vida y bienestar de los pacientes. La preocupación del médico en este caso es más allá de simplemente curar lo inmediato, sino que hace además una mirada al futuro, como la visión integral del médico, como plantea Hans Jonas (1995) “una ética orientada al futuro, que puede ser llamada con toda propiedad ética de la responsabilidad”, sin embargo el futuro en esta situación, está enmarcado en particular con cada paciente, y no con la humanidad, (una políticas públicas de salud haría esta particularidad mucho más amplia) y de esta manera también es un reflejo del aspecto curricular de “vocación de servicio” pero de un servicio integral, que concuerda con el de la ley en su perspectiva de “servicio a la humanidad”(ley 23 de 1981); también se busca proteger al paciente desde el punto de vista económico pues él trata de darle alternativas que no impliquen muchos gastos, En este caso también apareció como categoría curricular la solidaridad social, es decir tratar de brindar apoyo en los aspectos que sea posible, a la persona que se atiende. y por último se presenta el cuidado diferencial (no es igual para todos) debido a la relación de cercanía (afectividad, sentimental). Es decir se tiene la tendencia a cuidar mejor a las personas que se conoce o están cerca dándoles un trato preferencial en todos los sentidos; se sigue dando predilección por el cuidado, que implica la profesión médica, a pesar de que como se expresó en la situación anterior hay diferentes matices del mismo al realizar un mejor cuidado en el paciente que conocemos o con el que hay afinidad afectiva, acercándose al concepto de Gilligan (1985) del cuidado y alejándose de Noddings (2003) cuando se realiza en forma diferencial y no para todos.

Muchas de las decisiones que toma tienen como base una **Autoprotección emocional**, pues trata de evita ser afectado por la situación del paciente, por ejemplo, evitar hacer duelo con el paciente, pues esa misma situación se presenta permanentemente. El médico se preocupa por la posibilidad de perder su autonomía y objetividad al involucrarse en la situación, pero lo que más le interesa es evitar caer en una situación de estrés crónico generado por la carga emocional que conlleva enfrentarse a cada una de esas situaciones que aparecen en su práctica. Sin embargo no deja de reflexionar por las consecuencias de sus actos como médicos en lo cual puede originarse sentimientos como la culpa en la medida en que el médico en formación se siente mal cuando no puede hacer un procedimiento adecuado, sin embargo también siente indignación ya que el sistema de salud debería garantizarle a él y al paciente una adecuada atención según las necesidades.

Frente al “deber ser” hay algo que les preocupa y es no tener en cuenta el **Respeto los derechos fundamentales** pues lo primordial para el médico es preservar la vida, no solo en el momento en que se le presente una situación de emergencia, sino, algo más constante, algo “básico”, que no es negociable, que todo el mundo debería tener. Es decir ven a la salud como un “bien” universal, acercándose a la definición de Taylor (1991) : “bien, forma de vida

plena y deseable” frente a este criterio empiezan otros como la **Equidad**, entendido como lo justo para cada uno y como garantías de atención integral para todos (no importa cual sea el sistema de salud al cual pertenezca). Como diría Kohlberg en su estadio 5 (Kohlberg 1992) “lo mejor posible para el mayor número de gente” En esta equidad también aparece el sentido de cuidado que maneja Noddings(2003) tratando de que el cuidado sea para todos y no diferencial.

Para el médico en formación es muy importante el criterio de **Servicio** como vocación y no como un intercambio comercial, es más, el médico en formación condena el hecho de volverse “rico” a expensas de la enfermedad de las personas, elementos estos que concuerdan con su formación académica y con la función social que implica la profesión médica como lo profesa la ley de ética médica (ley 23 del 81), y muy de cerca con el lineamiento de ampliación de cobertura que pretende la ley 100, esto sin detrimento de recibir un salario justo sin hacerse rico a expensas de la enfermedad del otro, Tensión esta entre lo que asume la ley 23 del 81 cuando habla del pago del médico: “derecho al salario”, para la subsistencia sin beneficiar a terceros, sin embargo es contradictorio que con base en la ley 100 aparecen las figuras de las EPS como entes administrativos, que precisamente sirven de intermediarios entre el paciente y el médico.

Otro criterio importante es la **Solidaridad**, sin embargo tiene una relación diferencial por cercanía afectiva (sentimiento); solo se es solidario con el paciente que conocen, o sea, una solidaridad atenuada, que contrasta con otros de los criterios donde se procura y se propone un cuidado o un bien para todos, lo cual no refleja otra cosa la tensión de las diferentes fuentes de sentido que viven al interior de la práctica médica los médicos en formación.

Además de la tensión generada por los aspectos que rodean la práctica médica, los criterios, dilemas y juicios morales y el aspecto curricular y legal es interesante destacar otras tensiones a saber:

El comprender los criterios que subyacen la práctica médica de los médicos en formación y cómo los significaron, mostró además la tensión continua en que coexisten esos criterios al interior del médico que realiza dicha práctica, (aunque se de preferencia al de normatividad institucional), y por la misma razón el gran conflicto e incomodidad que dicha situación les genera, como respuesta de ello emerge por ejemplo el criterio de autoprotección emocional como una alternativa de seguir en el conflicto sin verse afectado psicológica o aun orgánicamente.

Así pues el criterio autoprotección emocional y el de **Supervivencia Profesional** como producto de la situación que el médico vive en la época actual, donde el médico no es el único responsable de la salud del paciente, sino un equipo de salud, al diluirse la responsabilidad también se diluyen la distribución de los beneficios surgen entonces estos criterios como intento de adaptación a la situación actual de la práctica médica.

7. CONCLUSIONES

- Las situaciones que los médicos en formación manifiestan con mayores conflictos morales son las que implican no poder atender al paciente integralmente como lo tenían aprendido en la Universidad, aunque tienen el conocimiento necesario, las normas institucionales no le permiten desempeñarse adecuadamente, pues hay intereses de índole político, económico y social que le impide tomar decisiones autónomas.
- Los juicios morales que se presentan en la práctica de los médicos en formación tienen que ver con darle adecuada atención al paciente como lo tenía aprendido en la Universidad o como es el ideal de acuerdo al contexto legal y en mayor medida, hacer una atención parcial, debido a los factores externos que no le permiten ser autónomos en sus decisiones.
- El médico en formación de la Universidad Tecnológica de Pereira, se ve abocado en gran medida, por la reglamentación de las EPS, para seguir **NORMAS INSTITUCIONALES** que en muchas ocasiones van en contra del contexto ideal de la práctica médica, planteado por la ley 100, la ley 23 y el objetivo de la formación profesional, debido a presiones externas de la práctica actual, donde las decisiones son compartidas con otros profesionales, o supervisadas por terceros, quienes en la mayoría de las ocasiones, tienen intereses de índole económico en detrimento de la calidad en la prestación del servicio
- Los médicos en formación responden a los principios de **RESPONSABILIDAD**, pues a pesar de que exista un problema o impedimento para que el médico pueda atender al paciente adecuadamente, a él lo que le preocupa es descartar un problema que complique la salud del paciente.
- El cuidado como criterio es importante en esta investigación ya que hay un compromiso del médico en formación para resolver el problema y que a futuro no hayan consecuencias desfavorables para el paciente y de esta forma pueda buscar el bienestar.
- En algunas ocasiones las decisiones que se toman son debido a una **AUTOPROTECCIÓN EMOCIONAL**, donde el médico en formación se aísla de la problemática del paciente, debido a que se presentan casos similares permanentemente y esto generaría crisis de índole emocional al médico.
- El médico en formación generalmente reflexiona sobre la necesidad de **RESPECTAR LOS DERECHOS FUNDAMENTALES** permanentemente, para garantizar la atención adecuada de los pacientes
- El criterio de **SERVICIO** implica una razón de ser del médico en formación sin detrimento a la remuneración que debe ganar por él.

- Se observa que la SOLIDARIDAD en ellos depende de la relación afectiva que tengan con el paciente, esto mediado por los sentimientos y el temor de ser juzgado por el otro.
- El criterio de SUPERVIVENCIA PROFESIONAL es producto de la necesidad de sentirse aceptado y tenido en cuenta en el sistema de salud.
- Se observa en los estudiantes de internado que hay una dificultad para asumir una posición crítica, frente a los procesos socioeconómicos, administrativos y políticos que inciden en la medicina y su ejercicio.
- En términos metodológicos se considera que el socio drama es una técnica adecuada para identificar situaciones y juicios morales e interpretar dilemas y criterios que subyacen a la práctica médica.
- Esta investigación aporta a la discusión que se viene desarrollando a nivel global sobre los factores que afectan la práctica médica.

8. RECOMENDACIONES

- Es conveniente realizar estudios, que identifiquen el impacto del currículo académico del Programa de Medicina en la formación moral de los estudiantes.
- Se requiere fortalecer los procesos en los cuales el desarrollo moral sea producto de la educación médica y no simplemente una cualidad que se halle accidentalmente en algunos de los graduados.
- Comprender los criterios morales utilizados por los docentes que orientan la formación médica.
- Realizar investigaciones que den herramientas para la orientación de las Políticas Públicas en los Planes de Salud que sean coherentes entre el deber y el ser de la práctica médica.

BIBLIOGRAFÍA

- ALM David. La Racionabilidad de los juicios morales. Social theory and practice, Tallahassee, Verano del 2000., vol 26
- AQUINO K, AND REED A. La autoimportancia de la identidad moral. 2nd. Journal of Pers.Soc.Psycology, December 1, 2002; 83(6): 1423-40
- CANO, Margarita. PINZÓN y RIVERA. Identificación de Niveles de Desarrollo Moral en Jóvenes Universitarios Pertenecientes y no a una Pastoral Católica. Pereira.2001.
- Colombia, Ministerio de Salud, Ley 23 de 1981
- Colombia, ministerio de Salud ley 100
- CORTINA Adela. "Ética Sin Moral". España: Editorial Tecnos, 1995
- _____, Adela. El Mundo de los Valores. 2000. Ética mínima y educación. Santa Fé de Bogotá: Editoral el De Zubiría Miguel "Tratado de Pedagogía Conceptual : Formación de valores y actitudes" Fundación Alberto Merani para el Desarrollo de la Inteligencia. Santa Fe de Bogotá 1995
- Denzin N. y Y Lincoln Y., Handbook Of Qualitative Research, London, Editorial Sage Publications, Second Edition 2002
- DÍAS Maria José y Otros. "Educación y Razonamiento Moral". ICE Universidad de Deusto.
- DRESCH Shirley Criterio médico. Definición, proceso y evaluación., et al. Archives of Arg. Pediatrics. Vol 96:39.1998.
- EMANUEL E, Emanuel L. Cuatro modelos de la relación médico-paciente, en Bioética para Clínicos.Couceiro A. Ed. Madrid 1999.
- ESGUERRA, Roberto. Acta Médica Colombiana. Vol. 24 N° 1. Enero-Febrero de 1999. Santa fe de Bogotá Colombia
- FAUCI and Longo. Harrison's. Principles of Internal Medicine.15th Edition.Mc Graw-Hill.New York.2001.
- GILLIGAN, Carol. La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino. Fondo de cultura económica. México.1985.
- GONZÁLES Luis José, Marquínez German, Valores éticos para la convivencia, ed. El Búho, Santa fe de Bogota. 2000

GREENE Joshua y HAIDT Jonathan ¿Cómo y dónde trabaja el juicio moral? . Trends Cogn.Sci. December 1,2002; 6 (12) : 517-523

GUMP Linda S., BAKER Richard C. and ROLL Samuel. Diferencias culturales y de género en el juicio moral: un estudio de mejicoamericanos y angloamericanos. Hispanic Journal of Behavioral Sciences, Thousand Oaks. Feb 2000., vol 22, pga 78-93

HARMIN. MERRILL Y Otros “El Sentido de los Valores y la Enseñanza; Como Emplear los Valores en el Salón de Clases” , México : Editorial Hispanoamericana.

HOYOS, Julio E. Chamanismo y Medicina. ¿dos formas del vínculo social? Affectio Societatis. Revista electrónica del departamento de psicoanálisis. Universidad de Antioquia N° 5 Noviembre de 1999.

http://www.icfes.gov.co/cont4/fomento/pub/libros/ser_inv_soc/modulo4.pdf

ICFES “Trabajar por Valores (documento)

JAFFEE s AND HYDE JS. Diferencias de género en la orientación moral: un metanálisis. Psychology Bulletin, September 1, 2000;126(5): 703-26. Department of Psuchology, University of Wisconsin,USA

JONAS, Hans. El principio de responsabilidad. Editorial Herder. Barcelona. 1995.

Journal Aging Human Development. Juicios morales en adultos de edad media y de edad avanzada: los efectos de los dilemas apropiados para la edad y la toma espontánea de rol, January 1,1985; 22(3):161-72

KIMBERLY A. y SCHONERT-Reichl. Relaciones entre aceptación de pares, ajuste de amistades, y comportamiento social con el razonamiento moral durante la adolescencia temprana. The journal of early adolescence, Thousand Oaks, May 1999.. Vol 19 pga 249-279.

KOHLBERG Lawrence, y Otros “La Educación Moral” Editorial Gedisa

_____, Lawrence. Psicología del desarrollo moral. Biblioteca de Psicología. Desclée de Brouwer. Bilbao 1992.

KREBS DL, DENTON KL, VERMEULEN SC, CARPENDALE JI, and A Bush. PERS J. Flexibilidad estructural del juicio moral..Soc.Psychology, December 1, 1991; 61(6): 1012-23

KUSHNER T, BELLIOTTI RA and BUCKNER D. Hacia una metodología para la toma de decisiones morales en medicina. Theor. Med., December 1, 1991; 12(4): 281-93.

LEWIS Yvette, El yo como concepto moral.. The British Journal of Social Psychology. Vol 42 pga 225 Leicester,Jun 2003.

LOEWY EH. Médicos y pacientes: ministerio moral en un mundo plural.. Journal Med.Humanit.Bioeth., March 1, 1986; 7 (1): 57-68

MARQUINEZ Argote German Realidad y Posibilidad: Fundamentos de Ética Y Educación

MOES M, Concepción de Platon de las relaciones entre filosofía moral y medicina. Perspectives Biol.Med.,June 1, 2001; 44(3):353-67

MILLETTE BE. WEST J. Uso de la estructura de Gilligan para analizar las opciones morales de las historias de las enfermeras. Nursing Research, December 1, 1994; 16 (6): 660-74

NODDINGS, Nel. Educating moral people. Teachers College Press. New York.2003

NOKES KM. Repensando la teoría de razonamiento moral.. Image Journal Nursing Sch., September 1, 1989;21(3): 172-5

PATENAUDE Johane Cambios en el desarrollo moral de los estudiantes durante la escuela médica: un estudio de cohorte. JAMC.1er AVR.2003;168 (7)., Thephile Niyonsenga, Diane Fafard.

_____, NIYONSENGA. Thephile and FAFARD. Diane, Cambios en el Desarrollo Moral de los estudiantes durante la escuela médica: un estudio de cohorte. JAMC.1er AVR.2003;168 .

PEREA Francisco Lozano Proyecto Pedagógico de Ética y Valores Humanos Pereira : Universidad Tecnológica de Pereira, 1997

PÉREZ Serrano, Gloria. Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes, II Técnicas y Análisis de Datos. Madrid: La Muralla,1994.

PIAGET, Jean. 1932. El Criterio Moral del Niño. Barcelona: Ed Martínez Roca.

PIZARRO David A., BLOOM Paul La inteligencia de las intuiciones morales: Comentario en Heidt (2001). Psychological Review, Washington, Enero 2003., Vol110,#1, pga 193-196. Comentario,
RENTERÍA Hernán "Proyecto Pedagógico Sobre Valores Humanos" Pereira : Universidad Tecnológica de Pereira, 1997

SALAS García Begoña. Desarrollo de Capacidades y Valores de la Persona: Orientaciones para la elaboración del Proyecto Coeducativo. Colección Mesa Redonda (29) Santa Fe De Bogota : Editorial Magisterio, C1995

SALM Randall, La solución de conflictos en la escuela, cooperativa editorial, Santa Fe de Bogota.

SELF DJ, OLIVAREZ M and BALDWIN JR DC. Clarificando la relación entre educación medica y desarrollo moral. Academic Medicine 73:517-520 (1998).

_____. La cantidad necesaria de pequeños grupos de discusión de estudios de casos para mejorar las habilidades en el razonamiento moral de los estudiantes de medicina.. Academic Medicine 73: 521-523 (1998)

_____, SCHRADER DE, BALDWIN DC Jr, and WOLINSKY.FD El desarrollo moral de los estudiantes de medicina: un estudio piloto de la posible influencia de la educación médica. Medical Education, January 1 ,1993; 27 (1):26-34.

_____, SKEEL JD AND JECKER NS. Influencia de la educación filosófica versus la teológica en el desarrollo moral de los eticistas clínico médicos.. Academic Medicine 68: 848-853.1993.

_____, WOLINSKY FD and BALDWIN DC Jr El efecto de enseñar ética medica sobre el razonamiento moral de los estudiantes.. Academic Medicine 64: 755-759 (1989)

SINGER M.S. El papel de la preocupación por otros y la intensidad moral en los juicios éticos de los adolescentes. The journal of genetic Psychology. N.Y. June 1999. Vol 160. Pga 155-166

SMETANA Judith G., CAMPIONE-BARR Nicole and YELL Nicole. Moral de los niños y juicios afectivos con respecto a la provocación y represalias. Merrill-Palmer Quarterly, Detroit April 2003, Vol 49,2 ;209-236

STRAWSON Peter, Libertad y Resentimiento y otros ensayos.1 edición, editorial Paidós,barceloa 1995 pag 44

STROUD Scott R. Juicio Moral y acción comunicativa. Conexiones entre desarrollo moral y conciencia de presuposición formal-pragmática. Communication Reports. Salt Lake City. Verano del 2001. vol 14 pgs 131-142

TAYLOR, Charles. La ética de la autenticidad. Ediciones Paidós. Barcelona.1994.

The Journal of Neuroscience. La correlación neural de la sensibilidad moral: Una investigación con imágenes de resonancia magnética funcional de las emociones básicas y morales., April 2002, 22 (7):2730-2736

WALKER LJ Un estudio longitudinal de razonamiento moral.. Chil Development, February 1, 1989; 60(1):157-66

WEBER James, WASIELESKI David. Investigando las influencias del razonamiento moral de los administradores. *Business and Society*. Chicago, Mar 2001. Vol 40, 1 : 79-111

WWW.Vesalius.utp.edu.co.

ANEXOS

Anexo A. Plan de estudios Programa Medicina Universidad Tecnológica de Pereira

Primer Semestre		
Código	Asignatura	Prerequisito
30110	<u>Bioquímica</u>	
30124	<u>Histoembriología I</u>	
30134	<u>Anatomía I</u>	
30142	<u>Historia Social de la Medicina</u>	
Segundo Semestre		
Código	Asignatura	Prerequisito
30218	<u>Biología Celular y Genética</u>	30110, 30124, 30134
30224	<u>Histoembriología II</u>	30110, 30124, 30134
30234	<u>Anatomía II</u>	30110, 30124, 30134
30243	<u>Hombre Ambiente y Sociedad</u>	30142
Tercer Semestre		
Código	Asignatura	Prerequisito
303110	<u>Fisiología</u>	30218, 30224, 30234
30325	<u>Investigación Epidemiológica</u>	30243
Cuarto Semestre		
Código	Asignatura	Prerequisito
30413	<u>Factores de Riesgo</u>	30325
30426	<u>Patología</u>	303110
30438	<u>Microbiología</u>	303110
30444	<u>Parasitología</u>	303110
Quinto Semestre		
Código	Asignatura	Prerequisito
305114	<u>Semiología General</u>	Haber aprobado IV Semestre
30526	<u>Fisiopatología</u>	Haber aprobado IV Semestre
Sexto Semestre		
Código	Asignatura	Prerequisito
30613	<u>Programas de Salud I</u>	Haber aprobado V Semestre
30639	<u>Medicina del Adulto I</u>	Haber aprobado V Semestre
30646	<u>Farmacología y Toxicología</u>	Haber aprobado V Semestre
Séptimo Semestre		
Código	Asignatura	Prerequisito
30712	<u>Programas de Salud II</u>	Haber aprobado VI Semestre
30724	<u>Psiquiatría</u>	Haber aprobado VI Semestre
307314	<u>Medicina del Adulto II</u>	Haber aprobado VI Semestre
Octavo Semestre		
Código	Asignatura	Prerequisito
30812	<u>Programas de salud III</u>	Haber aprobado VII Semestre
308215	<u>Clínica Quirúrgica</u>	Haber aprobado VII Semestre
30834	<u>Subespecialidades Quirúrgicas</u>	Haber aprobado VII Semestre
Noveno Semestre		
Código	Asignatura	Prerequisito
30913	<u>Programas de Salud IV</u>	Haber aprobado VIII Semestre
309218	<u>Materno Infantil I</u>	Haber aprobado VIII Semestre
Décimo Semestre		
Código	Asignatura	Prerequisito
30A13	<u>Administración y Planeación</u>	Haber aprobado IX Semestre
30A218	<u>Materno Infantil II</u>	Haber aprobado IX Semestre
Undécimo Semestre		
Código	Asignatura	Prerequisito

30B14	<u>Administración Inst. 1er. Nivel</u>	Haber aprobado X Semestre
30B26	<u>Forense</u>	Haber aprobado X Semestre
30B311	Electiva	Haber aprobado X Semestre

Electiva

Código	Asignatura
30B311	<u>BIOLOGÍA MOLECULAR</u>
30B411	<u>PROYECTOS</u>
30B511	<u>SALUD MENTAL</u>
30B611	<u>TRAUMATOLOGÍA</u>
30B711	<u>URGENCIAS MÉDICAS</u>

Internado

Código	Asignatura
30C013	<u>Clínicas Medicas del Adulto</u>
30C113	<u>Clínicas Quirúrgicas del Adulto</u>
30C213	<u>Materno Infantil</u>
30C37	<u>Ruralito</u>
30C44	Electiva I
30CA12	Electiva II

Electiva I

Código	Asignatura
30C44	<u>Biología Molecular</u>
30C54	<u>Proyectos</u>
30C64	<u>Salud Mental</u>
30C74	<u>Traumatología</u>
30C84	<u>Urgencias Médicas</u>
30C94	<u>Salud Ocupacional</u>

Electiva II (Internado Especial, no es necesario cursar ruralito y electiva I)

Código	Asignatura
30CA13	<u>Biología Molecular</u>
30CB13	<u>Proyectos</u>
30CC13	<u>Salud Mental</u>
30CD13	<u>Traumatología</u>
30CE13	<u>Urgencias Médicas</u>
30CG13	<u>Salud Ocupacional</u>

Anexo B. Ley 23 De 1981
(18 de febrero).

Por la cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica

La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad, ni de orden económico – social, racial, político o religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituye su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes.

1. El hombre es una unidad síquica y somática, sometido a variadas influencias externas. El método clínico puede explorarlo como tal, merced a sus propios recursos, a la aplicación del método científico natural que le sirve de base, y a los elementos que las ciencias y la técnica ponen a su disposición

En consecuencia, el médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondiente. Si así procede, a sabiendas podrá hacer contribuciones a la ciencia de la salud, a través de la práctica cotidiana de su profesión.

2. Tanto la sencilla investigación científica antes señalada, como en la que se lleve a cabo con fines específicos y propósitos deliberados, por más compleja que ella sea, el médico se ajustará a los principios metodológicos y éticos que salvaguardan los intereses de la ciencia y los derechos de la persona, protegiéndola del sufrimiento y manteniendo incólume su integridad.

3. La relación médico – paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico, el cual impone la más estricta reserva profesional.

4. El médico tiene derecho a recibir remuneración por su trabajo, la cual constituye su medio normal de subsistencia. Es entendido que el trabajo o servicio del médico solo lo beneficiará a él y a quien lo reciba. Nunca, a terceras personas que pretendan explotarlo comercial o políticamente.

5. Cuando el médico emprenda acciones reivindicatorias en comunidad, por razones salariales u otras, tales acciones no podrán poner en peligro la vida de los asociados.

6. El médico, por la función social que implica el ejercicio de su profesión, está obligado a sujetar su conducta pública y privada a los más elevados preceptos de la moral universal.

<http://www.encolombia.com/disposiciones.htm>

Anexo C Transcripción Sociodramas

Transcripción sociodrama. Dos internos. Genero masculino. UTP

Empezamos con un momento de atención al Paciente.....desde que llega.....PRIMER ESPACIO es la pedida de la cita.....SEGUNDO ESPACIO es la atención y el TERCERO, es pues.....todo.....la postatención.....bueno entoncesel primer espacio:

(Paciente se dirige hacia el funcionario que asigna la cita)

Paciente: ¡buenas tardes!

Funcionario: buenas tardesque necesita?

-es que vengo a pedir una cita

-a sí..... muéstreme su carné

(Paciente entrega su carné)

Muéstreme su cédula.....(Paciente entrega su cédula)

el pago del último mes.....

acá

.....¡¡¡¡y no le sacó fotocopia al carné!!!!!!!!!!

No.....

Vaya.....sáquele fotocopia.....pero esa fotocopidora de allí mmmmmmmmm.....entonces tiene que ir a la esquina pa'conseguirloo si quiere aquí se la sacamos a trescientos.....

Peropor qué.....

Porque por cada cita tiene que dejar aquí una fotocopia del carné¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡

Peropero es que yo no tengo plata para pagar.....

Bueno acá se la sacamos y la recargamos a esto.....pero,¿ si traje el pago del último mes?.....

¿El pago del último mes?.....pues no,,,,,en este momento no lo tengo.....¿entonces tengo que ir hasta la casa por el?.....!es que yo vivo muy lejos¡¡¡¡

Si , tiene que ir por el pago del último mes

Si.....

Si porque no le podemos dar la cita.....

¿No puede verificar en el sistema si.....?

Ah¡¡¡¡¡¡¡¡es que se cayó el sistema.....más tardecito.....venga más tardecito y averigüe que en un momentito se recupera el sistema y

Pero es que yo estoy muy enfermo.....

Noy ¡que es lo que tiene¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡.....

Es que me está doliendo mucho la garganta y no soy capaz de mover el cuello.....

Ah , pero eso no es una urgencia.....y ¿hace cuanto que está así?

Llevo como tres días.....

¡!!!!!!11Ah tres días¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡no, eso no es una urgencia;.....tiene que pedir consulta externa.....si, así toca así hermanotiene que venir despuecito oooooooooo pida consulta externa y le toca pagar el bono y todo.....

¿Entonces me toca que devolverme hasta mi casa?.....Y a que horas cierran acá?

A qué horas cerramos?Pues..... urgencias..... hay todo el tiempo.....pero consulta externa, no más hasta las cinco.....pero a las cuatro salgo yo a tomar café.....
 Bueno yo voy para la casa entonces.....
 A en estos quince minutos de pronto alcanza.....
 Listo.....
 A pero la consulta no se la podemos dar con el mismo médico que lo estaba atendiendo, porque el no más tenía contrato por dos meses, entonces lo va a seguir viendo otro médico.....
 (YA LA CONSULTA) Doctor:
 -como le ha ido?
 -no bien doctor y usted como está
 -muy biencuénteme que tiene.....
 -pues no doctor..es que me está doliendo mucho la garganta
 -la garganta¡¡¡¡¡¡y ¿desde hace cuanto?.....
 -pues desde hace dos días.....
 -¿solamente la garganta? O..... qué más le ha dolido.....
 -no, pues también tengo un dolor en la espalda.....
 -a no , no, no ,pero primero le miramos el dolor en la garganta y lo otro lo dejamos para otra consulta.....¿entiende?.....entonces lo del dolor en la garganta; ¿desde hace cuanto?
 -si,..... el dolor en la garganta es como desde hace tres días
 -¿hace tres días? Y qué más he tenido.....
 -no, y mucha fiebre.....no he podido ir a trabajar.....y.....tengo problemas en el trabajo por eso.....
 -y que más ha sentido.....
 -mucho dolor...
 -yes capaz de comer¡¡¡¡¡¡¡¡
 -no,..... porque me duele.....
 -a ver yo examino.....(médico , examina garganta a su Paciente)
 -se le ve como un abseso.....pero entonces..... tiene que pagar copago por el abseso.....para poderle drenar el abseso.....
 -pero no doctor.....yo no estoy trabajando.....no me están pagando.....yo no tengo plata.....
 -bueno listo¡¡¡¡¡¡.....entonces listo¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡.....vea hermano, yo le podría mandar a usted una..... La.....lausted necesita tomarse unas capsulitas.....pero pues como usted.....no tieneentonces hay que drenar.....
 - y qué es drenar, doctor.....
 -que hay que coger la amígdala y hay que sacarle todo lo que tiene por dentro.....
 -¿cuando me puede hacer eso doctor?.....
 -yo se lo puedo hacer apenas pague elapenas pague el bono.....
 -yo no tengo plata doctor.....dejemos que forme cayo eso ahí.....
 -no tiene plata? Pero usted no trabaja?
 -si, pero como están pidiendo el copago.....

-y allá donde le pagan no le dan no le pagan la salud o que.....y el copago de todos modos..... sssssssssssss.....14.500 pesos que tiene que pagar por.....

-no ,pues allá me dijeron que ¡como yo tenía sisben ¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡, eso era el seguro

-tiene que ir a que le organicen eso.....además es que.....si yo le hago eso a mi me glosan la cuenta y también es que lo que usted necesita no está en el POSy.....no ,no, no , yo tengo mucha gente encima pues presionando y después me cobran a mi la cuenta y no, no ,no , yo no me voy a poner a pagar esto.....

-entonces.....

-pero,!!!!!!!1 ahora no me vaya a demandar pues¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡.....por.....porno hacer eso.....perotoca.....usted tiene que pagar las cuentas.....pero bueno.....le voy a mandar pues esta formulita pa'que vaya y.....y apenas pueda se hace,.....se hace.....

-¿yo no puedo preguntar más cosas?¿Ya me tengo que ir?.....

-este.....ehhhhhhhhhhhhhhhhhhhhh.....si, pero pues, en otra consulta .es que.....que más..que más necesitaba.....

-es que le digo que me está doliendo también mucho la espalda.....

-ah si vea pero puede pedir.....en la próxima consulta,,,,,,atendemos eso.....listo¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡

-bueno doctor, muchas gracias

-listo....bueno.....entonces vea, tómese esto...ah....usted tiene que tomarse cuatro pastas , pero en la fórmula nada más le puedo colocar tres.....tómese estas tres.....tómese estas tres, y ahí están las que le cubre pues el formulario.....con esto vaya reclámelas y después nos vemos.....dentro de un mes nos vemos.....

-listo doctor.....

-vaya pues reclame la droga.....

(Paciente va a reclamar la fórmula y le dan donde el funcionario respectivo mostrándole la fórmula)

funcionario: pero el sello¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡.....!!!!!!1los sellos hermano¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡.....vaya donde el médico pa'que le ponga los sellos¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡.....vea: tiene que ponerle un sello el médico¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡ ,otro sello de que usted ya canceló la consulta¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡, comprar un bonito.....el bono, para poder reclamar esta droga....son esas tres oficinas seguidas.....vaya haga las colas y después pasa.....listo

-listo

(PTE regresa con la fórmula y sus respectivos sellos)

-ya le pusieron los sellos.....ya le pusieron todas las firmas

-ah pero aquí le mandaron tratamientos para más de un mes y aquí sólo se dan tratamientos para un mesentonces tiene que decirle al médico que no más le mande para un mes y que le mande bien la posología..... que le anoto parte y le quedó mal anotado.....

(Pte regresa)

- pero doctora, es que yo no conozco la ciudad.....yo como me voy a ir para allá si esto es lo más cerquita que me queda a mí.....

-no señora.....

-como hago para llevarlo a cuba..... ,Kennedy.....,si yo no conozco.....

-no señora pero es que el problema es ese....., yo como la voy a atender aquí si usted no tiene plata....., si yo la atiendo, cuando vaya a salir, la señorita, le va a cobrar , y no la dejan salir de la puerta si usted no paga los 23.000 pesos que vale la consulta.....

-pero tampoco tengo plata para el bus para ir a donde usted me dice que vaya, Doctora.....yo soy una mujer sola con treshijos..... ¡¡¡¡este ..es el menor!!!!!!!.....

-ahi señora,..... estas son situaciones muy difíciles..... pero es que nosotros no podemos solucionar esovea..... ahí Si nos puso a trabajar el sistema.....usted tiene que irse para allá.....

-¡!!!!!!pero entiéndame a mi también.....

-yo si la entiendo señora pero el bebe por ahora no tiene una cosa que el esté amenazando la vida.....está muy malquito y todo peroes por la gripa pero..... entonces usted lo que tiene que hacer es para que no le salga tan caro ,es irse par uno de esos sitios.....

-no doctora no, no le puede hacer nada ,,,,,,,,o por lo menos algo para que le baje la fiebre.....o dígame ¿que le puedo hacer yo en la casa?.....

-no pues en la casa..... le tiene que comprar el acetaminofen y ponerle bañitos para que le bajeo bañarlo para que le baje la fiebre.....

- y.....¿seguro es esa fiebre?.....¿.no tiene nada más?

-pues hasta ahora no tiene nada más.....

(FINALMENTE LA SEÑORA SE VA CON EL BEBÉ.....al otro centro de atención.....)

-DOCTORA, mi niño está muy enfermoooooooooooooooo.....(Paciente en fila de espera)

-médica: buenopues señora siga con el bebé.....

-es que llevo en dos partes y nada que me lo atiendenestá ardido de fiebre, lleva tres días así,,,,,,,no come, en el San Jorge que me quedaba más cerquita, no me lo quisieron atender,,,,,,,yo no séque tenía que venir acá.....

-bueno entonces ponga acá a su bebé (médica lo examina).....entonces yo le voy a hacer esta formulita señora.....

-que es lo que tiene ,,,,,,,,pero ¡!!!dígame que tiene.....

-él tiene una gripita y en Este momento esta maluco por lo de la fiebre y la..... y los moquitos,.....pero el está bien.....

-pero es que tampoco come.....

-ye eso es consecuencia también de lo mismo pero le vamos a mandar unos medicamentos que él ya se va a sentir mejor y va a empezar a

- y..... ¿los medicamentos valen mucho?

Anexo D. Transcripción Entrevista Semiestructurada

Entrevistador pregunta a médica interna:

-Yo quiero que tu pienses porqué para ellos eso fue un conflicto moral esa atención que ellos dramatizaron.....

-Sandra:

pues yo creo que para ellos y para todos los que hemos tenido que vivir pues como el proceso de lo que es puesla aplicación del sistema de salud pues del sistema de seguridad social o sea, es como toda esa tramitomanía pues..... que desde que el Paciente llega a pedir consulta entonces lo atiende una niña que a veces no tiene la información completaentonces o le dice a usted ,en un mes bueno usted los papeles que tiene que traer para la cita son estos y al siguiente mes ,usted vuelve y ya le han cambiado los documentos ya además tiene que traer otras cosas y si usted no trae lo que es entonces no le dan la cita; bueno entonces por ese lado entonces bueno por ese lado, el pobre Paciente ahí si a la cita, yo no sé que.....a no señor a usted le falta tal documento entonces el primer obstáculo que se encuentra el Paciente después.....después llega y el conflicto que tiene uno como médico es, bueno ,ya llegó este señor y no se me puede quejar mucho; tengo sino 15 minutos y en quince minutos entonces solucionarle lo más rapidito que tenga, porque si empieza a preguntar le más , ya no voy a alcanzar.....bueno encima lo de los medicamentos: a Doctor pero si es que esta fórmula es muy buena pero ¡yo no tengo la plata para comprar ese medicamento tan caro;!!!! o es que el medicamento si sería este, pero entonces el pos no lo cubre , bueno ahí ese otro problema tanto para el Paciente como para uno como medico que sabe que a pesar de que dentro de su conocimiento esta talcosa que le sirve, pues uno no se lo puede mandaro que usted quisiera hacer un manejo más integral del Paciente, el tiempo no le alcanza.....

y además usted tiene toda la consulta de ahí para adelante que se le va a represar entonces no va a alcanzar a atender todos sus Pacientes.....bueno por ese ladoy lo que seguía que era pues igual lo de los medicamentos, igual el Paciente.....pues lo que yo he tenido más contacto a parte del hospital es el seguro social y usted llega y efectivamente lo que hicieron ellos nollegamos a no pero es que el antibiótico no estáqueda pendiente puede venir.....ir averiguando por teléfono el viernes.....y el viernes usted llama y a no, no ha llegado.....la próxima semana el viernes y así sucesivamente.....osea esa situación la hemos vivido los que hemos tenido que.....osea tanto del lado del médico como del lado del Paciente.....

-y desde el punto de vista del médico donde ubicas centralmente el conflicto ,desde el punto de vista del médico, donde ubicas el problema mora.....

-Sandra:

el problema moral está en que uno a pesar de que tenga el conocimiento no poder hacer lo que sabe que tiene que hacero sea por tantas limitaciones.....en la parte del tiempo en la parte de lo económico y a pesar de que yo sé que lo mejor para el Paciente es tal cosa, me tengo que limitar a lo que haya.....o sea a mi me parece que ese es el conflicto más grande con el que tenemos que vivir nosotros.

-y tu como vez el manejo que él le dio.....porque él actuó como médico.....él hizo el trabajo del médico.....de pronto recrearon una situación que ya les pasó y tú que opinas del manejo que él le dio.....

- Sandra:

pues a ver muy del lado de lo que es la regla.....o sea como que no se salió de lo que él puede hacer.....

.ahora tú como médica ponte en los zapatos de él y tu vas a ser la médica que estuvo atendiendo ese caso ,,,,¿tú como lo hubieras manejado o como lo has manejado?

(risa de la entrevistada)

-igual

(risa de todos)

interno Ricardo: no, no ,tampoco (mas risas)

-bueno como lo manejarías pues.....digamos que vámonos un poquito a lo que tú desearías que fuera; como tu piensas que debería ser.....tú como médica cómo deberías manejar esa misma situación.....

-Sandra:

pues a ver a pesar de las limitaciones y todo, uno debería o sea , que ,que el Paciente no se sienta como solo, que uno le pueda servir de apoyo , si el le dice no, es que además de la garganta me duele esto, entonces usted también le pone atención a eso , o sea, a mi me parece terrible tenerle que decir: no ,vea entonces pida consulta para otra vez, para un problema que tiene ahora entonces sería como más,,,,,,, o sea a pesar de la limitación de tiempo y todo, tratar de solucionarle lo otro, por ejemplo.....

-venme diciendo cómo solucionarías tu ese problema a él ,,,,,,,el viene con un absceso peri amigdalino de pronto cierto? Que otra alternativa tuya le darías a ese problema que se presentó ahí, tú como médica que estás a cargo de ese Paciente.....tú como piensas que se debería manejar?

-Sandra:

primero, yo lo remitiría al otorrino, o sea, no ,no, no le haría drenaje del absceso yo misma, sino que lo remitiría al otorrino y le pondría el cubrimiento antibiótico que tiene que ser

-que mas

(silencio)

imagínate la situación que tu estás así con el mismo límite de tiempo.....yo sé que no es fácil.....pero es de prontosi lo es cuando tú dices si un momentito a ver yo soy la que tengo aquí los quince minutos, el es el Paciente , yo que le voy a decir con ese absceso yy esculca tus criterios a ver tu que harías en ese caso y con esos quince minutos que tienes para el Paciente.....qué te preocuparía.....

- Sandra:

Pues me preocuparía que el Paciente se fuera así. o sea o sea que no se hiciera el drenamiento.....entonces pues no ,no, no sé que más.....(risas)

nono se no simplemente no es que acaso yo diga que haya que hacer algo más sino que quiero ver tu perspectiva para saber si es de pronto es diferente a la que ellos están manejando.....como alternativas de solución.....bueno supongamos que tú estás en un rural.....ahora tú que vas pues para un rural.....es el mismo caso, pero tú estás en un rural.....cómo la manejarías.....

no pues haber igual.....el va a mi consulta .yo lo veo yyo hago el diagnóstico.....

un absceso verdad? Listo bueno cómo manejarías tu ese absceso.....como rural.....tu tienes.....a te cuentode rural ...por si no sabes tienes algunas prerrogativas allá hay un poco más de libertad, en la mayoría de las ocasiones el rural sobre todo enfiles de semana es el que decide que se dice que se hace en ese hospital osea que prácticamente sería como el director o sea allá tu tienes un poquito más del libertad.....¿.tu que harías?.....

Sandra: o sea a mi lo que más me importa es que el Paciente no se vaya a quedar con problemas sin resolver ;o sea yo llamo y miro la posibilidad de una remisión y si no se puede hacer entonces yo lo dreño en el pueblo y le pongo el antibiótico o sea si el problemapues no se.....si el problema es económico noasea y uno le manda la fórmula pero eso no le garantiza que el Paciente la vaya a comprar o que vaya a poder comprar los medi....

Y eso ¿te preocupa ¿o no te preocupa.....

Pues si.....

¿cómo lo solucionarías?

No(risas) no encuentro la forma

Ricardo: no pues es que yo creo en el contexto de de hacer uno el rural la idea es que unouno por lo menos salga con una propuesta u poquito más.....pero yo digamos de todos modos ese Paciente nunca va a ocupar todo el tiempopues yo si le gastaría un poquito más de los quince minutos y seguro que va a ver un Paciente que no se me va a gastar los quince.....lo atendería en ese contexto pues para enmarcarse dentro de los quince minutos que...le dan a unopero.....pero pues yo creo que uno si podría salir con una propuesta de tipo administrativo y crear una que.....que los procedimientos..... ehque ese tipo de procedimientos se pasen a urgencias, yo lo pasaría al médico que esté de urgencias,, para que le haga el procedimiento ,pero con más tiempo..... me imagino que..... si en ese momentoestási uno es el mismo médico de urgencias, si es de consulta externa y es el de urgencias,,,,,, en un fin de semana..... pues igual; uno tendría que manejarlo ,no lo dejaría uno de atenderlo,,,,,,tendría que gastarle el tiempo..... si ya ,ya ,después miraría como maneja con los otros Pacientes que van llegando.....si se necesita más personal y hacer la propuesta a nivel administrativo.....

yo tengo el contacto directo, sino en todo en todo en todos los posibles eh en todo el proceso que tiene el Paciente porque pues por eso para mi ese es el trabajo del médico: la atención y no solamente la atención ahí, sino todo lo que rodea la atención entonces por eso para mi y para mi compañero es un problema moral.....

-Ricardo:

uno está sujeto no solamente a los a los criterios de conocimientos que uno tenga o a las cosas que haya aprendido a como sabe hacer las cosas, sino que tiene que remitirse a un mundo de terceros.....

-¿como cuáles?

los administrativos, los judiciales, tener uno la presión de ¿qué le mando?..... porque le mando?, si lo mando de pronto me lo glosan?, si lo remito me lo van a contraremitir?, si no le mando me va a demandariiiiiiiiii, está uno con ¡!!!!!!!11tantas presiones iiiiiiiiiiiiiiiiiiiii que uno no sabe como debe actuar hacia donde debe mirar.....como.....eso me parece que es uno de los conflictos más grandes que hay en una consulta.....

qué otras presiones crees que se pueden estar dando ahí.....

Ricardo:

es la presión administrativa,la presión del mismo Paciente y sus familiares o el entorno, es la misma presión política que hay alrededor de todo.....porqueuno llega a la consulta y para las epss donde uno esté trabajando a para la E.S.E donde uno esté trabajando, entonces para ellos uno tiene que atender, uno debe hacer todo, todo, tiene que cubrir todo tiene que llegar a hacer la atención de la patología tiene que hacer el RIP en el momento, pero ellos no le dan a uno el espacio o el momento,lass garantías para que uno pueda hacer, ellos todo lo ven en el sentido financiero.....yo no sé si es porque a uno no lo han formado desde ahí.....pero a uno no lo forman para ver la práctica médica como algo financiero.....a uno lo hacen ver por otro lado que es el que uno cree,yo no sé si todos coincidimos que para todos haya un impacto social.....disminuir enfermedad, disminuir mortalidad, enfermedad, como otra cosa.....no tener rentabilidad económica...en una pues.....uno va a trabajar en una EPS , pues pa´ que gane plata,,,,,,,,,,,,uno va a atender la gente , pues ¡!!!!!!! como va a hacer las cosas como se las han enseñadoiiiiiiiiiiiiiiiiii, no con un criterio de que va a ganar plata.....

-Diego: la rentabilidad que la entendemos ,es como una rentabilidad social..si ..como lo que uno como médico desde la profesión le puede ofrecer a la comunidad.....pues para eso sería....no como para aumentar los ingresos económicoseso no sería como la idea la atención.....

-Ricardo: yo no sé que pensarán los de las epss que están en este momento dentro de las 100 mejores empresas más rentables del mundo.....yo pues siendo gerente de una empresa de esas me daría verggggguuuuüenza iiiiiiiiii tener una eps dentro de las 100 más rentables.....

- por rentabilidad económica o desde otro punto de vista

-Ricardo: si, si pues es que hacerse uno,.....tener una empresa con la rentabilidad de la.....con la enfermedad de la

gente;!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!hacerse uno ricopues yo no sé.....!!!!!!!1111eso moralmente es muy cuestionable...!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!.....

-desde que punto de vista

RICARDO:

pues desde que.....es que.....la enfermedad es una dolencia.....es algo que está disminuyendo calidad de vida.....!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!que para poderse hacerse rico una persona , tiene que volverlo más pobre, más deprimente.....yo no séeeeeeeeeeeeeeeee.....

DIEGO: a mime parece que nunca en salud uno va a poder tener una rentabilidad económica!!!!!!!!!!!!, porque.....porque uno tiene que estar pensando en que lo que le va a brindar al Paciente tiene que ser mejor

Pongamos el caso más sencillo.....

-Porqué?

Diego: POR ESO,.....le voy a poner el caso.....porqué? si yo soy el Paciente y a mí me están ofreciendo solamente simplemente digamos la comida: un pan con café pero pero el hospital digamos en un momento dado o en una epsporque está recibiendo más ingresos entonces le puede estar ofreciendo más al Paciente por ejemplo..... entonces que al café le puedan colocar leche.....leche con pan.....entonces siempre va a ver algo que se le pueda adicionar a esa atención para que sea mejorporque la finalidad de la atención es que cada vez sea mejor y sea más integral entonces a mime parece que, que ,que nunca usted va a poder decir que la atención fue completa y que no hay necesidad de agregarle más porque siempre las necesidades humanas siempre van a ser mayoresy si usted las ve desde cualquier punto de vista entonces lo que usted le ofrece al Paciente siempre se queda corto.....nunca vamos a llegar a cumplir todas sus necesidades.....o así lo veo yo.

Ricardo:

yo lo veo así.....todo lo que todo lo que genere.....todo lo que signifique bienestar es demassssssssssiiiiiiiiiiadodemasiado costoso para poder llegar a un estado pues de calidad de vida que le garanticen una calidad de vida normal puesdigna por lo menos..... a una persona.....eso es costoso por eso la gente que tiene más pues aporta ,aporta ,para que los que tienen poquito..... puedan tener algo de bienestar.....y, y ,y ,y o pues si es el principio de equidad por eso,,,,,, es uno de los !!!!tantos!!!!!!!!!!!!principios de la ley 100 ; de equidad-.....tanto se llenan la boca diciendo eso.....no y eso no se ve como muy clarose ve por allá porque la cuota moderadora de unos se ve más alta y en otros más bajita

Diego:

no pero la equidad en el sistema no se vedesde el momento en que usted tiene un desde,,, desde el momento en que todo se mide por unidad de pago por capitación, se está asegurando a algo y yo nunca veo que desde que uno se esté asegurando a algo , no pueda tener una atención integral pues uno asegura algo, contra un tope pero nunca se va asegurar, nunca va a asegurar

caso y ¿uno tener que negarle?? esa atención que se supone todos debemos tener, todos bebés,,,,,no sé.....

¿Porqué crees tu que todos debemos tener esa atención?

Pues es que ese.....debería o es un derecho de tener una buena atención en salud.....

Derecho de que tipo?.....legal?.....

Fundamental Para mantener unno sé.....si decimos que vamos a defender la vida y que tenemos unos derechos fundamentales.....para preservar la vida, tenemos que mantener una buena salud y preservar eso y asegurar eso.....entoncesssssssssssss.....no sé.....

Tu sientes el conflicto como medica en que parte.....en que momento de esa atención.....

Cuando le tengo que decir a la mamá que no lo puedo hacerque no la puedo atender.....teniendo todas las posibilidades los conocimientos de poder brindar esa atención.....

Cómo crees tu que la médica manejó esa situación.....

Pues esa que mireuno también lamentablemente.....es que allá abajo se va volviendo como tan repetitiva esa situación....que uno.....tampoco sería como.....!!!!!!!1no se enfría!!!!!!!!!!!!.....porque uno...uno.....pues yo personalmente.....no he llegado como al punto de volverme fría y decir pues.....!no de malas le tocó irse a otra parte!!!!!!!!!!!!.....pero si es como ya eso es lo que tiene que hacerse acá.....es el mecanismo que tiene la institución y uno no se puede sentar uno con la señora.....señora es que no.....llorar con ella y no.....es que ahí viene como el conflicto,,,,,,,pensándolo bien.....o sea yo quiero atenderla.....pero también tengo que ser muy fría con ella.....para decirle vea es que no se puede y tiene que irse para atrapar.....

Tu tendrías otra alternativa de manejo ahí en esa situación?

Silencio.....y darle otra....otra.....

Si tu piensas que habría otra manera de hacerle esa atención?

Silencio...

Se te ocurre otra idea para haberla manejado de otra manera?

Pues sien el momento de la atención acá había hecho (refiriéndose a su compañera que hizo el papel de médica) lo quelo que tu dijiste que le dabasacetaminofen.....no se que.....pues en la segunda consulta.....

Pues acá si se tiene el acetaminofen ahí dele lo que necesita de acetaminofen por el momento y dele instrucciones.....esas instrucciones básicas...supuestamente para manejar la fiebre.....pero es que....ahi yo que puedo decir: si ,vea, tiene fiebre y vaya a un primer nivel que lo mirensi está muy grave,lo remiten y si lo remiten yo lo atiendo porque así es la situación.....

Y si fuera el hijo de una amiga? Cómo la manejarías?

Silencio.....

Habría diferencia en el manejo? Al de esa persona extraña con el hijo de una amiga.....una amiga muy allegada.....

de las presiones.....el estrés que genera la consulta.....muchas patologías que uno ve....

R: si está mal o bien es muy difícil porque uno quisiera que todos los niños que lleguen con fiebre.....apenas lleguen con fiebre hacerles toooooodo el estudio radiológico, hacerles paraclínicos pa los que sea, mandarles los exámenesbueno.....que seeeeeeeeeeeeeeeeepa' lo que sea.....y mandarles todo el tratamiento pero bueno si de igual forma no se puede.....toca prestarse para el juego....siiiiiiiiiiiiii.....

Si ustedes fueran los dueños de la eps, cambiarían también de acción.....si fueran accionistas.....

R: de eps?

Aja?

R: Pero bueno, yo insisto que en lo que es salud y educación no, no, no hay, no debería existir siquiera la posibilidad de negociar.....es que hay sistemas de salud Canadá,,,,,,en Canadá está totalmente prohibido montar EPss.....usted monta todo lo adicional ,,,,,pero no atención básica.....usted si quiere monta una clínica superespecializada.....pero no las cosas básicas.....no eso no se debería negociar.....

DM: yo no me imagino siendo dueño o accionista de una eps, porque yo no comparto la idea de una eps.....o sea para mi la eps es una empresa que está viviendo de de.....las desgracias de las demás personas y eso no está bien.....como decía Ricardo.....ni la salud ni la educación.....deberían ,deberían estar.....dependen de la demanda....la salud debería dar oferta.....ofrecer...ofrecer..... porque pues para eso es.....no,,no ,tener unos indicadores de mortalidad y dependiendo de cuanto consulta un menos de 10 años, programar consultas para la población que estamos quea la población que le vamos a generar un impacto.....uno tiene que tener un equipo...que....que esté capacitado para atender y para ofrecer.....pues esa es la idea.....

S: pues a mime parece que eso le genera a uno como oooooooooo un conflicto ético, porque uno piensa listo, lsi la, la salud la debería garantizar el gobierno o sea que todo el mundo estuviera en igualdad de condiciones, pero de otro lado, es una profesión y nosotros tenemos que vivir, tenemos que comer, tenemos que alimentar a nuestros hijos, tenemos que mandar a nuestros hijos a la universidad.....tene.....bueno igual, igual que otra persona...entonces eso le genera a uno un conflicto porque que horrible!!!!!!!pero igual yo tengo que garantizarme que tenga un salario para poder vivir.....entonces que hacemos?nos hacemos parte del sistema simplemente entonces empezamos a limitar a limitar l ao sea igual las eps donde vamos a resultar trabajando la mayoría, tiene sus indicadores, entonces es que no mande tantos medicamentos, que no pida tantas interconsultas que no mande tantos paraclínicos.....usted tiene que adecuarse a ese sistema porque usted tiene que vivir.....su vida, usted tiene que comer, como ya dije.....o sea vivir.....y ese es un conflicto con el que tiene que aprender uno o seaa vivir.....

Anexo E. Guía Entrevista Semi-Estructurada

TEMA: Situaciones morales problemáticas y juicios morales en la práctica médica de internado

OBJETIVO: Identificar las situaciones morales problemáticas y juicios morales en la práctica médica de internado

PERFIL DEL INFORMANTE: Estudiante de Internado del programa de Medicina, que se encuentra enfrentado a situaciones morales problemáticas

CONDICIONES AMBIENTALES: Se convocara a los estudiantes a un espacio cerrado donde puedan expresar libremente sus situaciones y opiniones.

MEDIO DE REGISTRO: Grabación

PREGUNTAS DE REFERENCIA

- 1 ¿Porque consideran que para ellos las situaciones que se presentaron implican un conflicto moral?
- 2 ¿Desde el punto de vista del médico donde ubican el conflicto o problema moral?
- 3 ¿Que opina sobre el manejo que se le dio a la situación?
- 4 ¿Cómo lo hubiera manejado o como lo ha manejado?
- 5 ¿Si se maneja de una forma diferente a usted le preocupa?
- 6 ¿Y porqué cree que lo que usted dramatizo es un problema moral?
- 7 ¿Si fuera un amigo la atención sería diferente o no, porque?
- 8 Y si es un familiar, no muy cercano, actuaría diferente
- 9 ¿Y si fuera el hijo de una amiga, Cómo la manejaría?
- 10 ¿Qué presiones externas considera que se pueden dar en la práctica médica?