

RESUMEN

Nuestro objetivo fundamental está basado en los criterios morales que subyacen a la práctica de un grupo de médicos, por lo tanto es de gran importancia aclarar que el criterio moral lo podemos definir como el elemento que subyace a mis acciones y que lo explico cuando lo hago consciente y lo hablo. También, como aquellos elementos que movilizan mi acción, y que se derivan de principios morales (lo justo, la vida buena, etc.), que toman un lugar en la cultura. De acuerdo con lo anterior, los criterios morales son considerados la base de la justificación moral, la manera como éstos han sido entendidos, nos permite, al mirarlos desde la perspectiva filosófica, clasificarlos en: Criterios morales previstos o subyacentes desde la sensibilidad y los sentimientos morales (Hume, Smith, Strawson); Criterios morales desde una idea procedimental (Habermas, Gauthier, Bauman); Criterios morales en el sentido de lo público (Rawls).

Al preguntarnos por el sentido y significado de los criterios morales que subyacen en la práctica de un grupo de médicos, basados en la toma de sus enunciados y su traducción para poderlos comprender, damos respuesta a un interés investigativo de carácter interpretativo y comprensivo, lo cual implica la utilización de un diseño cualitativo de corte hermenéutico. Para la realización de la investigación debimos desarrollar diversas actividades contenidas en tres fases: Determinar y delimitar la población objeto de estudio (9 médicos). Recolección de información (entrevistas individuales y discusión de grupo). Análisis de la información (descubrir diferencias y relaciones que nos permitan determinar la identificación de criterios morales en los médicos).

Palabras claves: Criterios morales, práctica médica, sensibilidad moral, responsabilidad social, Ley 100.

CAPITULO UNO: DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Un factor determinante en la vida de los seres humanos ha sido el convivir permanentemente con las normas morales que de diferentes maneras han afectado su comportamiento; éstas han sido aprendidas bien sea mediante un consejo, una orden, una obligación o una prohibición, con la finalidad de orientar o favorecer las interacciones sociales.

Pero en sí, ¿qué es una norma moral? Podemos definir la norma moral como el conjunto de valores, principios, reglas de conducta, prohibiciones, de un colectivo de una determinada época histórica, y que sirve como modelo ideal de buena conducta socialmente aceptada y establecida. Por su parte Strawson define la moralidad “en términos de reglas y principios que gobiernan el comportamiento humano y que se aplican universalmente dentro de una comunidad o clase”¹. La moral es el *facto* que se encuentra en todas las sociedades, ese conjunto de normas que se transmiten de generación en generación, evolucionan con el tiempo y que de alguna forma muestran diferencias respecto de una sociedad a otra, pero siempre con la finalidad de orientar la conducta de los integrantes de cada grupo social. La moral es la acción, pregunta por el qué debo hacer.

Teniendo claro el concepto de moral, nos podemos adentrar a nuestro objetivo fundamental que está basado en los criterios morales que subyacen a la práctica de un grupo de médicos, por lo tanto es de gran importancia aclarar el concepto de criterio moral que lo podemos definir como el elemento que subyace a mis acciones y que lo explico cuando lo hago conciente y lo hablo. Elementos que

¹ STRAWSON, Peter F. Libertad y Resentimiento. Barcelona: Paidós, 1995. p. 73.

movilizan mi acción que se derivan de principios morales (lo justo, la vida buena, etc.) que toman un lugar en la cultura.

Ahora bien, el principio moral, visto desde la filosofía moral se entiende como aquel “criterio último que no puede deducirse de una norma superior y que actúa como canon de la deducción, de la fundamentación y crítica de las normas subordinadas. El principio moral es así el criterio supremo de la argumentación, que se invoca implícita o explícitamente en toda justificación de juicios morales singulares o generales”².

Así, el juicio moral se construye gracias a la capacidad racional del sujeto que le permite preguntarse por la rectitud de sus acciones. Uno de los fundamentos básicos del juicio moral son los sentimientos, son las emociones que nos permiten realizar el juicio moral; son los sentimientos quienes pueden demostrar la bondad o la maldad de las acciones humanas. Por lo tanto, la moral está basada en los sentimientos, entendidos éstos como un “fenómeno psíquico que va desde las percepciones sensoriales hasta la designación de una modalidad peculiar de sí mismo y del mundo, a través de diferentes estados anímicos; ahora bien el sentimiento moral es el que actúa sobre las inclinaciones desinteresadas como sensorio interior y como facultad emocional”³.

Por lo tanto, el criterio moral está asentado en el sentimiento moral puesto que este sentimiento al confrontarlo con la norma nos ayuda a tomar la decisión más adecuada en pos de favorecer la situación del otro. Esto implica que al hablar de sentimientos desde la perspectiva de diferentes autores, se relacionen en forma directa con el concepto fundamental de criterio moral.

² HÖFFE, Otfried. Diccionario de Ética. Barcelona: Crítica, 1994. p. 221.

³ Ibid., p. 253.

De acuerdo a lo anterior, los criterios morales son considerados la base de la justificación moral, la manera como éstos han sido entendidos, nos permite, al mirarlos desde la perspectiva filosófica, clasificarlos en:

- Criterios morales previstos o subyacentes desde la sensibilidad y los sentimientos morales (Hume, Smith, Strawson).
- Criterios morales desde una idea procedimental (Habermas, Gauthier, Baumann).
- Criterios morales en el sentido de lo público (Rawls).

Criterios morales previstos o subyacentes desde la sensibilidad y los sentimientos morales

Autores como Hume y Smith, plantean que los sentimientos morales se orientan fundamentalmente desde el sentimiento de la simpatía; cabe anotar que los sentimientos morales para cada uno de los autores es diferente. Hume (1981) define la simpatía en relación con el “gusto interno” por un hecho observado o contemplado (percepción), a través del cual el hombre puede expresar el valor (afecto o disgusto) y/o la aprobación moral que en determinadas circunstancias cualquier acción puede generarnos. Para el autor esa sensación interior “sentida en el corazón” no puede ser determinada como un juicio racional al no poder ser expresada como verdadera o falsa, sino que al tratarse tan sólo del placer o gusto que se siente al contemplarla puede determinarse como aprobación, aprobación moral.

Por lo tanto, los sentimientos, según Hume, son los que establecen realmente los juicios morales y estos a su vez definen nuestro comportamiento al orientar lo que debemos o no hacer. Igualmente, la razón no puede prescribir nuestro comportamiento, considera que el conocimiento intelectual no puede determinar o evitar éste, puesto que dicho conocimiento sólo relaciona ideas, esto lo lleva a

decir que es un conocimiento de hechos y que los hechos son hechos y no juicios morales.

Sin embargo, en su análisis Hume no niega que la razón intervenga al crear el juicio moral, lo que niega es que la razón sea la única que interviene en el juicio moral, e incluso niega que sea el elemento más importante; pero tampoco afirma que la razón esté totalmente fuera de la elaboración del juicio moral: *“el bien y el mal morales son ciertamente discernibles por nuestros sentimiento, no por nuestra razón. Pero estos sentimientos pueden surgir, o por la mera especie o manifestación del carácter o las pasiones, o por la reflexión sobre su tendencia a la felicidad de la humanidad de los individuos”*.⁴

Concluye que en el auténtico fundamento básico del juicio moral se encuentran los sentimientos, y son estos los que pueden mostrar la bondad o la maldad de las acciones humanas.

En Smith (2004) el sentimiento de simpatía es la facultad de participar en las emociones de los otros; es “aquella que hace que la virtud radique en la utilidad, es decir, que los sujetos implicados en el acto que genera esa simpatía reconocen la cualidad de ésta y se adhieren a la felicidad del otro”⁵; esto implica un principio aprobatorio de los actos, el cual se determina por las emociones o sentimientos que genera la aprobación o no de una acción. Esta aprobación o no se encuentra mediada por el grado de simpatía dada por la compasión o benevolencia sentida ante un acto de dolor o felicidad vivido por otro.

Mientras que la benevolencia para Hume es entendida como aquella reacción de bondad que nace del sentimiento de la simpatía cuando ante un hecho observado

⁴ HUME, David. Tratado de la Naturaleza Humana. Madrid: Orbis, 1981. p. 838.

⁵ SMITH, Adam. Teoría de los Sentimientos. México: Fondo de Cultura Económica, 2004.

se expresa el afecto que genera una acción, con el objeto de obtener placer o gusto para determinarla como aprobación moral, para Smith la benevolencia es entendida como aquella emoción que da la posibilidad de sentir el sufrimiento o felicidad del otro, con la finalidad de tener la posibilidad de compartir la angustia, el dolor o la alegría de aquel que ha sido afectado.

Por su parte Strawson (1995) plantea como principales sentimientos morales la indignación, el resentimiento, la vergüenza y la culpa. La indignación como aquella actitud reactiva análoga al resentimiento; tanto la indignación como el resentimiento son reacciones emocionales reprobatorias debido a un comportamiento de ofensa o de indiferencia hacia nosotros o hacia otros individuos, en el primer caso, aparece el resentimiento y en el segundo surge la indignación. Igualmente afirma que la indignación "es resentimiento en nombre de otro, uno en el que ni el propio interés ni la propia dignidad están implicados; y es este carácter impersonal o vicario de la actitud, añadido a los demás, lo que le otorga la cualificación de moral"⁶. Por lo tanto, estar moralmente indignado muestra la exhibición de una actitud moralmente desaprobadora.

De acuerdo a lo que plantea Strawson se considera entonces que el resentimiento es el ofenderme por la ofensa que he recibido; y la indignación es ofenderme por la ofensa que se ha inflingido a otro. La vergüenza es el ofenderme contra mi propia persona por los comportamientos incorrectos.

Por lo tanto, la indignación es un principio de solidaridad que se tiene con respecto al otro, y la culpa es un reconocimiento de la vergüenza.

De acuerdo a Strawson surgen entonces unas actitudes autocorrectivas que están asociadas a la demanda social de benevolencia, en caso de ofensa la sociedad

⁶ STRAWSON, Op. cit., p. 53.

exige castigo, y el individuo reconoce su culpabilidad debida a la acción de daño u ofensa, aceptando el castigo y realizando una búsqueda de perdón.

Otro aspecto relacionado con los sentimientos, es lo que Hume considera como moralidad, la cual surge en y de nuestra identificación simpática con nuestros semejantes, o bien reside directamente en el bienestar, y que nuestros afectos tienden a tener una disposición favorable al respecto. Igualmente la moralidad se funda en las preocupaciones generalizadas de simpatía, dirigidas hacia los demás, que la mayoría de nosotros tenemos, por lo tanto estas preocupaciones ponen freno al interés, al favoritismo y a la parcialidad con los que a menudo tratamos a los demás.

Criterios morales desde una idea procedimental

Habermas (2002) plantea que los sentimientos tienen un contenido proposicional, es decir el de un enunciado susceptible de ser verdadero o falso, lo que implica que pueden tener un juicio moral de acuerdo al comportamiento que genera la acción, -la acción es un comportamiento orientado por reglas, en tanto que éstas adquieren su sentido de la intención del agente, estas reglas que subyacen a una práctica pueden ser aceptadas o rechazadas- sin embargo aclara que la razón hace parte de la elaboración del juicio moral; y concibe la razón como: "la facultad productiva que extrae la máxima certeza a partir de la autolegislación racional"⁷, por lo tanto, la razón se considera como una argumentación, a lo que Habermas ha llamado argumentación discursiva. Es decir que el juicio moral está conformado por los sentimientos y por su racionalidad; o sea el auténtico fundamento del juicio moral se encuentra en los sentimientos, y son éstos los que pueden mostrar la bondad o la maldad de las acciones humanas. Por lo tanto, se deduce que los criterios morales son aquellos que generan el juicio moral de una acción.

⁷ HABERMAS, Jürgen. Verdad y Justificación. Madrid: Trotta, 2002. p. 261.

En Habermas (1983) el juicio moral es parte de una práctica social del intercambio con otros, a partir de la cual se predica la verdad o falsedad de los juicios morales, en el caso de las normas, éstas se interponen entre los actos del habla y la realidad empírica, en la existencia de relaciones objetivas y en la veracidad de los enunciados afirmativos correspondientes se da una relación interna que no se da entre las relaciones objetivas y las normas; esta diferencia es lo que justifica que las condiciones de validez de los juicios morales dependa de una lógica del discurso práctico, mientras que los juicios empíricos requieren reflexiones cognitivas que son independientes de la lógica de los discursos teóricos.

Los juicios morales evidencian la racionalidad de las personas demostrando su desarrollo moral que se refiere a la orientación de los principios éticos universales, abarcando esencialmente las decisiones morales basadas en el reconocimiento del otro a través de principios, derechos y valores.

Habermas asume su teoría desde una perspectiva Deontológica, es decir, que una acción debe ser juzgada por ella misma, mientras que Hume asume su teoría desde una perspectiva Teleológica, que considera que una acción debe ser juzgada por las consecuencias que de ellas se derivan. Por lo tanto, se supone que las acciones morales surgen por los sentimientos que se provocan en nuestro interior, pero que una vez pasado el nivel individual, esas mismas acciones pueden ser llevadas a un nivel grupal o colectivo; de aquí que se piense que para el proceso de elaboración del juicio moral existan dos fases:

- La fase individual, donde cada persona decide su opinión moral fundamentada en su sentimiento interior, es decir, decide su opinión moral a través de sus sentimientos.
- La fase colectiva o grupal a través de la convivencia y el diálogo. Citando a Habermas, el grupo establece una norma moral de obligado cumplimiento, esta

norma se da mediante la acción comunicativa, donde el grupo asume su responsabilidad de aceptación (ética del discurso).

Lo anterior nos lleva a insistir en la necesidad de un consenso basado por el derecho a la dignidad y a los derechos fundamentales de cada individuo, de tal forma que en las relaciones sociales cualquier sujeto debe ponerse en el lugar del otro (Smith), el ponerse en el lugar del otro, permite que sean reconocidos aquellos sentimientos que orientan los actos y que por tanto pueden ser aprobados o no.

El consenso dado en la interacción entre los sujetos, debe definir los principios que lo sustenten, para ello Gauthier (1998) plantea que, al comprender la naturaleza racional de cada sujeto, y al observar que en la interacción deben definirse los principios para una interacción cooperativa, sólo y a partir de un acuerdo racional pueden determinarse las actitudes y principios morales que permitan tal interacción, es decir, que sólo en la interacción de individuos racionales es posible la justificación racional del comportamiento moral.

Es aquí donde surge la característica moral de la norma, la cual es dada en la disposición que cada actor racional debe poseer para la cooperación, por consiguiente, el individuo debe, a través del acuerdo racional con otros (Moralidad Contractual) aceptar y adherirse a las prácticas morales definidas por la interacción como deliberadores racionales, sin ninguna coacción e interponiendo la importancia del beneficio común en la búsqueda y logro de sus propósitos.

Una fundamentación racional de la moral no puede tener lugar sino existen en el individuo disposiciones concordantes, las cuales deben haber sido originadas en un proceso de interacción, esto significa que la motivación primaria para actuar de acuerdo con una norma moral no consiste en una reflexión racional acerca de si la acción es adecuada o no, sino básicamente en una disposición para ciertos tipos

de acciones matizadas con una manera afectiva específica (Gauthier, 1998). Por lo tanto la disposición para la acción moral está constituida por tendencias emocionales que dan lugar a un conjunto de sentimientos morales. De esta manera, la capacidad de un individuo para actuar de manera moralmente responsable depende de si es capaz de sentir culpa y vergüenza al violar una norma moral en la que ha sido socializado o educado, e indignación y resentimiento si son otros que violan las normas morales que el sujeto en cuestión adhiere.

Habermas justifica la moralidad como la base de las condiciones del discurso, desde esta perspectiva se considera que debe concebirse una interacción comunicativa de tal forma que si se presentan conflictos sobre las convicciones morales, no tienen que generar un enfrentamiento que conlleve a la manipulación o la violencia, sino que deben ser resueltos mediante un procedimiento discursivo, lo que significa que la racionalidad comunicativa debe trasladarse a la acción del discurso, de tal forma que sean sometidas a argumentación. Este proceso de comunicación funciona siempre que se tenga la capacidad de entender al otro, de esta manera se daría un consenso racional.

La moral que resulta del individualismo encuentra su fundamento normativo en la razón intersubjetiva, - considera la razón desde dos perspectivas, una perspectiva práctica y otra teórica; el uso práctico de la razón está definido como la "facultad de las ideas constitutivas que determinan la voluntad"⁸ y el uso teórico como "la facultad de las ideas constitutivas que solamente guía el conocimiento propio del entendimiento"⁹, - es decir, que nace de la propia comunicación, en cuya práctica se socializan los individuos.

⁸ Ibid., p. 262.

⁹ Ibid., p. 262.

Habermas (1983) sostiene que la argumentación moral requiere de un esfuerzo cooperativo, es decir, que la fundamentación de la norma requiere de un discurso real que no es monológico sino de carácter cooperativo dentro del ámbito social. Igualmente sostiene que una búsqueda cooperativa de la verdad es el acceso confiable a un conocimiento moral. Ahora bien, la verdad moral se constituye por el consenso de la práctica real de la discusión moral mediante la práctica discursiva social destinada a cooperar y a evitar conflictos por la convergencia de las acciones y las actitudes que el consenso da en la aceptación de principios para guiar la conducta. En síntesis, sostiene que no hay principios morales válidos en tanto no se den como resultado de una discusión moral real, dada a través del respeto a la imparcialidad. A la verdad moral se llega mediante la discusión y la decisión colectiva.

En Habermas las concepciones morales, -dadas a través de los sentimientos personales que al establecer un diálogo sobre cuestiones morales funciona de forma racional a pesar de que el origen sea sentimental- están determinadas por el lenguaje moral que son manifestaciones gramaticales; estas concepciones morales están relacionadas por los juicios relativos al comportamiento permitido o no por las normas, a las reacciones que se tengan de aprobación o rechazo y a las razones que justifican la actitud de aprobación o rechazo; de estos juicios relativos surge la justificación moral.

Por lo tanto, las concepciones morales generan enunciados que pueden ser considerados correctos o incorrectos de acuerdo a la evaluación de un comportamiento, es decir, de una acción.

Ahora bien cuando se vulneran las normas aparecen reacciones que generan sentimientos tales como rencor, culpa, indignación, rabia, vehemencia, que son considerados reacciones negativas; pero si se realizan comportamientos de ayuda

se pueden generar sentimientos de agradecimiento, admiración y respeto, que son llamados reacciones positivas. (Habermas, 2002).

En Habermas (2002) la justificación moral es aquella que muestra las razones sobre las cuales se da la corrección normativa, y las normas deben de estar en discusión para que sean reconocidas y puedan entrar en consenso; el reconocimiento de las normas es lo que se llama validez moral, por lo tanto la justificación moral obedece a la razones por las cuales una persona está obligada o no a hacer determinadas cosas.

Se deduce entonces que el comportamiento que genera la acción en el juicio moral es lo que hace que se defina el criterio moral, criterio moral que está sustentado en cuanto al referente normativo, por lo tanto, tal como lo afirma Habermas este juicio moral está conformado por los sentimientos y por la racionalidad orientada desde la normatividad. Ahora bien, para Gauthier, el comportamiento moral que sustenta el criterio moral está fundamentado en la interacción cooperativa entre sujetos y ésta interacción justifica a su vez dicho comportamiento moral.

Si bien Habermas y Gauthier plantean las normas con base en el consenso y la interacción, Baumann las considera desde una perspectiva de la empresa cooperativa, de tal manera que los actores que generan su máxima utilidad puedan de igual manera generar normas en beneficio de los implicados en la empresa (personalidades morales) generando un excedente de moral para la satisfacción de una demanda moral de una sociedad en su conjunto.

Para este autor la creación de las normas se da a partir de la empresa cooperativa, puesto que un comportamiento sujeto a normas abrirá básicamente la posibilidad de explicar también un comportamiento genuinamente moral como consecuencia de una orientación racional según intereses, siempre y cuando se

pueda explicar que es útil para una persona sujetarse a las normas de la moral; un punto de vista centrado en los intereses puede coincidir con un punto de vista moral.

Es así como Baurmann considera necesario que las normas de la moral tengan una identidad moral. Por identidad moral se entenderá aquí el hecho de que una persona esté sujeta en sus acciones no sólo a una colección aditiva de normas individuales aisladas recíprocamente en el sentido de un catálogo de normas, sino que sus normas personales sean elementos de un orden normativo que contenga tanto normas de comportamiento concretas y específicas, así como también determinados principios generales en tanto "normas básicas". Por lo tanto, de personas con identidad moral se puede esperar que bajo determinadas condiciones realicen exactamente determinadas acciones y que acepten, además, ciertas directrices de la reflexión moral.

A partir de la identidad moral se generan las personalidades morales, son personas que se comportan de acuerdo a las normas sociales, no corren peligro de sanciones negativas en caso de que se aparten de ellas, tampoco esperan gratificaciones por su cumplimiento, su virtud ¹⁰ no es simulada, y se orientan por principios de respeto y equidad. Estas personalidades producen un excedente moral que beneficia a los demás miembros de la sociedad.

En este sentido, Baurmann considera que las normas sociales y morales deben ser de alcance ilimitado de tal forma que tengan en cuenta el bienestar y los intereses de los afectados; mientras que las normas de alcance limitado privilegian

¹⁰ Un comportamiento sujeto a normas que no beneficia los intereses del actor asegurando o promoviendo los principios de máxima utilidad, sino motivándolo a actuar en contra de estos principios, es lo que Baurmann denomina: Virtud.

determinados grupos de individuos y son prácticamente normas particulares que no albergan a todos los individuos, estas normas violan la exigencia esencial según la cual tienen que ser universalizables. La universalidad requiere que todos los individuos que son iguales en un aspecto relevante sean también tratados igualmente por la norma; de allí, que la universalidad de una norma consista en la realización de un cambio de roles, es decir que uno se ponga en la situación del otro y se pregunte si también en este caso estaría a favor de la directiva de acción. Por lo tanto, *"La disposición de una persona, cuando formula una norma, de tener en cuenta las perspectivas de los demás de la misma manera que la propia y basarla sólo en intereses universalizables puede ser llamada un punto de vista moral"*.¹¹

Criterios morales en el sentido de lo público

En Rawls, citado por Agra Romero (1985) los sentimientos morales son emociones morales que se experimentan en ocasiones particulares y están sustentados en las creencias de los individuos, a su vez son un requisito para el cumplimiento de la justicia porque son actos de la voluntad regidos por un sentido de la justicia como sentimiento regulativo. *"Una vez que los individuos han elegido y reconocido públicamente una concepción de la justicia, han adquirido un sentimiento, esto es, un conjunto de disposiciones rectoras y regulativas, con carácter duradero"*.¹²

Con base en lo anterior, Rawls plantea un proceso que conlleva a la formación del sentido de justicia, requiriéndose del afecto y del cariño en la infancia, de la asociación y la cooperación con los compañeros en la adolescencia y la juventud, y de la certeza de que somos beneficiarios de unas instituciones justas y

¹¹ BAURMANN, Michael. Mercado de la Virtud. Barcelona: Gedisa, 1998. p. 165.

¹² AGRA ROMERO, Maria. J. Rawls El sentido de justicia en una sociedad democrática. Servicios de publicaciones. Universidad Santiago de Compostela, 1995. p. 34.

persistentes que tienden a generar en nosotros el sentido de justicia. Por lo tanto, la finalidad en este proceso se caracteriza por un deseo de ser una persona justa, actuando de acuerdo a los principios de justicia dentro de una sociedad.

La concepción de justicia implica ser iguales en derechos., por lo tanto, cuando las instituciones no son justas el individuo se encuentra en el deber de transformarlas, buscando que se ajusten a los principios universales como la equidad, la libertad, la imparcialidad garantizando la dignidad del ser humano.

Podría decirse que el criterio moral para Rawls se encuentra en la búsqueda del bien común, en donde a través del sentido de justicia se busquen y evidencien prácticas equitativas e imparciales en una sociedad. Desde allí Rawls (2002) plantea que es posible desde la filosofía política ofrecer alternativas a las posiciones divergentes en lo económico, lo social y lo político a través de la búsqueda de un acuerdo filosófico y moral, y en caso de no ser posible éste, limitar dichas divergencias para que persista la cooperación social de los ciudadanos basada en el respeto.

Si bien los diferentes autores relacionados proponen la sensibilidad y los sentimientos morales, lo procedimental y lo público, como aspectos fundamentales para la constitución del criterio moral que orienta el accionar de los seres humanos en su vida cotidiana, no se ha contextualizado en prácticas profesionales específicas; de allí nuestro interés por comprender los criterios morales que subyacen a la práctica profesional de un grupo de médicos, además de identificar, describir y analizar las diversas relaciones que se dan entre la práctica médica y aspectos relacionados con los sentimientos morales, los principios, las normas y el rol profesional (que según los autores son la base fundamental del criterio moral).

Otra de las razones por las cuales surge la inquietud por este estudio tiene que ver con la crisis social en la que nuestro país está abocado, debido a los cambios tan

drásticos que se han generado respecto a la atención médica y a la infraestructura del sector salud, que ha dejado de ser un ente público para convertirse en uno privado con una inmensa tendencia a lucrarse a costa de las enfermedades o padecimientos de una gran cantidad de población, situación que ha llevado a un detrimento ostensible tanto en la salud como en el servicio que prestan las instituciones.

De lo anterior se deducen las siguientes preguntas:

¿Cuáles son los criterios morales que orientan la práctica de un grupo de médicos?

¿Cuáles son las relaciones existentes entre la práctica médica, los principios y la sensibilidad moral?

¿Cuáles son las relaciones existentes entre la normatividad y los criterios morales que orientan la práctica médica?

¿Cuáles son las relaciones existentes entre la práctica médica y el rol social profesional?

Para dar respuesta a las inquietudes descritas anteriormente, se plantearon los siguientes objetivos:

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general. Comprender los criterios morales que subyacen a la práctica profesional de un grupo de médicos.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a. Identificar, describir y analizar los sentimientos morales que orientan la práctica médica.
- b. Identificar, describir y analizar las relaciones existentes entre la práctica médica, los principios y la sensibilidad moral.
- c. Identificar, describir y analizar las relaciones existentes entre la normatividad y los criterios morales que orientan la práctica médica.
- d. Identificar, describir y analizar las relaciones existentes entre la práctica médica y el rol social profesional.

1.3 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS Y CONTEXTO TEÓRICO

Las investigaciones revisadas si bien responden a la práctica médica y a los criterios que la sustentan, se encuentran basadas fundamentalmente en el ejercicio médico con relación a la forma como se orienta el accionar médico, las estrategias, los mecanismos y las diversas relaciones que se establecen con el paciente, con la norma, con las instituciones. Se observan muy pocos estudios que se pregunten por los criterios morales que orientan ese accionar médico, es decir, no se han centrado en indagar por aquello que piensa, siente, motiva, justifica, moviliza, la forma como los médicos ejercen su profesión.

Los estudios revisados parecen responder a ocho grandes categorías: la investigación en salud, los aspectos éticos, el diagnóstico, la nueva normatividad, la formación, las estrategias, la relación médico – paciente, y los criterios morales existentes en médicos en formación.

En tal sentido, indagar por los criterios morales que subyacen a la práctica médica, remite a preguntarse por aquellos sentimientos que orientan al profesional de la salud. Autores como Smith, Hume y Strawson, han indagado por aquellas emociones que movilizan a los individuos a actuar de una u otra forma. Emociones que orientan los comportamientos en búsqueda del bien común, garantizando mejores condiciones de vida para los integrantes de una sociedad.

Smith propone la simpatía como aquel sentimiento que moviliza el accionar de los seres humanos. Sentimiento que da la posibilidad de ponerse en el lugar del otro. Por su parte Hume, al hablar de la simpatía como sentimiento moral, plantea que existen dos facultades que posee el ser humano que son la Razón (lo cognitivo, a partir de lo cual se originan las creencias) y la Pasión (relacionada con los deseos y los actos voluntarios). Si se parte de entender que la razón se desenvuelve en las relaciones que existen entre las ideas y/o los hechos reales, se puede determinar que la existencia de acuerdos o desacuerdos entre dichas relaciones determina la verdad o falsedad de aquellos. Es decir, la razón surge de la comparación entre hechos o ideas reales, y es a partir de ésta que podemos determinar juicios factuales (juicios de hecho), de verdadero o falso. En cuanto a la pasión, Hume defiende la posición que la razón no es la fuente del sentimiento moral, porque ésta nace de la referencia a otros hechos, mientras que las pasiones son “hechos y realidades o existencias originales”, que al no hacer referencia a otros no son relaciones y por lo tanto no entran dentro de lo verdadero o falso y al ser pasiones que se caracterizan por su actividad ya que son la fuerza para la acción, derivan de ella la conciencia y el sentimiento moral que son activos.

Por tanto, para Hume el sentimiento moral es un “gusto interno” por un hecho observado o contemplado, a través del cual expresa el valor de la Aprobación moral (afecto o disgusto) que en determinadas circunstancias esa acción puede generarnos; es así como esa sensación interior “sentida en el corazón” no puede

determinarse como juicio racional que se expresa en la verdad o la falsedad del hecho, sino que se trata tan sólo del placer que permite la aprobación moral. “La aprobación moral es un sentimiento que nace en nosotros ante determinadas circunstancias y cuya valoración es expresada a través de éstos sentimientos”.

Frente a esta afirmación Smith plantea, a diferencia de Hume, que si bien las emociones y sentimientos nacen del interior de los individuos, la aprobación o no de un acto sí se encuentra mediada por la razón, es decir, no se aprueba o reprueba una acción por el sólo hecho de sentir compasión o benevolencia por el otro, sino que la posibilidad de conocer las circunstancias y las causas que han hecho que el otro sufra es lo que hace que realmente se hable de un principio aprobatorio de los actos, aprobación mediada por el juicio moral que se hace de este, ya que cuando se busca el bien del otro, la felicidad del otro y se intencionan las acciones hacia el bien común, es allí en donde realmente se podría hablar que el criterio que se tiene para actuar de una u otra forma se ha construido a partir de los sentimientos que la movilizaron y del juicio que se hace de aquello que se ha observado, permitiendo así, que los actos y respuestas a ellos no sólo se queden en un sentimiento o emoción, sino que se tenga la posibilidad de que la razón medie y garantice que la decisión que se toma frente al otro sea la más adecuada y la que ofrezca mejores condiciones. Para nuestro caso, el criterio que tome el médico frente a su práctica, se convertirá en criterio moral, siempre y cuando sus acciones repercutan en beneficio de sus pacientes y no solamente en beneficio propio.

Es así como Hume en su teoría sigue sustentando que no todos los hechos o acciones pueden catalogarse como morales, para ello debe partirse que su contemplación debe generar una sensación especial, la cual a través de un proceso de reflexión que otorga un “valor a la clase de placer o dolor que siento”, permite definir el interés general de lo contemplado por encima de mi interés particular. Y es con esta premisa que los hechos ganan su valor como morales.

Cuando un acto considerado moral genera una sensación agradable en nosotros se considera virtuoso, y por el contrario lo que no es agradable se determina como vicioso, la base de tal placer o agradabilidad se basa en su utilidad a la sociedad, por tanto, aquellos hechos o caracteres que cumplan con su utilidad son los que deben ser considerados como virtuosos.

Esa capacidad para dejar a un lado el interés propio es la que genera la simpatía, el placer que nos lleva a dar valor moral al acto de quien lo realiza, es así como la simpatía se convierte en el nexo entre el sentimiento del espectador y el acto del agente moral.

Simpatía que puede relacionarse por un lado, con lo que se llama el acto de aprobación o interés por el acto de esa persona, y por el otro el Juicio de aprobación moral, que traslada el interés por los actos de cualquier persona y es lo que otorga su carácter universal, carácter que al ser mediado a través de la razón y del mutuo acuerdo para definir las regulaciones de las conductas de los hombres, permite la corrección de los sentimientos para una aprobación moral.

Cuando damos la aprobación a un acto, en realidad lo que aprobamos son los motivos del agente para tal, pues el acto en sí es la materialización del motivo. Los motivos se refieren a: cualidades instintivas -virtudes naturales- cuyo objeto corresponde a una pasión natural e intenciones adquiridas -virtudes artificiales- que tienen relación con el respeto a las leyes y reglas convencionales.

Smith estando de acuerdo con Hume frente al sentimiento que genera la tristeza o el dolor del otro, en este caso la benevolencia o compasión, o más exactamente la *simpatía*, propone que el acto de aprobación o principio aprobatorio, se da siempre y cuando la razón entre a mediar entre el sentimiento y el acto, y es allí en esa aprobación o desaprobación, mediada por la razón, en donde se habla de una acción moral.

Concluyendo, Smith propone que la aprobación se encontraría determinada por las emociones que genera un acto aprobatorio o reprobatorio, y esta aprobación se origina a través de la simpatía que es generada por las emociones que se dan ante una situación determinada. A través de la simpatía puede darse razón de nuestros sentimientos morales. Explica que es “aquella que hace que la virtud radique en la utilidad, es decir, que los sujetos implicados en el acto que genera esa simpatía reconocen la cualidad de ésta y se adhieren a la felicidad del otro”¹³.

Si bien Hume y Smith asumen los sentimientos morales, de manera diferenciada, como se describió anteriormente, desde la sensibilidad humana, en términos de atributos de los sujetos: percepciones del dolor, de la compasión y están exentos de racionalización, para Habermas al igual que para Strawson los sentimientos son voces de alerta desde la cual un sujeto se percata de que hay violación o no de un derecho o, en términos de Habermas, que se está trasgrediendo o confrontando una norma. Por eso los sentimientos morales tienen una expresión subjetiva y una cognitiva porque requieren de una expresión, de una tramitología comunicativa.

De allí que Habermas (2002), citado por Echavarría C.¹⁴, plantee que la justificación moral se diferencia de la argumentación, en tanto que ésta última pretende la búsqueda de razones que evidencian los hechos, búsqueda de la verdad, mientras que la justificación evidencia las razones sobre las cuales se da la corrección normativa, con miras a que las normas que están en discusión y son consensuadas sean objeto de reconocimiento por parte de los implicados, esto es, validez moral. De esta forma, la justificación moral obedece a la necesidad de hacer explícitas las razones por las cuales una persona está obligada o no a hacer determinadas cosas. En palabras de Habermas, la justificación moral acarrea como producto un fundamento tal que merece el reconocimiento intersubjetivo

¹³ SMITH, Adam. Teoría de los Sentimientos. México: Fondo de Cultura Económica, 2004.

¹⁴ ECHAVARRÍA, Carlos. Artículo revista, 2006.

sobre el cual fincar las prácticas morales; la validez que se le atribuye a este fundamento no se hace sobre la base de la existencia de un estado de cosas, el hecho en sí, sino por la capacidad que tiene la justificación de la norma de “ser digna de reconocimiento”.

Adicionalmente, la justificación moral implica una toma de postura frente a una determinada acción, la cual a su vez está caracterizada por tres tipos de juicios: juicios frente a como debemos comportarnos, según lo permitido o no; juicios de aprobación o rechazo; y juicios de justificación de las actitudes de porqué se rechaza o se acepta algo.

Las posturas positivas o negativas, según Habermas (2002):

“Tienen un rostro jánico. Por una parte expresan un sí o un no racionalmente motivado frente a enunciados que pueden ser correctos o incorrectos (en un sentido en cierta forma análogo a la verdad); por otra parte tienen, simultáneamente, la forma de reacciones afectivas frente a un comportamiento evaluado como correcto o incorrecto. Frente a una vulneración de normas entran en juego sentimientos que van desde el rencor de la persona herida u ofendida, o el dolor de la víctima humillada o despreciada, a la obcecación o los sentimientos de vergüenza, culpa o remordimiento del culpable, o la indignación o incluso la ira de los allegados que reaccionan con rabia y vehemencia. En los casos de un comportamiento impresionantemente íntegro o de una acción de ayuda o socorro hecha con gran valor y coraje reaccionamos con sentimientos de agradecimiento, de admiración y respeto” (266-267).

Si bien la investigación está relacionada con el análisis de los criterios morales que orientan la práctica médica, en las investigaciones revisadas no se encuentran criterios morales que sustenten la práctica médica, sino que se orientan a los resultados de la práctica médica, a la forma como se ejerce la medicina y a las

dificultades e implicaciones de las leyes o normas que rigen la profesión, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Antecedentes Investigativos (2000 – 2006)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	TENDENCIAS
INVESTIGACIÓN EN SALUD	<i>Investigación Científica</i>	• Con la población infantil.
ÉTICA	<i>Biomédica</i>	• Religiosidad vs. Prolongación de la vida. • Religiosidad vs. Creencias médicas. • Tratamientos: transplantes y transfusiones. • Manejo de pacientes terminales.
	<i>Medicina alternativa (tratamientos)</i>	• Confianza otorgada al paciente. • Tratamiento vs. Demandas del mercado.
	<i>Problemas éticos en VIH/SIDA</i>	• Cuidado, consentimiento informado, tratamiento, ensayos clínicos.
	<i>Eutanasia</i>	• Toma de decisiones frente a la finalización de la vida (calidad de vida y calidad de muerte). • Toma de decisiones frente a la aplicación o no aplicación de un tratamiento o un método diagnóstico.
	<i>Toma de decisiones</i>	• Orientada por los intereses personales del médico.
	<i>Criterios Morales en estudiantes de medicina</i>	• <i>Principios y criterios morales. Relación de la práctica con la normatividad.</i>
DIAGNÓSTICO	<i>Error médico</i>	• Visto desde las preocupaciones e implicaciones ético-legales de un mal diagnóstico. • Implicación en la mortalidad general y hospitalaria (orientado a mejorar la formación técnico-científica).
NORMATIVIDAD	<i>Ley 100</i>	• Tensión entre el deber ser y el hacer mediada por políticas institucionales. • Desprofesionalización de la medicina, vista desde: <i>conocimiento especializado, autonomía en la toma de decisiones, compromiso de servicio a la sociedad y autorregulación</i> (profesión al servicio del interés empresarial).
FORMACION	<i>Limitaciones de la formación (Pedagogía y Currículo)</i>	• No formación en ética. • Formación técnico-científica. • Propuesta de una formación ética desde la personalidad del estudiante. • Propuesta de transformación pedagógica y curricular para la práctica médica.
ESTRATEGIAS	<i>Tecnología</i>	• Cibermedicina (pérdida de contacto y privacidad en la práctica médica):
RELACIÓN MEDICO PACIENTE	<i>Comunicación</i>	• Características del médico y el paciente en la relación o contrato establecido. • Formas de comunicar (arrogancia, impaciencia, insensibilidad) • Formas de interactuar (uso del poder, estatus, violencia intersubjetiva, diálogo).

La investigación en salud está orientada a los procesos relacionados con los problemas derivados de la investigación científica en la población infantil, mirada desde la posibilidad de no hacer daño y buscar que los estudios valoren el riesgo – beneficio a favor de la conservación de la vida humana.

Los trabajos basados en la Ética médica se han dedicado al estudio de la biomédica (bioética), la medicina alternativa, los problemas frente a enfermedades como el VIH/SIDA, aspectos relacionados con la toma de decisiones frente a la vida y la muerte (eutanasia).

Altisent Trota R. y otros, (1999 – 2000), han estudiado la bioética y la medicina de familia, encontrando en primer lugar, que es fundamental la creación de un equipo de trabajo que reflexione entorno a la importancia de generar mejores condiciones en la atención primaria en salud, garantizando mejores condiciones de vida a los sujetos, dando respuesta al deber ser del médico, como aquel que busca el bienestar físico de los otros. En segundo lugar, plantearon la relación ética – calidad, en donde se cuestione y reflexione alrededor del mejoramiento de la calidad de la práctica médica, la cual debe mediar en todo momento por la ética, el cuidado, la responsabilidad. Un tercer aspecto investigado se relaciona con dilemas éticos, es decir, problemas cuya solución se encuentran entre dos proposiciones que parecen oponerse entre si y constituyen un deber para el médico, de allí que las decisiones que se toman frente a tratamientos o diagnósticos, posibiliten mejorar la calidad de vida de los individuos. Un cuarto estudio enfatizó sobre los principios bioéticos en la atención primaria de salud, encontrando que el médico de familia debe generar un espacio de respeto profesional y moral para el paciente y la sociedad, favoreciendo la capacidad de comprender la información y la toma de decisiones.

Otros estudios en biomédica se encuentran relacionados con las creencias y decisiones que desde las diferentes religiones se asumen frente a la preservación

o prolongación de la vida. Se evidencia que para algunas religiones ésta decisión debe ser tomada por un “ser supremo” y no por los sujetos. Otro aspecto de la biomédica tiene que ver con el manejo de pacientes terminales, la posibilidad de una toma de decisión frente a la calidad de vida que se espera y se desea. Frente a la eutanasia, se estudia la conveniencia o no de esta decisión, además, se tiene claro que algunas normativas, dependiendo del contexto, no están de acuerdo con la terminación de la vida sin un consentimiento del directamente afectado, sin embargo, la pregunta se encuentra direccionada a evidenciar las condiciones en las cuales se prolonga la vida y hasta que punto se está brindado una calidad de vida digna ante una enfermedad que no tiene cura.

Además de las tendencias de la ética planteadas anteriormente, las investigaciones se han orientado a explicar y entender si los tratamientos “placebos” ofrecen alivio al paciente, por lo que proponen la medicina alternativa como una posibilidad para mejorar las condiciones de salud de los sujetos.

En cuanto a los problemas éticos en la investigación en VIH/SIDA, plantea nuevamente una reflexión ética y moral con relación a la vida y la dignidad humanas. Los problemas éticos principalmente giran alrededor de modelos de cuidado, consentimiento informado, privacidad y confidencialidad, estigma y discriminación, protección de grupos vulnerables, consejería comunitaria, revisión de mecanismos éticos, colaboración internacional, estudios epidemiológicos, tratamientos o ensayos clínicos y también estudios sociocomportamentales en VIH. Además considera los ensayos o pruebas de vacunas, pruebas microbiológicas y la prevención de la transmisión entre padre e hijos, en especialmente en ciudades con recursos pobres. La colaboración internacional debe ser apropiada para investigar el modelo de cuidado, los beneficios a la comunidad y los países que lo requieren por su vulnerabilidad. Mejorando nuestro entendimiento de la ética y la sociedad relacionadas con el tratamiento y la

investigación del sida, podría ayudar al desarrollo de políticas apropiadas para el control y la prevención de la enfermedad.

Otro aspecto que se ha investigado tiene que ver con los problemas éticos en cuanto a la práctica de las enfermeras perinatales, este estudio de corte descriptivo cualitativo determinó que quienes reciben asesoría médica y quienes no la reciben, durante su embarazo, influye a la hora de dar a luz (disminución del dolor).

Patiño, J.F. (2005), plantea que en el nuevo sistema de seguridad social la medicina se debate entre el imperativo hipocrático de cumplir sus deberes para con el paciente y la sociedad, y el mandato burocrático de las empresas aseguradoras que se preocupan por la contención de costos para un mayor lucro. Hace un llamado al gremio médico a salvaguardar los principios humanitarios y de compromiso social de la medicina y a la excelencia en el ejercicio y la educación médica. Analiza y relaciona los cambios del sistema de salud con la desprofesionalización progresiva de la medicina, y advierte sobre las posibilidades de la conversión de la profesión en un simple oficio, del cual se benefician en forma directa las empresas creadas para la implementación y cubrimiento de la salud, y con base en ello propone que los médicos desarrollen estrategias como la de pertenecer a movimientos internacionales como el Movimiento Médico Global (Medical Professionalism Project), con el fin de fortalecer los componentes fundamentales del profesionalismo médico (conocimiento especializado, autonomía en la toma de decisiones, compromiso de servicio a la sociedad y autorregulación).

Así mismo analiza el conflicto entre la ética corporativa (EPS, ARP, ARS) y la ética médica para dar más fuerza a su concepción acerca de la desprofesionalización de la medicina, la cual fundamenta en la pérdida progresiva, por parte del gremio médico, de los principios de beneficencia, autonomía y

justicia que guían su práctica; facilitando el crecimiento de la industria de la salud, la cual aumenta su lucro, al convertir, para su beneficio, la medicina en un mercado.

En esta perspectiva se inscribe Oscar Ernesto Garay (2005), quien defiende e invita a la elaboración de propuestas que garanticen los derechos de los profesionales de la salud, de tal manera que vuelvan a ser reconocidos por su importancia en el funcionamiento de la sociedad.

En la categoría que tiene que ver con el diagnóstico y más específicamente con el error médico, se encuentran las tendencias relacionadas con las preocupaciones ético-legales asociadas a un mal diagnóstico y la relación del error con la mortalidad general y hospitalaria.

Narey, B. y Domínguez, R., (2005) propone, basándose en estadísticas que evidencian el error médico como la octava causa de mortalidad general hospitalaria, la necesidad de la prevención y disminución de éste, a través del fortalecimiento científico de la profesión médica, de tal manera que se pueda mejorar la calidad de la atención y se ofrezca mayor seguridad en el servicio ofrecido a los pacientes.

Por su parte, Álvarez, G. (2006) sustenta a través de la frecuencia de ocurrencia de los errores médicos y las circunstancias que los favorecen, que debe aceptarse la presencia del error médico como una realidad ineludible en el ejercicio médico.

En la categoría que trata sobre la Formación, Luis Hurtado Gómez (2002-2003), analiza el detrimento de la relación médico – paciente por la ausencia de la formación en ética en la academia médica y postula, que un mejor conocimiento en los principios de la bioética podría dar solución al crear una mejor armonía y desarrollar una labor más creativa y productiva.

Por su parte, Pedro Ortiz Cabanillas, (2001) estudio la necesidad de fortalecer en el ejercicio enseñanza – aprendizaje, la conceptualización acerca de la naturaleza del hombre, frente a la personalidad en la formación médica. Para ello, se planteó la importancia de formar a los nuevos médicos en el desarrollo moral, como base para el desarrollo de la personalidad moral en la práctica médica, que de respuesta a las necesidades de salud de los países en desarrollo.

Velis Martínez, Esther Díaz, Ramos R. Ramiro, Romero Monteagudo Edgar (2005), proponen que a partir de una concepción biosicosocial del hombre, la educación médica debe hacer énfasis en la promoción y prevención de la salud, de tal manera, que se modifique el currículo educativo a través del mejoramiento de la preparación pedagógica, las aspiraciones del currículo y de la proyección de cada asignatura.

Otra investigación orientada al proceso de formación de los médicos, realizada por Garrido Riquenes Carmen, Pernas Gómez Marta y otros (2003), expresa que a partir del análisis de los problemas que afectan el proceso de enseñanza-aprendizaje en las escuelas de medicina, propone cuatro estrategias curriculares para su perfeccionamiento. Las estrategias son el fortalecimiento de la formación socio-humanística, el rescate y fortalecimiento de la práctica clínica, el dominio del método científico y su aplicación en el ámbito profesional, y el dominio del idioma inglés para la comprensión oral y la comprensión de textos. Todo con el fin de mejorar la calidad al conseguir la modificación de los currículos vigentes en las carreras de medicina.

Otro de los cambios que se da en la práctica médica viene asociado con el uso de la tecnología, como el Internet, para realizar los procesos de educación a través de los cuales se sigue evidenciando la pérdida del contacto y privacidad en la práctica médica como muestra de su detrimento progresivo, por ello Mc Carthy Newball, Young; Ortiz Treviño, J.E., demuestran que el auge de éstas técnicas,

aunque facilitan la información y la educación médica, entorpecen el ejercicio de la medicina, e invitan a recuperar los espacios relacionados con el contacto y la privacidad, como herramientas importantes en el fortalecimiento de la profesión.

Frente a la categoría que trabaja la relación médico – paciente, Brienbauer, Hayo, Araya C. Luis, (2005) plantean que ante el debilitamiento de la figura del médico chileno, en su estudio se revisan los cambios que ha sufrido el rol del médico, para proponer una nueva definición del rol médico basado en el fortalecimiento del vínculo del médico, no sólo con los pacientes, sino también fortalecer su rol protagónico en la toma de decisiones dentro del sistema de salud, como líder en atención integral, manejo de recursos y como protector de su autonomía y la de sus pacientes.

Por su parte, Julio Carmona (2001), define la importancia del reconocimiento que hace la sociedad del profesional médico en tanto sujeto dispuesto a interactuar con otros, en este caso los pacientes, quienes a su vez deben estar abiertos a la concreción de una relación que garantice el ejercicio médico y la satisfacción suya frente a su salud.

Continuando con las investigaciones relacionadas con la formación en médica, Jorge Martínez (2001), al analizar la autonomía en el médico y en el paciente se concluye que para una sana comprensión de la relación médico – paciente se requiere una adecuada armonía entre el consejo médico (autonomía médica) y el respeto la capacidad de decisión el paciente (autonomía del paciente).

Ricardo Gonzáles Menéndez, Luis Calzadilla Fierro, Maria Jesús Sánchez Pérez, (2005), explican que a través de la aplicación de una encuesta a estudiantes de medicina y pacientes lograron definir que las cualidades personales y profesionales del médico en ejercicio deben ser: la preparación científica, cuidado de la presencia personal, ser responsable en el trabajo, ser exigente, respetuoso a

pacientes y familiares, saber escuchar, disposición para informar, ser bondadoso y tratar al paciente como quisiera ser tratado de estar en su situación.

Cano Margarita y otros (2005) a partir del análisis de las situaciones que generan conflicto moral en estudiantes de internado de medicina, encontraron que los criterios que orientan su práctica son el cuidado, el servicio, la solidaridad, la normatividad en salud y su responsabilidad social.

Con relación al cuidado, definido como el compromiso por la solución del problema de sus pacientes, surge el conflicto de no poder brindar una atención integral acorde con su formación académica, debido a las restricciones institucionales.

Establecen una relación entre la responsabilidad social y la normatividad existente, en la cual la posibilidad de descartar los problemas que complican la salud del paciente, se ve limitada porque priman los intereses económicos y políticos, que se originan en los lineamientos ofrecidos en la ley 100, sobre el bienestar del paciente. Por tanto afecta su responsabilidad social, fundamentada en el deseo por desarrollar una práctica que les permita la resolución adecuada del problema de salud de sus pacientes.

Con relación a los criterios de servicio y solidaridad, definen que están orientados desde la relación afectiva con sus pacientes y que se encuentran mediados por sentimientos y el temor a ser juzgados por otros; y que a su vez su remuneración no debería ser afectada por tratarse de una profesión dirigida hacia el servicio a los demás.

Finalmente encuentran que a pesar de la existencia de estos criterios, los estudiantes tienen dificultades para asumir posiciones críticas con respecto a los procesos socioeconómicos, administrativos y políticos que inciden en el ejercicio de su profesión.

De acuerdo con lo descrito se observa que no se encuentran investigaciones que permitan determinar la existencia de criterios morales que orientan la práctica medica en profesionales, por tanto indagar frente a los criterios morales surge como una necesidad, ya que urge resignificar el rol del médico en la sociedad, su responsabilidad y la búsqueda de una mejor atención que garantice mejores condiciones de salud para las personas.

CAPITULO DOS: METODOLOGIA DEL ESTUDIO

2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Según Echavarría (2006), citando a Creswell (1998) afirma que la variedad de los diseños cualitativos se encuentra determinada según el tipo de intencionalidad investigativa que se posee. Así por ejemplo, si la intención es la descripción de la cultura o de la realidad construida históricamente por un colectivo o grupo social, estaríamos hablando de un estudio etnográfico; pero si el objetivo es la descripción y comprensión de las vivencias y experiencias significativas de los sujetos, se daría lugar a una fenomenología.

Al preguntarnos por el sentido y significado de los criterios morales que subyacen en la práctica de un grupo de médicos, basados en la toma de sus enunciados y su traducción para poderlos comprender, damos respuesta a un interés investigativo de carácter interpretativo y comprensivo, lo cual implica la utilización de un diseño cualitativo de corte hermenéutico.

La lógica de los estudios hermenéuticos define 3 características principales para su desarrollo:

1. Vivencia: definida como la “comprensión del mundo vivido”, es decir la manera como logro interpretar y comprender las experiencias de otros.
2. Objetivación: basada en la posibilidad que a través de un “texto” podamos objetivar la experiencia de otros, permitiendo la comprensión empática de lo que quiero comprender.
3. Lenguaje: que al plasmar e indicar el mundo vivido orienta la comprensión. “Lo expresado puede comprenderse”.

Comprensión que se alcanza cuando el investigador logra diferenciar la experiencia vivida por otro, de lo contenido en los diferentes medios de expresión que éste utiliza en el lenguaje, es decir, dar la interpretación metódica de aquella información que no se hace explícita en la cotidianidad.

La finalidad del estudio realizado se orienta hacia la descripción y comprensión de los criterios morales. Por tanto, la comprensión de los criterios morales observados en un grupo de médicos, así como su descripción, requieren la utilización de un tipo de estudio cualitativo como el estudio de caso, el cual determina como objetivo básico la comprensión de los significados que puede poseer la experiencia vivida por una persona o un grupo.

El estudio de casos dentro de la investigación cualitativa es para Anguera: “el examen intensivo y en profundidad de un fenómeno específico que puede seleccionarse por ser intrínsecamente interesante, y lo estudiamos para obtener la máxima comprensión del fenómeno”¹⁵.

Los estudios de caso como estrategia de investigación, según Yin (2003, p. 1), se usan en muchas situaciones para contribuir al conocimiento de fenómenos relacionados con situaciones individuales, de grupo, de organizaciones y con fenómenos sociales y políticos; por su parte Rodríguez, Gil y García (1996), citados por Echavarría (2005) afirman que los estudios de caso se basan en el razonamiento inductivo; así, las generalizaciones, conceptos e hipótesis que se pudieron hacer de la exploración de los criterios, surgieron de un examen minucioso de las entrevistas realizadas a los médicos que participaron en el estudio. La característica principal de este tipo de estudios, según los autores, es que permite descubrir nuevas relaciones y conceptos, más que verificar o comprobar hipótesis previamente planteadas.

¹⁵ Alvarado, S. V. y otros. En: Módulo de Investigación: Conceptualización.

Según Merriam (1990, p.27) los estudios de caso pueden clasificarse por la naturaleza del informe final en: descriptivos, evaluativos e interpretativos. Los estudios de caso descriptivos presentan un informe detallado de un fenómeno objeto de estudio sin fundamentación teórica previa. Los evaluativos implican descripción, explicación y juicio. Los estudios de caso interpretativos contienen descripciones ricas y profundas de los fenómenos y la información recogida se usa para desarrollar categorías conceptuales o para defender o desafiar presupuestos teóricos defendidos antes de recoger la información¹⁶.

De acuerdo con esta clasificación y teniendo en cuenta el propósito de este estudio se define la utilización de un estudio de caso interpretativo.

2.2 PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

Para la realización de la investigación que tiene como fin determinar los criterios morales que subyacen a la práctica médica debimos desarrollar diversas actividades contenidas en tres fases:

- 1- Determinar y delimitar la población objeto de estudio, la cual estuvo conformada por 9 médicos en ejercicio activo, en la ciudad de Manizales (6), Pereira (1) Cali (1), y Marquetalia (1).
- 2- Recolección de información: en un principio se realizaron entrevistas individuales, pasando luego a la profundización con la finalidad de ampliar la primera información obtenida, y se finaliza con la realización de una la discusión de grupo.
- 3- Análisis de la información: a partir de la descripción, tipificación de la información contenida en las entrevistas, descubrir diferencias y relaciones que nos permitan determinar la identificación de criterios morales en los médicos.

¹⁶ Ibid.

2.3 DESCRIPCIÓN DEL CORPUS INVESTIGATIVO

2.3.1 Descripción de las fuentes de información. La información utilizada para nuestra investigación fue obtenida mediante la realización de entrevistas a 9 médicos en ejercicio activo.

Estos profesionales ejercen la medicina en el área de medicina general, unos de ellos la realizan en el área de urgencias, otros en consulta externa y hospitalización. Varios trabajan bajo el régimen de las EPS, otros en la empresa oficial (policía, Assbasalud), empresarial e independiente.

La información ofreció contenidos sobre su práctica médica, los contextos en el cual la desarrollan, las relaciones con otras instituciones, las normas que lo orientan, los niveles de atención que de él se derivan, y las problemáticas que aparecen en su cotidianidad.

La información fue complementada por la discusión grupal del caso, por parte de los médicos participantes del estudio, que se realizó sobre las categorías encontradas en el análisis inicial; lo que se pretende es que el grupo de médicos entrevistados llegue a un punto de partida común.

Las entrevistas y la discusión grupal fueron grabadas y transcritas.

Según lo planteado se describirán los criterios que orientan la práctica del grupo de médicos participantes en nuestra investigación.

2.3.2 Descripción del Instrumento. Para la obtención de la información requerida se empleó la técnica de la entrevista cualitativa, que permite alcanzar la producción de discursos motivacionales conscientes e inconscientes, la libre expresión de la información y la evocación de recuerdos. Esta técnica facilitó el

surgimiento de los significados buscados, en el caso particular, de los criterios morales que subyacen a la práctica médica.

Se buscó mantener un patrón de conversación normal alrededor de la práctica médica, de las experiencias laborales, de las dificultades, gratificaciones y conflictos vivenciados en el rol profesional.

Durante las diferentes entrevistas se utilizó la grabación, con la respectiva autorización de los participantes, ninguno manifestó rechazo al registro de la información por este medio, ni se evidenció perturbación que afectara la libre expresión de la información.

Para la triangulación de la información en la búsqueda de la validación se empleó la retroalimentación por medio de un grupo de discusión con los médicos participantes, en donde se afianzaron las significaciones obtenidas sobre los criterios morales en la práctica médica.

CAPITULO TRES: ANALISIS, INTERPRETACION DE LA INFORMACION Y RESULTADOS

A partir de las diversas entrevistas realizadas al grupo de médicos, se encontró que los criterios que median y orientan sus prácticas connotan su sentido desde cuatro órdenes: criterios ético–morales, criterios actitudinales y motivacionales, criterios basados en normas y criterios técnico-científicos.

Los criterios ético – morales, basados en los principios y sentimientos que constituyen la fuente de sentido que orienta la práctica médica. Los criterios subjetivos, relacionados con los aspectos actitudinales, motivacionales y con el proyecto de vida de los médicos. Los criterios normativos, relacionados con las leyes y normas institucionales, que vigilan, orientan y controlan la práctica médica. Finalmente, los criterios técnico-científicos, los cuales enmarcan los conocimientos y las habilidades, bajo las cuales se desarrolla el acto médico.

Estos criterios, en la práctica médica, plantean tres tipos de relación:

- 1- Relación de la práctica médica y la sensibilidad y principios morales
- 2- Relación de la práctica médica y la normatividad.
- 3- Relación de la práctica médica y el rol social (Relación de la práctica médica y la formación del médico).

1- Relación entre práctica médica principios morales y la sensibilidad

Se encuentra orientada desde dos aspectos: Los principios y los sentimientos morales como base de la práctica médica orientada a la preservación de la vida, la disminución del dolor y el cuidado del paciente. Principios de justicia, solidaridad y responsabilidad y sentimientos como la benevolencia, la indignación, la simpatía.

Tabla 2. Relación entre la práctica médica, los principios y la sensibilidad

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	TENDENCIA
PRACTICA MEDICA RESPONSABILIDAD MORAL <i>“Yo siempre digo que cuando uno está ante otra persona, es como uno mismos allí reflejado, sintiendo: como sería yo ante éste dilema (...)”</i>	PRINCIPIOS	JUSTICIA
		SOLIDARIDAD
		RESPONSABILIDAD
	SENTIMIENTOS	COMPASION Y BENEVOLENCIA RESENTIMIENTO INDIGNACION TRISTEZA, MELANCOLÍA Y FRUSTRACION

Los principios morales relacionados con la práctica médica para la preservación de la vida, la disminución del dolor y el cuidado del paciente son la justicia, la solidaridad y la responsabilidad.

La justicia es entendida como la posibilidad de ofrecer a cada uno lo que le corresponde y/o le pertenece, lo que merece como ser humano para tener una vida digna; en lo referente a la práctica médica, lo justo es la acción del médico dirigida a la preservación de la vida, lo que implica brindar una atención con calidad a todas las personas, de manera que se garantice, independiente de los recursos económicos que posean, la recuperación de la salud, cuando es posible desde el punto de vista científico, y una mejor calidad de vida con una terapéutica indicada en caso de enfermedades crónicas y terminales. *Actualmente, basándonos en las percepciones de los médicos podríamos afirmar que el sistema de salud es injusto porque la atención que se presta es limitada para garantizar la recuperación de la salud. Miremos: “Pero actualmente es muy difícil brindarle todo lo que uno quiere por todas las limitaciones que hay, o sea, a uno le amarran las manos, uno quiere llegar más allá con el paciente y no puede, a uno*

le toca limitarse a pesar que uno sabe que el paciente lo necesita y que va ha ser perjudicial el no tomar determinada conducta.” (S6, GD)¹⁷.

También se manifiesta injusticia, al referir la no disponibilidad de especialistas para cubrir las urgencia médicas los días festivos, corriendo riesgo de perderse la vida de los pacientes” *Usted cree que es justo que las clínicas aquí gomelas, no sean capaces de poner un cirujano de turno,...no es justo, un cirujano, un anestesiólogo un auxiliar, un equipo quirúrgico, no lo tiene. Una supuesta clínica para operar vesícula un fin de semana, la pasan para el lunes...” (GD)*

Procurando la equidad para acceder al servicio de salud, la Ley 100 (1993) ha establecido una clasificación donde las personas asalariadas o trabajadores independientes con capacidad de pago pertenecen al régimen contributivo, y aquellas personas identificadas como pobres o vulnerables pertenecen al régimen subsidiado, el Fondo de Solidaridad y Garantía asume dicho subsidio.

Teniendo en cuenta lo anterior, las personas vinculadas al régimen contributivo y principalmente las vinculadas al régimen subsidiado no están recibiendo una atención óptima en salud, aspecto que muestra la ausencia de justicia en cuanto a **la preservación de la vida y la calidad de la misma**, miremos una evidencia de dicha situación que hace referencia a la no autorización de requerimientos para el diagnóstico y/o tratamiento, *“...cuando el paciente realmente lo necesita, y no se lo hacen, y uno sabe que tiene X o Y enfermedad, que necesita esto...para disminuir costos porque estamos dizque elevados en costos...” (S6)*

Una realidad a nivel nacional, que ha sido ampliamente referenciada por los medios masivos de comunicación, es la muerte de personas, por la no atención

¹⁷ Las evidencias empíricas están referidas de S1-S6 para hacer mención a los médicos entrevistados y la sigla GD cuando la fuente de información ofrecida es tomada del Grupo de Discusión.

oportuna de parte de las diferentes entidades que deben prestar el servicio, esta situación se la llamó “*el paseo de la muerte*”, porque el paciente muere mientras es remitido de entidad en entidad; informan que no lo puede atender o que no les corresponde. Esta situación que muestra la pérdida de **justicia en cuanto al derecho a la vida** también se hizo manifiesta en los reportes médicos, así: “*como vamos, vamos mal, y aquí en Manizales si que más. Aquí el paseo de la muerte es todos los días, no es como en Barranquilla*” (S2).

Una de las principales razones que lleva a las personas a la búsqueda de la atención médica es el dolor, aspecto éste que muchas veces es el síntoma o la manifestación de una enfermedad. Los médicos se ven confrontados a la dura realidad porque su valoración puede no llevar a un resultado positivo porque no todas las personas, en situación de pobreza y/o vulnerabilidad, se encuentran vinculados al régimen subsidiado¹⁸; este hecho, de no poder comprar el medicamento para la disminución del dolor es otra manifestación de injusticia, revisemos dentro de la práctica médica como se expresa dicha situación: “*Fuera de eso está la imposibilidad de conseguir el medicamento,...para que ese medicamento le pueda disminuir el dolor y la persona no los pueda adquirir, y a mí eso me parece muy limitante...*”(S6)

La solidaridad, es en esencia, una característica propia del ser humano, es un principio universal de fraternidad y apoyo incondicional a los demás, principalmente en lo concerniente al riesgo de perder la vida y/o al daño que pueda afectar la dignidad como persona; en el caso de la medicina, la solidaridad constituye en sí, la razón de ser del quehacer médico, éste desde su práctica debe poner todo su empeño en la preservación con calidad humana de la vida del

¹⁸ De acuerdo a la ley 100 (1993) el subsidio se otorga teniendo en cuenta los ingresos, el nivel educativo, las condiciones sanitarias y el sector de ubicación de la vivienda. Estas variables para diagnóstico de pobreza y vulnerabilidad no son un parámetro eficaz porque deja personas por fuera del subsidio.

paciente, el cual a la vez, espera del médico, ayuda y apoyo ante una situación de dolor y de enfermedad. Refiriéndose al gremio un médico expresa: *“.... ha todos nos interesa...poder ayudar a la gente, uno puede ver a una persona que esta con un sufrimiento o una persona que puede necesitar de lo que uno saber hacer, una persona que puede estar precaria en salud y si uno tiene la herramienta para ayudarlo, pues uno lo hace”*. (S4).

La solidaridad esta estrechamente relacionada con la responsabilidad, ya que tanto el paciente como la sociedad esperan de la profesión médica que se obre acorde a su misión institucional.

En las entrevistas encontramos la solidaridad desde: el apoyo al paciente, la superación de la norma y la ayuda entre colegas.

En el cumplimiento de su función profesional el médico **apoya al paciente**, hecho que se manifiesta en frases como: *“solidario con el paciente porque uno esta tratando de aliviarle las dolencias y ayudarle en cosas que él necesita,... uno les brinda el apoyo hasta donde más pueda”* (GD)¹⁹, *“...es lo que uno vive a diario, que irá a pasar con el paciente, esa motivación de decir que bueno ayudar”* (S4).

El apoyo y la ayuda brindada al paciente produce una sensación de bienestar en el médico, de complacencia, de **gratificación** es como la recompensa interior por la acción solidaria, dirigida a prestar un servicio de salud. Miremos el efecto de una acción exitosa, *“...cuando de pronto se le calma ese dolor, no se, a uno le queda una satisfacción de que lo que le hizo le funcionó”* (S4).

También hay satisfacción personal cuando se busca una solución orientada a favorecer la evolución de la persona enferma, así no se tenga la posibilidad de

¹⁹ Grupo de discusión.

observar el resultado, “...yo decidí mandar al paciente a otro nivel de atención, a un nivel de más complejidad, a uno le queda la satisfacción, caramba, lo remití a tiempo...” (S4)

Como se mostró en la parte inicial los médicos perciben que su práctica médica se ve restringida por la ley 100 o por la entidad de salud, sin embargo, pese a esa situación persiste la necesidad de ayudar, de encaminar la acción en busca de un buen resultado, en éste caso remitir al paciente “...si por ese lado no se puede, uno tiene que buscar una vía, una ruta para que el paciente de pronto tenga acceso a eso o buscar alternativas, muchas son las alternativas que se han acabado, no, a veces ya realmente no hay alternativas, y uno no puede hacer más por el paciente, remitirlo.” (S4)

Otra de las tendencias que hacen referencia a la solidaridad es la **superación de los límites de la norma** o trasgresión de la misma ante situaciones en donde se niega el servicio, ejerciendo presión para obtener el resultado esperado, “Y a usted quien le va a mostrar que no puede recibir un paciente **por presión**. A uno le dije un día, mano, este paciente va es para tal lado, una herida por arma de fuego en el abdomen, me parece, como me lo va a mandar allá, al Centro Regulador²⁰, es que yo no he hablado allá, hermano piense que es su mamá, chao y colgué”. (S2)

Otro mecanismo para superar la norma, ante las limitaciones para la autorización de solicitudes dirigidas, exámenes y procedimientos, es **la mentira**, justificada desde el bienestar para el paciente, “...yo sé que el paciente lo necesita (el procedimiento) que el paciente lo quiere, entonces luego me convenzo y digo bueno, el fin justifica los medios, yo quiero que a esta señora le hagan una ecografía, se qué no me la van a hacer, entonces pongo que tiene sangrado,...

²⁰ Es el encargado de recibir y determinar las entidades a las cuales deben remitirse los pacientes.

simplemente que yo le encontré sangrado para que le hagan la ecografía, para que me la puedan autorizar” (S6). “...en la historia a veces uno tiene que exagerar incluso las cosas que tiene el paciente, para someter a un engaño una historia clínica para que le puedan autorizar algo simple a un paciente...” (S6)

La insistencia del médico para conseguir el bienestar del paciente recurriendo a recursos como la mentira y la presión, evidencian claramente la solidaridad, sin embargo, por ser la razón de ser del médico un servicio de ayuda, no es posible establecer un límite preciso con la responsabilidad. En el grupo de discusión se presentó discrepancia entre los médicos sobre si las acciones realizadas y categorizadas como solidaridad hacían referencia a la solidaridad o a la responsabilidad: *“de pronto la palabra no sería **solidaridad** porque uno básicamente lo que hace con el paciente es **ser responsable**, entonces si el paciente necesita x cosa, uno hace responsablemente lo que tiene que hacer, tratar de evitar un..., apela a los amigos que tiene en tal parte para poderlo atender”.* (GD).

Se tiene la concepción que cuando la acción trasciende lo esperado institucionalmente pertenece al terreno de la solidaridad, *“Pero eso también en parte refleja la solidaridad, porque puede llegar mi paciente, yo tengo esto y yo hago lo que tengo que hacer prescriptivamente, yo llamo, escribo en mi libro, llamé y no hay...esta es la patología del paciente, que le duele, que le molesta, yo llamo y no hay, ya cojo y llamo al amigo... ser solidario con el paciente entendiendo su enfermedad y su problema”.*(GD).

Generalmente las personas que se desempeñan en una misma profesión y/o oficio se prestan colaboración entre sí, es de esperarse que en una profesión que se caracteriza por el deseo de servir a los demás se de **la ayuda entre colegas**, que los esfuerzos se aúnen para alcanzar el bien previsto. Dentro del contexto estudiado, los médicos expresaron que la solidaridad se presenta cuando existe

algún vínculo entre ellos como el trabajar en la misma institución, *“Es como lo que vemos aquí, uno ve de todo, uno puede pedir un poquito más, tiene contacto con las especialidades, puede sugerirles a ellos y ellos le pueden indicar a uno...”* (S2). También se observa **circunscrita a la amistad**, *“Uno es colega con los amigos, con los compañeros de la universidad y con los que se conoce...”* (S2).

El hecho de ser médicos, de verse confrontados ante una situación de dolor, de enfermedad, no es suficiente para prestarse colaboración entre sí, por el contrario se encuentra una actitud de **desconfianza** hacia los demás médicos. Miremos: *“... el resto (los no amigos) no saben que hacer para hacerle la judía a uno...hacerlo quedar a uno como un zapato con los pacientes, vea, lo que hizo el otro está mal hecho..., tratan es de hundirlo a uno”.* (S2).

Además de desconfianza hacia la posibilidad de ayuda del colega, se vivencia agresividad, ofensa, falta de respeto hacia el otro profesional. Con respecto a la relación entre los médicos expresan: *“Muy mala, desde que nos tocaba en la universidad, que veíamos que llegaba un paciente de otro lado y le decían delante del paciente: este man es un bruto, el que le hizo eso, y ahorita nos dicen brutos a nosotros porque nosotros somos los que mandamos, entonces ese colegaje está muy lejos de ser...”* (S2).

Hay una añoranza, de una relación diferente entre los médicos, se tiene la ilusión del respeto por el otro, se vislumbra un deseo de cambio, aunque lo consideran difícil, *“... entonces tratar que él otro o uno respete al otro, solamente por profesional, por colega y tratar de evitar esas cosas, pero a veces, eso no se da”* (S2). *“Simplemente llevar las cosas por su lado, por donde usted crea, sin tener que denigrar del otro, simplemente haga lo suyo y siga lo suyo, para subir yo no tengo que bajar a los demás”.* (S2).

Se entiende por **responsabilidad** la capacidad que tiene el ser humano de desarrollar en forma conciente acciones tendientes al cumplimiento de su deber, en el caso del médico, implica un compromiso social porque su ejercicio se da en el campo del servicio a otros seres humanos, el paciente pone toda su confianza para la recuperación de la salud en el profesional médico, de igual manera, la sociedad espera de éste un comportamiento intachable, en cuanto al esmero que ponga para aliviar una dolencia y realizar lo que esté a su alcance para la recuperación de la salud de los enfermos.

La responsabilidad se relaciona con la libertad en el sentido de que se puede obrar acorde a la misión profesional o por el contrario, se puede apartar de la misma, por este motivo se demanda socialmente del actor profesional, en este caso el médico, que asuma las consecuencias de sus actos.

En cuánto a la responsabilidad en el grupo de médicos se encuentran pensamientos, acciones y actitudes que caben dentro de la clasificación de responsables, y otros que por el contrario evidencian acciones no responsables.

El capacitarse en la universidad, para la formación en medicina, es una exigencia para el ejercicio profesional, y el sentirse capacitado para atender los pacientes es un acto de conciencia, en este sentido encontramos **acciones responsables** en el grupo de médicos cuando hacen referencia a su saber o conocimiento para la atención del paciente, *"...yo estoy capacitada para atender pacientes, a mí el paciente llega y me dice que le duele, que siente, que necesita y yo trato de ayudarlo..." (S6).*

También implica responsabilidad el estudio permanente sobre diferentes temas de interés en el área, y la revisión de los avances científicos asociados a la profesión debido a que los criterios de atención médica pueden cambiar con el desarrollo técnico-científico, *"yo ya en este momentito, uno ya coge el ritmo, ... uno compra*

los libros actualizados, lee los temas de interés, el casito del día va y lo lee, mira a ver que paso, los cursitos que van saliendo, las actualizaciones que salen., entonces esas cositas las va uno haciendo, se va manteniendo actualizado y de acuerdo a lo que usted trabaja usted va viendo que es lo que va necesitando” (S3).

Dentro de la formación es importante la ley 100, por eso una acción responsable es el conocimiento de la misma, para poderla interpretar y refutar en los casos que se aparten del bienestar de los pacientes. Miremos: “... *pero a la par que usted tiene que estar actualizado en el manejo médico, usted tiene que estar actualizado en como funciona la ley 100, para poder que usted juegue con ambas cosas*”. (S3).

También se encuentran acciones responsables cuando los médicos se ven confrontados ante situaciones difíciles, como por ejemplo el no compartir el criterio médico de un colega, aspecto que implica un acto de discernimiento con relación a su propio criterio, para decidir e informar al paciente de manera **respetuosa** su posición, “*poder explicarle a esa persona que lo que le estaban haciendo en otra parte era bien hecho o mal hecho, si, y confrontar una conducta de otra parte con la de uno*”. (S4).

El clarificar un diagnostico muestra una acción de responsabilidad, así como todo el proceso que se desprende de la práctica médica encaminada a cumplir con la misión de recuperar la salud, éste proceso a veces se torna arduo para el médico, “*casos difíciles en el sentido de llegar a un diagnóstico, de saber cómo oriento a esta persona para que un tratamiento le salga oportunamente*” (S6).

El tener como meta el éxito del tratamiento o el obrar a conciencia de que se está haciendo lo mejor, es una evidencia clara de responsabilidad, “*Podría irme por la parte más simple, sentarme, tómese esto y adiós, sin ahondar en el caso de una*

persona, pero, yo quiero que las cosas salgan bien, que lo que yo hago sea bien, será perfeccionismo, no sé, pero por lo menos que de resultados, resultados que sean satisfactorios, resolver un problema, resolver un dolor”. (S4).

Se obra responsablemente cuando **se tiene el tacto y la delicadeza de contar con los familiares del paciente**, para informarles sobre la situación de salud, porque la familia también necesita apoyo y requiere de la visión del médico para asimilar la situación “ *pero cuando uno ve, ya que, el paciente realmente va hacer un paro o algo así, uno lo puede prever, uno habla con la familia y le cuenta si uno lo va a reanimar o no, pero es complicado, así la familia sepa que uno no debe reanimar, como que en ese momento se ciegan y quieren que uno lo reanime, es difícil...*” (S6).

Un recurso que emplean los médicos para beneficiar al paciente y en donde se vislumbra de forma clara el sentido de responsabilidad y la solidaridad, es cuando **los orientan para que busquen la manera de lograr el derecho a la salud desde el punto de vista legal**, “... *aunque no sea una urgencia hay que atenderlo rápido, yo les digo...vaya a la personería, si tiene que hacer acciones legales, tiene que hacerlo...a las entidades les importan cinco centavos...* (GD).

Aunque es de esperarse responsabilidad en la práctica médica, no siempre es así, evidenciándose además **acciones no responsables**.

Todo el sistema de salud debería funcionar de manera que se facilite el proceso para la preservación de la vida de los pacientes o que se obre en función de esta meta, abocando al principio de responsabilidad humana y a la obligatoriedad de las instituciones de salud de atender las urgencias vitales. En las entrevistas se percibe **falta de responsabilidad en la institución receptora** en expresiones como: “*muchas veces los pacientes los mando y en la puerta de la clínica me dicen no se lo recibimos*”. (S2).

Son frecuentes las excusas carentes de significado para no recibir a los pacientes, **excusa mentirosa** que logra ser captada por el profesional de salud quien solicita el servicio, aspecto éste que muestra un quebranto tanto en la misión como en la ética profesional, miremos la evidencia empírica: “*mandé un paciente a una clínica X,...era un paciente infartado y no me dejó bajar el paciente de la ambulancia, eran las dos de la mañana y le dijo la enfermera que estaba muy ocupado, la enfermera me llamó y le dije pásame al muchacho y la otra enfermera dijo no, que salió a hacer ronda²¹ a las dos de la mañana, llamé yo a otro lado de la clínica y me dijeron que estaba escondido en tal parte, entonces yo simplemente después lo llamé, me dio rabia y le dije: que respetara, que estábamos con gente seria, somos profesionales*”. (S2).

Retomemos otro ejemplo que ilustra la misma situación de pérdida de la responsabilidad y en el que también se revela ausencia de una argumentación válida “*Es que yo he mandado pacientes complicados y me dicen no se lo recibo porque no tengo camillas. Dígame que no se lo recibo porque el cirujano no vino, porque el ortopedista no está, porque el internista se murió, pero no me vaya a sacar esa razón tan pendeja de que no se lo recibo porque no tengo camilla porque yo aquí tengo pacientes hospitalizados sentados*”. (S2).

Una incoherencia asociada al tiempo de consulta permite inferir una acción no responsable porque el criterio para definir el **tiempo de consulta**, cuando la remuneración es por pacientes atendidos, es el beneficio económico del médico en lugar del bienestar del paciente. Se juzga el espacio otorgado para la atención como insuficiente, pero, cuando se tuvo la posibilidad de emplear un espacio más amplio para la consulta, se citó a más paciente para obtener un beneficio económico. Revisemos las dos situaciones: “*hasta la parte de hacer el diagnostico se limita un poco en cuanto a consulta externa...un poco porque usted*

²¹ La ronda médica no se hace en ese horario.

tiene 15 minutos, antes usted tenía para formular al paciente media hora, dos horas, y conversaba y hacía negocios con la gente, eso era otra vida, pero ahora son 15 minutos” (S3). Posición que contrasta con: “cuando a usted le pagan por eventos, y le dan 15 minutos para ver un paciente, usted va a ser tan bobo que va a gastar media hora, sabiendo que puede atender dos en 15 por hacer todo (se interrumpe)” (S3).

En el análisis de la situación los médicos consideran que la responsabilidad viene en deterioro, hay un predominio de los intereses personales del médico por encima del deber ser profesional. Un médico estableció una comparación entre la atención en una sala de hospitalización hace unos años y la que se realiza en la actualidad de la siguiente manera: “... se perdió esa partecita de responsabilidad, entonces usted hace la parte asistencial,...pero a nosotros nos tocaba hacer revista, votar flema, pero además usted estaba encargado de un servicio, y se encargaba del servicio, pero ahora no, ah bueno hasta luego, ¿Ya se va a ir? me tengo que ir a hacer deporte”. (S3).

Todos los ejemplos anteriores evidencian una problemática grande asociada a la responsabilidad, sobre el tema uno de los médicos expresa fuertemente la situación: “No sé hermano, yo creo que la responsabilidad se nos fue para el culo, la ética”. (S2).

El desempeño del médico puede ser cuestionado desde el punto de vista de su resultado, el paciente puede morir o quedar con una lesión o impedimento después de un procedimiento; si la familia y/o el paciente creen que dicho resultado está relacionado con la práctica médica puede o pueden establecer una **demanda**.

Las demandas se asocian con la responsabilidad en el sentido de que el médico se le exige demostrar que hizo todo lo que estuviera a su alcance para preservar

la vida y ofrecer un tratamiento encausado a obtener un beneficio de salud para el paciente; se espera un acto médico responsable tanto desde el punto de vista del conocimiento como del procedimiento.

Las demandas son en el momento un movilizador fuerte dentro de la práctica médica pues los médicos temen ser demandados, *“a uno como médico le da miedo, porque con el advenimiento de las demandas por responsabilidad civil, sabe uno que si lo demandan se puede quedar sin nada desde el punto de vista económico, todo lo que ha trabajado en diez años, doce años, y como prestador de servicios también porque se puede quedar sin empleo”* (S1).

Es frecuente la devolución de pacientes de parte de las entidades de salud, aspecto que justifican desde aspectos como: el nivel de atención no corresponde al cuadro clínico del paciente, requiriéndose otro nivel de atención de mayor o menor complejidad; no se tiene un contrato de servicios con la EPS en donde el paciente se encuentra afiliado o con el municipio; o por otros motivos de orden interno a la entidad como la no disponibilidad de camas entre otras, sin embargo toda institución de salud tiene la obligatoriedad de atender las urgencias vitales.

Los médicos cuando han remitido a un paciente y la IPS correspondiente no lo atiende, pueden ser demandados. *“(…) si a usted le llega un paciente con un infarto y llama al centro regulador de urgencias, y no hay red, y se demora cuatro a seis horas, ocho horas, dieciséis horas, veinticuatro, y el paciente por cualquier motivo o por el problema de su infarto muere, al primero que demandan es a uno, porque es el que presta la atención inicial, y lo demandan y hasta que no se investigue si tuvo o no tuvo culpabilidad…”* (S1).

Para protegerse de las demandas los médicos han recurrido a conseguir evidencias a su favor, adelantándose de esta manera a los hechos, buscan de parte del receptor una prueba de la no atención, para no ir a ser demandados

arbitrariamente, logrando algunas veces un resultado favorable para el paciente, *“pues yo le digo a la enfermera, dígale que me firme la remisión que yo lo vuelvo a recibir, con esas palabritas tienen ellos para retractarse”*. (S2).

Una situación parecida se ve plasmada en la siguiente expresión: *“hoy en día... ya es tratando de que uno no se vaya a encochinar solo.” Y aclara el término así: encochinar es tener problemas legales, porque usted sabe que en Colombia hay unos legales y hay otros que lo arreglan como sabemos*”. (S2). El médico que remitió puede aparecer como responsable sin serlo, de manera que les toca protegerse, buscando un recurso para poder confirmar que su proceder fue correcto.

Otro aspecto asociado a las demandas y por el cual los médicos se preocupan, es por la actitud inescrupulosa de algunos pacientes y familiares que buscan un beneficio económico a través del establecimiento de demandas contra el médico, independientemente de si éste tuvo responsabilidad o no en un hecho desfavorable. Observémoslo en el fragmento siguiente en donde se argumenta que sería un mal ejercicio en la práctica médica: *“ para mi un mal ejercicio es hacer cosas que yo no se, meterme a hacer cosas que yo no se, para mi un mal ejercicio, es, no equivocarme, eso no es mal ejercicio, mal ejercicio es que yo a sabiendas de que usted no se va a mejorar, a sabiendas de que usted necesita x cosa, pues como no pongo cuidado entonces te formulo otra, pero aquí el mal ejercicio es, en este momento mal ejercicio es lo que el paciente quiera demandar, eso es mal ejercicio, y usted se lo lleva el díaaablo, y eso lo ponen en vueltas un año o más, con abogados y de todo y usted haciendo lo que tiene que hacer, con un paciente que lo que quería era plata, y ante un juez que no tiene ni idea de que fue lo que paso”*.(S3).

Los médicos también reconocen que aunque no haya mala intención, *“Yo creo que un médico, a menos que tenga un enemigo ahí en la sala de operación y ni eso,*

*de eso se tiene que cuidar más, yo pienso que por maldad de un médico no, yo pienso pues, no comete errores”.(S4); es posible equivocarse por **acciones no responsables** como se asocia en la siguiente percepción, “pero las demandas médicas, mala información, mala información, el médico a las carreras, el médico que no habla con el paciente y no le explica las cosas” (S4).*

En cuanto a los principios morales de la justicia, la solidaridad y la responsabilidad, entendidos como los criterios últimos que deben llevar la búsqueda del bien común, y en la práctica médica se relacionan esencialmente con la preservación de la vida, la disminución del dolor y el cuidado del paciente se encontró dentro de la investigación una pérdida del sentido de la justicia cuando los médicos se sienten imposibilitados a prestar una buena atención, a disminuir el dolor o incluso a garantizar la supervivencia por limitaciones impuestas por las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud que han caído en el error de priorizar en la administración de los servicios de salud el beneficio económico de la entidad por encima de la recuperación de la salud de los pacientes.

Con relación a la solidaridad y a la responsabilidad se encontró que si bien son criterios valiosos dentro del ejercicio profesional del médico, en ocasiones, al igual que la justicia se ven supeditadas a las limitaciones institucionales o a tendencias mal intencionadas de los médicos entre sí como se pudo evidenciar en algunos apartes de las entrevistas.

Los principios morales tienen una estrecha relación con la sensibilidad moral, como se observó la solidaridad y la responsabilidad asumida dentro de la práctica medica está basada en el sufrimiento que padecen los pacientes, por éste motivo se ampliara a continuación los aspectos asociados a los sentimientos morales.

Respecto a los **sentimientos y emociones**, se encuentran manifestaciones de acuerdo con las diferentes vivencias que se han tenido durante las prácticas médicas en la vida profesional de cada médico.

En general, la benevolencia nace de la virtud o de un mérito cualquiera siempre que una persona demuestre a otra una especial forma de bondad mezclada con un poco de compasión y de fraternidad humana, esto implica trascender más allá de cada ser, de tal manera que el profesional tenga la capacidad de situarse en el lugar del otro y de descubrir las necesidades de ese otro ser, en consecuencia se generan actitudes de indulgencia y tolerancia. La benevolencia exhala afecto, sensibilidad e implica el comprender que aprecia el lado constructivo, la sensibilidad, la cooperación y el desinterés.

Igualmente la compasión es algo tan simple como escuchar al otro; es compartir con él; es un sentimiento como lo define Smith: de empatía hacia otros seres humanos que son iguales a nosotros y cuya base fundamental es el respeto; es decir la compasión va más allá de simplemente ser bueno o amable, aquí es donde se empieza a reconocer a otros individuos y enfoca a descubrir las necesidades y padecimientos con una actitud permanente de servicio, ayuda y asistencia: *“Básicamente mandarlo para otro lado es porque el paciente todavía no se le ha resuelto su problema. Si lo mando es porque quiero que se alivie y porque quiero ayudarle a alguien”.* (S4).

“Yo siempre digo que cuando uno esta ante otra persona es como uno mismo allí reflejado, sintiendo, bueno, como sería yo ante este dilema, o sea, como sería lo que eso me mueve, me motiva, porque a veces son situaciones muy complejas, mucho, mucho (...)” (S5).

Así mismo, el **sufrimiento y la enfermedad** del otro generan acciones que permiten un deliberado reconocimiento y una generosidad por parte de los demás,

y el médico no está ajeno a esta realidad que le puede producir sentimientos de benevolencia y compasión, puesto que esta situación implica una profunda convicción de procurar el bien de nuestros semejantes; es crear conciencia y encaminar los esfuerzos para un mejoramiento de vida personal de aquel ser que siente la necesidad de disminuir sus padecimientos: *“...la tristeza con una pacientica que me encariñe mucho, una niña de una leucemia... y cuando se murió me desanime... como (a los) dos días ya veía a mi hija igual, dónde a mi hija le pase; como que se transfiere muchos sentimientos, entonces yo me sentía como la mamá de la muchachita...”* (S6); y que muchas veces despierta en el médico esa ansiedad justificada por defender el derecho de un mejor nivel de vida para su paciente *“...sino que cuando el paciente realmente lo necesita, y no se lo hacen y uno sabe, que tiene X o Y enfermedad y que necesita esto, la impotencia es mucho más grande, entonces uno discute, yo a veces discuto, yo peleo, yo peleo por ejemplo con el auditor...”* (S6); y que en determinados casos lo convierten en solidario ante la necesidad del otro, *“Claro, porque de todos modos uno puede ver a una persona que está con un sufrimiento, o una persona que puede necesitar de lo que uno sabe hacer, una persona puede estar precaria en salud y sabemos que si uno tiene la herramienta para ayudarlo, pues uno lo hace”* (S4).

Pero también surgen situaciones encontradas que puede generar en el médico actitudes de **resentimiento**; debidas al desconocimiento de la capacidad del otro. El resentimiento es una reacción emocional que se encuentra inherente al ser humano, y son muchas las causas que lo conciben, es la reacción frente a las amenazas de las necesidades instintivas de pertenencia, aceptación social y de seguridad; es un sufrimiento psicológico que provoca rencor. Entre sus causas está el desconocimiento de las labores que son pertinentes a cada individuo; el exceso de poder de personas que sin ningún conocimiento sobre una especialidad pretenden controlarla completamente entorpeciendo la labor del especialista, lo que implica el surgimiento de este sentimiento: *“...yo caramba la mando y me la*

devuelven, que no le hacen biopsia y me tiran los papeles sobre el escritorio que por qué se hizo una colposcopia, o sea están desvirtuando cosas que uno ya maneja, cosas que ya uno hace, entonces le toca uno volver (a) insistir, volverse recalcitrante y volver a mandarla con estudio mayor que le hubieran podido hacer...”; (S4) esto conlleva a que se reconozca la difícil situación por la que atraviesa la salud en Colombia, “...A veces rabia, por esa misma situación que enfrenta la salud aquí en Manizales, desesperación y a veces depresión, ...(ver) morirse un paciente por algo que usted sabe que es manejable en un nivel superior con un especialista, o quizás ni con un especialista, sino con más recursos”.(S2).

Pero además, el médico critica desde su perspectiva la falta de concientización de sus superiores por temor a quedar él mismo juzgado, tanto que su **resentimiento** va en su propia defensa *“Mucha rabia, mucha impotencia, porque si se muere el paciente se lo cargan a uno”.(S1).*

También se percibe una dificultad respecto a la relación con ciertos pacientes que generan en el médico un **resentimiento** social fundado en las amenazas que en cualquier momento son inherentes a su profesión *“Tanto matarse, tanto estudio, tanta vaina, paque venga otro y diga este me quería matar y lo demande a uno y vaya donde otro que no tiene ni idea y le mande un abogado, entonces eso paque...”. (S3).*

Sin embargo, el resentimiento se presenta cuando no se reconocen los derechos de los demás, y aún más crítico cuando se denigra de los pacientes hasta maltratarlos, de tal forma que dicho resentimiento está colmado de soberbia *“si yo quisiera matar a ese tipo, yo me pondría a hacerle una cosa o la otra;...formas de matar hay muchas, pero no, yo lo que hice fue hacerle sus cosas para que se salvara y ahora viene este otro ignorante a demandarme y es que ese otro ignorante ni siquiera pregunta que pasó, sino que tan, arranca contra mí y eso lo*

ve uno a diario, obviamente yo no digo que todos seamos unas palomas y que no nos equivocamos, y que no hay malos,... vuelvo a lo que más le molesta a uno, uno aquí es el malo, usted en estos casos siempre tiene que entrar a demostrar, no como el resto de la humanidad, que es demuestre que yo fui” (S3).

La anterior situación le permite al profesional colocarse en una posición más defensiva buscando protegerse de estos conflictos sociales, puesto que hoy en día se pueden percibir las intenciones de muchos pacientes respecto a adquirir dinero más fácilmente, “... *en cambio usted tratando de ayudar a una persona y la persona se muere, y a la familia le provoca, dice, éste tiene plata, demandémoslo por plata, siempre lo demandan por plata,...*”. (S3).

Ahora bien, el médico se encuentra ante situaciones que le han cambiado su profesión, hasta el punto de situarlo en un objeto productivo, dependiendo de entidades con ánimo de lucro y que los llevan a sentir una **indignación** frente a su labor y al sometimiento del sistema; la indignación es la reacción que se crea ante la indiferencia a la ofensa ejercida sobre otros individuos “...*Estamos graduando una cantidad de médicos enfocados hacia el sistema, son útiles a un sistema, no útiles a una sociedad, útiles a un sistema que está convirtiendo la medicina en un negocio lucrativo,...*”.(S1) Pero que además consideran que el mismo sistema los trata como unos simples obreros “...*porque tiene una cantidad de intermediarios en el sistema que son los que se quedan con la plata, que deben tener unos determinados obreros que hagan un determinado trabajo para ellos poder quedarse con la plata, si, entonces eso es lo que estamos haciendo, médicos obreros, médicos como obreros de mano de obra calificada*”.(S1).

Sin embargo, el sentimiento de **indignación** surge ante situaciones que el mismo profesional no logra entender respecto a sus colegas, puesto que son estos quienes se encargan de generar dificultades que no son necesarias “*Te gustaría que tú estuvieras teniendo un hijo y te doliera la barriguita, unos cólicos los*

berracos y se queje, y no quieras que nadie te toque siquiera y en el momento de nacer el bebé, antes de salir el bebé, pegues un grito y que alguien te diga, oiga ...por que cuando tú estabas haciendo el muchacho por que no llorabas, cómo no le dolía cuando lo hacía, a mí me parece que eso es una ofensa para el paciente, a mi parece que a una persona no se le debe decir eso” (S4), inclusive a los pacientes que presentan síntomas críticos de enfermedades y que no son atendidos sin argumentar razón alguna “Me generó mucha rabia esa situación, si; uno queriendo que las cosas vayan vayan bien pa’ el paciente, a mí me entusiasma mucho eso, como que usted todavía no le han hecho nada, como al mes no le han hecho una biopsia, como que a usted no le han hecho nada, hasta ahora sangrando”.(S4). Lo anterior lleva a que muchos profesionales cuestionen las actitudes de sus colegas “...claro, claro yo critico mucho la actitud ante los pacientes de ciertas personas, colegas, yo si critico mucho eso la falta de comunicación y de comprensión para con el paciente, yo sí critico mucho eso....” (S4).

A veces el panorama se ve tan desesperanzador que un médico recién graduado llega a sentir **indignación** frente al trato de sus compañeros respecto a la actitud que éstos asumen ante el dolor de otras personas “...yo veía al comienzo yo veía que llegaba un muerto, me asustaba, el compañero que estaba de turno llegaba y lo miraba, lo tocaba y decía no lléveselo está muerto, como si nada, y a mí me impactó eso... me daba una rabia y una decepción, ay yo voy a terminar así...”(S6).

Pero aunado al resentimiento también surgen sentimientos **de tristeza, melancolía y frustración** en los profesionales de la salud cuando sus pacientes, que son remitidos a otros niveles de atención, no son atendidos de acuerdo a sus necesidades; la tristeza es un estado afectivo debido a un decaimiento de la moral; ocurre cuando alguna circunstancia nos ha decepcionado; mientras que la frustración es una insatisfacción del ser humano ante sus expectativas; es un

sentimiento de impotencia ante una situación no deseada: *“Siento tristeza, desolación, aburrimiento, porque uno los manda a segundo y tercer nivel y a veces ve que el manejo no es el adecuado, por lo que lo que uno aprendió, a lo que le hace otra persona en otro nivel no es lo mismo, sabiendo que uno puede hacerle un mejor manejo al paciente, y limitándonos mucho, estamos muy limitados”*. (S2); pero también cuando el mismo profesional se encuentra atado ante la reglamentación de una institución, de tal forma que no puede entregar lo mejor de sí para el mejoramiento del nivel de vida de su paciente *“Se le genera a uno ese sentimiento de frustración, hombre, no poder hacer esto, no poder brindarle a este paciente una mejor insulina, si, no poder hacer un mejor examen, una mejor prueba de diagnóstico, no nos dejan, que tristeza que podamos hacer eso, es triste pero miren que de caídas uno se levanta y de pronto uno se fortalece”* (S4).

2- Relación de la práctica médica y la normatividad:

Esta relación se enmarca desde dos aspectos, que afectan la atención médica, a saber: la relación médico – paciente y la relación entre colegas (Colegaje); generándose dificultades en el rol del médico desde aspectos como:

- 1- Contradicciones entre el deber ser y el ser
- 2- Las interpretaciones y aplicaciones de la ley por parte de las instituciones
- 3- La relación entre la constitución, la ley 100 y las condiciones socio-económicas del país.

Tabla 3. Relación práctica médica – normatividad

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	TENDENCIA
PRACTICA MEDICA NORMATIVIDAD (ATENCION MEDICA RELACION MEDICO PACIENTE RELACION ENTRE COLEGAS) <i>“Si me dejan quiere decir que uno puede tener toda la intención, uno puede tener toda la capacidad pero si el recurso se lo niegan (...)”</i>	CONTRADICCIONES ENTRE EL DEBER SER Y EL SER	Limitaciones en el tiempo de atención, diagnostico, tratamiento, seguimiento, remisiones
		Limitaciones entre lo que se puede hacer, lo que merece y lo que realmente se le da al paciente
		Limitaciones en la promoción de una cultura saludable
	INTERPRETACIONES Y APLICACIONES DE LEY POR LAS INSTITUCIONES	Implementación de mecanismos de control para coaccionar la atención medica
		Contratación de los médicos, otras instituciones y servicios
	CONSTITUCION, LEY 100 Y CONDICIONES SOCIOECONOMICAS	

Las contradicciones entre el deber ser y el ser se encuentran relacionadas con:

- limitaciones al momento de realizar un diagnóstico, de aplicar un tratamiento, limitación en el tiempo de atención para hacer un seguimiento, remisión a especialistas;
- limitaciones entre lo que puedo hacer, lo que merece el paciente y lo que realmente se le entrega; y por último,
- limitaciones en la promoción de una cultura saludable.

La práctica médica deberá estar orientada a la atención oportuna para todas las personas que acceden a buscar atención, la cual se fundamenta en la prestación de servicio con calidad, en el cual la evaluación integral, el diagnóstico preciso, el seguimiento y la orientación de un tratamiento adecuado, que permita evidenciar una atención para los pacientes como personas y no como simples usuarios de un servicio. No obstante dicho ejercicio se ve limitado cuando en el marco de una institucionalidad que ha favorecido el crecimiento de las empresas prestadoras de salud, los recursos, las ayudas, son optimizadas para producir mayor rentabilidad económica en detrimento de un mejor servicio. Puede observarse como la distribución de la prestación de los servicios de salud en diferentes niveles institucionales genera permanente límites para el desempeño adecuado mínimo de los profesionales: *“la limitación básicamente es a que se dan unos niveles de atención y unas digamos, como le digo, que cada entidad está limitada a cierta parte o que yo no puedo sino hasta aquí, o que esto es lo que puedo hacer, o que este es mi nivel”*. Esta disposición genera una serie de dificultades que incluyen la determinación del lugar de atención, el tipo de exámenes y los tratamientos que cada institución debe realizar, *“cada entidad está limitada a cierta parte o que yo no puedo sino hasta aquí, o que esto es lo que puedo hacer, o que este es mi nivel, que este examen lo puedo hacer pero no le puedo atender al paciente”*. (S2). Por tanto se hace evidente la fragmentación en la atención, el diagnóstico y el tratamiento acorde de cada paciente: *“Por ejemplo si uno manda un paciente allá con un dolor abdominal pero si no es quirúrgico se lo devuelvo, porque una entidad no puede decir listo mándeme el dolor y yo se lo evalúo y todo hasta decirle es un cáncer de tal lado, ya manejémoslo. El paciente se volvió el riñón es de la clínica 1, el corazón de la clínica 2, el pulmón de tal lado”*. (S2).

Los cambios no planificados del sistema de salud evidencian la notoria incapacidad, que por parte de sus redes hospitalarias, se posee para el cubrimiento de las necesidades de la población usuaria: *“en toda parte del sistema, en este momento estamos encasillados, por ejemplo no existe red*

hospitalaria para pacientes de segundo y tercer nivel". Por tanto las instituciones que poseen menor capacidad en recursos, personal y soporte técnico-científico se ven obligadas a dar respuesta en la atención de aquellas patologías que por ser de mayor complejidad requieren un manejo más especializado: "entonces nos toca manejar en el primer nivel con las limitaciones que tenemos, un infarto, nosotros hemos tenido un infarto hospitalizado cuatro o cinco días en Assbasalud" (S1).

La atención y el servicio que, bajo estas premisas puede ofrecerse no es de la calidad y oportunidad que se requiere, lo cual conduce a que los médicos deban enfrentarse con aquellas consecuencias no deseables que se derivan de este tipo de servicio que las instituciones y sus profesionales pueden ofrecer, *"Uno se acuerda generalmente, en donde esta trabajando de lo que se atranca buscando otro nivel, el que se muere, del infarto que no llega". (S2).*

El manejo de aquellos casos que requieren otros niveles de atención limita el contacto, la ruta de estudio, el tratamiento integral y la responsabilidad que orienta el ejercicio médico: *"pero nosotros en el otro sistema, con la ley 100 vemos que un paciente llega, y no sabemos si se va, si se va para donde se va, que le hacen, o sea, el paciente es de uno hasta un punto y se acabó". (S2).*

- **Contradicciones entre lo que sabe y lo que puede hacer**

La formación de los profesionales en salud se ha orientado hacia el estudio de las enfermedades que afectan a todo tipo de pacientes, enfatizando en el estudio completo de la patología, de tal manera pueda obtenerse un diagnóstico preciso que es el que orienta el tratamiento requerido.

Sin embargo, se nota que la fragmentación en la atención de los pacientes, derivada de los diferentes niveles en salud que determina la institucionalidad, no permite un estudio adecuado de la patología, lo cual origina una solución

insatisfactoria del problema para el cual se consulta, el paciente es escindido y no se logra su atención integral, *“la limitación básicamente es a que se dan unos niveles de atención y unas digamos, como le digo, que cada entidad está limitada a cierta parte o que yo no puedo sino hasta aquí, o que esto es lo que puedo hacer, o que este es mi nivel, que este examen lo puedo hacer pero no le puedo atender al paciente. El paciente se volvió el riñón es de la clínica 1, el corazón de la clínica 2, el pulmón de tal lado”*. (S2).

El profesional espera poder continuar con la atención y valoración completa de los pacientes de la misma manera para la que fue formado, es decir, en una consulta se procuraba buscar y encontrar las diversas patologías que afectaban al paciente y solucionarlas en su mayor parte con los medios a los cuales se tenía acceso, pero la creación de los niveles no les permite dar salida a los criterios adquiridos, limitando el ejercicio actual, *“Esperaba que el paciente sea uno solo, para un solo estudio, para valorar todo el paciente, toda una patología, toda su necesidad”* (S2). *“Uno en el hospital lo veía, nosotros en el hospital, cuando estudiábamos, llegaba un paciente y se le hacía todo lo que había que hacérsele, desde que llegaba a urgencias hasta que si había que operarlo, se operaba de lo que fuera y se le daba salida así se muriera”* (S2).

Esta misma formación permite que los conocimientos teóricos adquiridos sean confrontados en el momento real de la atención. La suficiencia teórica que adquiere en la universidad le permite visualizar el estudio que se requiere, el pronóstico de la enfermedad si no recibe el tratamiento adecuado e incluso los requerimientos para una buena praxis médica, sin embargo la insuficiencia de los servicios de salud secundaria a las modificaciones en los niveles, obstaculizan al profesional para atender el caso y le enfrentan con una cruda realidad, como es la de contemplar en su atención el deterioro del paciente en espera de la otra institución que pueda recibirlo, e incluso acompañar la evolución de la enfermedad hasta las consecuencias funestas que de ella se derivan (muerte), *“si este*

paciente lograra llegar a tal lado, pues se le haría esto, se le haría lo otro, no sufría las consecuencias que finalmente a veces nos toca ver a nosotros”. “Uno se acuerda generalmente, en donde esta trabajando de lo que se atranca buscando otro nivel, el que se muere, del infarto que no llega”. (S2).

De igual forma la suficiencia teórica del profesional debe enfrentarse con las restricciones institucionales, que frenan el ofrecimiento de los tratamientos adecuados, es decir, no permiten que, así se posea el conocimiento y la experiencia en el manejo terapéutico, formular los medicamentos que el consultante requiere para el manejo, y el profesional se ve abocado a utilizar aquellos medicamentos que no son los adecuados o no son de la calidad requerida para el manejo óptimo de las patologías de los pacientes: *“Si me dejan quiere decir que uno puede tener toda la intención, uno puede tener toda la capacidad pero si el recurso se lo niegan. Si yo quiero ponerle un paciente Roziglitazona y trabajo en Assbasalud, vos sabes la Roziglitazona que es para una diabetes, pero escasamente algunos especialistas la manejan; yo quiero, yo puedo, pero hay cosas que no me lo permiten. Si ve que el recurso se nos niega” (S4).*

“...pero entonces ya empiezan a jugar las cosas que son las EPS, las normas que hay que seguir, los medicamentos que usted puede formular, ya usted no puede formular como era antes, que usted formulaba lo que el paciente necesitaba... (S3).

Otra de las variaciones que se derivan de la implementación de la ley 100 tiene relación con la modificación en los tiempos de atención médica para los pacientes.

El tiempo de atención determina la calidad del ejercicio profesional, pues permite el afianzamiento de la relación médico – paciente, fortaleciendo la empatía, el

análisis integral del paciente y finalmente la orientación adecuada del diagnóstico y tratamiento de la patología a la cual se enfrenta.

Sin embargo, la reducción del tiempo obstaculiza el ejercicio profesional y se enmarca como la limitante primordial de éste: *“Sucedee que el acto médico en sí viene cayendo en la calidad, es decir no tiene el tiempo suficiente para querer tener la calidad que tenga, no tiene tiempo suficiente para conocer el paciente, si, para conocer el paciente que le llegó a consulta externa e incluso a urgencias, y no tiene tiempo para establecer una buena relación médico paciente, que la gente sepa que uno le va a ayudar, que uno le quiere ayudar, que lo va a hacer de buena fe y no de mala fe, que uno a veces llega el paciente y por la premura del tiempo ni siquiera se toma el tiempo de decirle yo me llamo tal, soy médico general y lo voy a atender en lo que usted tiene con respecto a la urgencia o a la consulta externa, entonces por ejemplo en la consulta externa llega el paciente y no puedes atenderle uno o máximo 2 motivos de consulta que tiene el paciente, si, y en urgencias tan solo el motivo por el cual consulta.”* (S1).

En estas atenciones de corta duración y orientadas hacia la calificación del rendimiento médico y el beneficio económico institucional, el profesional carece de la posibilidad de realizar una atención responsable, pues permite un mal análisis clínico, un mal diagnóstico y por ende un mal tratamiento: *la parte de hacer el diagnóstico se limita un poco en cuanto a consulta externa, usted tiene ya que es distinta se limita un poco porque usted tiene 15 minutos, antes usted tenía para formular al paciente media hora dos horas”.* (S3).

“Se vuelve complicado porque la institución quiere ahorrar, entonces lo pone a ver quince minutos, en quince minutos no se alcanza a ver todo clínicamente, entonces usted se ahorra la parte del examen, tres cosas grandes por encima y le pide un poco de exámenes” (GD).

- **Tramites (relacionado con tiempo)**

La orientación empresarial de las entidades de salud obliga a la creación de papelerías y múltiples formatos que permitan el control preciso de costos, rendimientos médicos, uso de paraclínicos. Sin embargo, al buscar controlar al máximo los rendimientos, obliga a los profesionales a sacrificar tiempo de la consulta de los pacientes para responder con las exigencias administrativas institucionales, lo que dificulta el proceso de atención a los pacientes y por lo tanto lo que de ella se deriva, un menor contacto con el paciente y la disminución de la posibilidad de una atención adecuada: *por que además está la otra cosa que es que uno debe de llenar miles de formatos, no sólo una historia clínica sino miles de formatos como de crecimiento y desarrollo, de planificación, de fichas epidemiológicas, todo lo que le exigen a uno en cada institución.” (S1). “En una ESE lo tiene que examinar, y encima de eso lo tiene que formular y encima de eso tiene que llenar la papelería que le pide la institución donde trabaja entonces son quince minutos donde usted no alcanza a hacer nada, entonces la consulta, como le diría, en plata blanca, tendría que hacerse en tres o cuatro, en la primera le lleno todos los datos que alcance y le pido unos exámenes y vuelva en la otra y ya con esos exámenes yo lo alcanzo a examinar un poquito y ya me voy orientando y en la otra venga y le formulo” (S3).*

- **Diagnóstico**

Así mismo un buen diagnóstico médico se somete a la posibilidad, en primera instancia, de un acercamiento al paciente y posteriormente del uso de los métodos paraclínicos de los cuales se debe disponer. Sin embargo la actividad actual del médico supeditada al tiempo, a la restricción del uso de exámenes, abusando en ocasiones de la clínica, dificulta en gran parte la diagnosis y por ende el éxito del tratamiento propuesto, que depende sobremanera de la precisión en la realización del diagnóstico.

De esta manera el médico puede cometer errores producto de una corta atención, *“entonces un paciente en x condiciones, que necesita tal cosa usted no alcanza en quince minutos a darse cuenta de todo eso, se le pueden pasar cosas, se le puede pasar..., quince minutos son... es nada”* (S3); la cual limita el interrogatorio y el enfoque de la consulta *“Implica que uno no atiende completamente el paciente, implica que uno no pregunta todo lo que debería preguntarle, todo lo que debería interrogarle al paciente, uno no tiene tiempo de hacerlo, que se ve entorpecido una vez más porque debe destinarse tiempo para dar salida a los trámites que requiere la institución para la prestación de los servicios secundarios al oficio profesional, “además los trámites entorpecen la solicitud de aquellos exámenes que complementaría el estudio del paciente”. “...ahora lo de la ley 100 y esta cantidad de trámites que hay que hacer para una simple radiografía, eso es impresionante...”* (S6).

- **Tratamiento**

Otro de los aspectos relacionados con el acto médico se encuentra relacionado con el tratamiento.

En la medicina tradicional el tratamiento de las patologías se encuentra basado en el uso de medicamentos (farmacoterapia), los cuales para obtener un beneficio adecuado deben ser usados en las dosis y tiempos definidos. Con la entrada de la ley 100 el gobierno determinó el listado de medicamentos que las entidades están obligadas a utilizar para el tratamiento de la mayor parte de las patologías, sin embargo deja de lado otro número para los cuales no existe en ese listado el medicamento requerido, por tanto la no existencia de ciertos medicamentos o por el contrario la necesidad de utilizar un mismo medicamento para el tratamiento de diversas patologías genera insatisfacción del paciente y ponen en duda la respetabilidad del profesional, por ello los médicos afirman:

“El vademécum limitado nos afecta a todos, usted ve que nos tienen al filo de la cuchilla porque los médicos sólo formulan esto, y esto, y esto, y no hacen sino quejarse y no saben que nosotros no podemos formular más. No todos los dolores se formulan con una sola cosa”. (S2).

- **Cultura saludable limitada (educación)**

En este aspecto se logran evidenciar dos tendencias, la primera relacionada con la educación sobre las transformaciones que se dan por la entrada en vigencia de la ley 100, y la segunda relacionada con la importancia de la cultura de la salud para la prevención y el mejoramiento de las condiciones de salud de las personas.

Para los profesionales se hace importante el deseo de poder explicar a las personas aquellas condiciones como trámites, gestión de exámenes y diagnósticos con las nuevas condiciones, de tal manera que puedan evitarse discordias con los pacientes, y para que estos a su vez comprendan que no es el profesional quien limita sino que es el sistema que impone una serie de limitaciones para poder funcionar: *“Si porque la gente, no entiende que uno... la gente no entiende que usted lo necesita, necesita el servicio, eso la gente no lo entiende, la gente no entiende que si se le dijo en enero que fuera a un control en un mes y usted me trae la orden en diciembre, ya no se necesita, o si lo necesita tiene que volver donde el médico para que diga que de verdad lo necesita, la gente no entiende eso, la gente entiende es que yo tengo aquí es el derecho, (no se entiende) o sea eso no lo entiende la gente...(ruido), entonces eso mientras no se eduque esa parte va hacer muy difícil” (S3).*

“Igual pasa con los dueños de esas entidades les falta educación en cuanto que tienen que tener un sentido social, está bien que tienen que mantener y sostener de alguna manera, pero que la base tiene que ser un servicio social”

“entonces esa parte educativa de ambas partes hace falta para que esto funcione; esto es como una pelea, éste a que no me quiten este platal que tengo, y el otro así tenga poquito para aumentar el platal que adquiere, arañó por donde pueda, es una pelea, unos por no dejarse quitar y otros por quitar lo poquito que sea, y en esa mitad está el gremio médico, no ve” (GD).

La otra tendencia evidencia la preocupación del médico ante la poca conciencia por parte de los pacientes en el reconocimiento de la importancia del cuidado de su salud, del uso oportuno de los servicios para la atención adecuada y del buen empleo del servicio, conductas y tratamientos requeridos: *“Pero esa dificultad de no sentirlos comprometidos me genera como mucho choque, como en la sensación de cual será el momento de este paciente que no toma como todas las cosas o muchas de las cosas con la seriedad o con la sensación de que eso le puede ayudar” (S5).*

“Ya no es solo... antes uno decía, estar actualizado entonces usted estaba leyendo lo que sale en.., en Europa y todo eso, en este momento eso sigue como actualización pero a la par que usted tiene que estar actualizado en el manejo médico, usted tiene que estar actualizado en como funciona la ley 100, para poder que usted juegue con ambas cosas” (S3).

El segundo aspecto, las aplicaciones de la ley por parte de las instituciones, comprende: Interpretaciones de ley de acuerdo con los intereses institucionales, implementación de mecanismos de control para coaccionar la atención médica, Contratación de los médicos, instituciones y servicios.

Interpretaciones de ley de acuerdo con los intereses institucionales:

Las disposiciones del gobierno orientadas hacia la cobertura, los servicios de calidad, generan con el advenimiento de la ley 100 cambios en aquellas instituciones que comenzaron a prestar el servicio, las cuales en su afán por el

lucro descuidaron la prestación de unos servicios básicos con calidad sin olvidar su rentabilidad.

“La ley 100 es una filosofía muy bonita de ayudar a la gente como queremos los médicos y como quieren muchas otras personas ayudarle a otras personas, a las demás personas, pero la ley 100 es esa filosofía, pero ya los mecanismos los rumbos que ha tomado son muy difíciles. La concepción estuvo muy buena pero como todo es regalado hay que llevarlo más barato, si o no”. (S4).

Para ello en el uso de medicamentos optaron por la compra de productos de baja calidad y que no aseguran la recuperación del paciente y que pueden aumentar los costos que en un principio se piensa reducir: *“Es la economía del momento, lo que pase ya y lo que se gaste ya, eso se refleja en que los medicamentos son de mala calidad, los controles son a tres o cuatro meses, un paciente que a la larga se va a complicar peor”. (GD).*

Igual lo observan los médicos en la reducción de los tiempos de consulta, los cuales no sólo afectan los diagnósticos sino que más que la preocupación por el paciente predomina el interés por el rendimiento económico interpretado en la reducción de los tiempos médicos y el aumento de su productividad en el número de consultas y no en la calidad de éstas:

“lo ponen a ver pacientes en quince minutos, hay pacientes que usted ve en diez minutos o cinco, pero el promedio es que usted no lo ve en menos de veinte minutos, entonces como ese es el parámetro que dan allá (Instituciones de salud) para que estos produzcan ni siquiera es para que yo pueda atender, no, ellos se sientan allá y dicen: para que esto sea rentable usted tiene que atender tantos...se piensa es única y exclusivamente en el bolsillo, el paciente ya se volvió un signo pesos” (GD).

“esto se volvió 100% un negocio”. (S4)

“es la ley de mamarle gallo al paciente, porque la cantidad de remisiones estancadas por consulta externa o por urgencias, que hay en este momento en la red, es increíble, uno se da cuenta de eso”. (S2).

Incluso esa modificación en la prestación del servicio ha afectado el régimen de contratación institucional, las cuales por el rendimiento económico sacrifican la experiencia y el conocimiento de los profesionales optando por la contratación de aquellos profesionales que supediten su actuar a las necesidades económicas de la institución:

“no, lo barato sale caro, lo barato sale caro. Entonces ellos prefieren pagar un médico resulta lío, no tiene mucha experiencia, como médico debe estar calladito porque sino trabaja aquí, no intenta trabajar en otro lado, trabaje lo que sea, entonces métamole todo lo que se pueda, a tener médicos de mucha tradición, médicos muy buenos, muy expertos que posiblemente invirtiendo más tiempo en una consulta sale más barato que consultas de quince, quince, quince”. (S4).

“yo le veo bondades a la idea de la ley 100, a la idea, la idea era aumentar la cobertura, porque antes era que el que tenía plata iba y era el médico el que tenía la sartén por el mango, ahora tratando de hacer eso con la ley 100 trataron de ampliar cobertura, lo malo de la ley 100 fue que para ampliar esa cobertura se lo dieron como negocio a unas entidades, entidades en las que los intereses no son altruistas, ni de bondad ni de nada, eso es netamente económico, una EPS que no produzca plata, cierre y se va, como una zapatería, como cualquier negocio, entonces ahí se pierde la labor altruista que debía tener, obviamente uno entiende que esto se tiene que sostener de alguna manera, entonces, yo pienso que el error además de haberle entregado esto a empresas de negocio es que no hay

educación, no hay educación ni en el paciente ni en las empresas, entonces las empresas solo se convierten negocio y entonces ya se pierde”. (GD).

“De ahí se deriva todo, no sólo que le pagan mal, lo ponen a ver pacientes en quince minutos, hay pacientes que usted ve en diez minutos o cinco, pero el promedio es que usted no lo ve en menos de veinte minutos, entonces como ese es el parámetro que dan allá (Instituciones de salud) para que estos produzcan ni siquiera es para que yo pueda atender, no, ellos se sientan allá y dicen: para que esto sea rentable usted tiene que atender tantos”. (GD).

- **Controles de la práctica médica (auditoria)**

El desarrollo de las actividades médicas se haya vigilado por unos nuevos factores dentro de las instituciones de salud que se han llamado auditores. Su papel es dirigido al control, la evaluación y la autorización de exámenes, consultas, exámenes paraclínicos, rendimiento médico.

Su actividad llega a entorpecer el ejercicio profesional ya que por beneficiar el rendimiento económico para la institución atropella la acción del médico en ejercicio, interponiendo trabas, retardando el desarrollo de estudios paraclínicos o afectando la relación médico paciente:

“...ahora por ejemplo para disminuir costos porque estamos dizque elevados en costos entonces nos ponen una serie trabas, todo tiene que pasar por auditoría, ya una radiografía de un dedo porque uno sospecha que se fracturó lo tienen que autorizar, una ecografía, hasta exámenes de laboratorio ya el especialista”...“si tú mandas más de tres medicamentos no sirves, y si tú mandas más de tantos exámenes en el día digamos se está pasando, usted nos está quebrando”. (S6).

En otras ocasiones obligan a que el médico tratante elabore mentiras o aumente los cuadros clínicos de los pacientes para que de esa manera sean autorizados y sin trabas los exámenes que el profesional considera ameritan el estudio y tratamiento de su paciente:

“...he descartado cosas graves y muchas veces en cosas que ya me habían negado, caso especial una paciente una hija de alguien de la misma institución, un dolor de estómago un dolor de estómago le dijo a todo el mundo, vino y yo le dije no, esto es vesícula, le mande ecografía, me la negaron, vino que no que yo le tenía que mandar una endoscopia, y yo, acaso el médico la revisó, el auditor la revisó, yo digo que es vesícula, cual es su estómago, es vesícula, volví a ponerle pero ya le exagere le duele tal parte, tiene fiebre, la voy a mandar por urgencias, le hicieron una ecografía vesícula y ya la operaron a los 8 días...”. (S6).

Infortunadamente los controles a la práctica médica vienen impuestos por aquellas personas que desconocen completamente el quehacer del médico, mediante mecanismos que regulan objetos o productos terminados, sin tener en cuenta en lo mas mínimo a ese ser humano que se debate entre la vida y la muerte.

“...pero hay gente que hace auditorias y no estudian auditoria médica y son odontólogos, personal de salud generalmente aunque yo conocí administradores que han hecho auditoria médica, no peor caer en manos de un administrador auditor médico eso es más complicado que un médico auditor, porque si el médico auditor le tira a uno tan duro, le tira al paciente tan duro sabiendo que tocó pacientes y que vio, que diremos de un administrador que solo vio libros le importa la cuenta nada más, usted gasto mucho...”. (S6).

Finalmente, las relaciones que se establecen entre la constitución, ley 100 y las condiciones sociales y económicas del país, que se expresan a través de la incoherencia entre la garantía de los derechos relacionados con una calidad de

vida digna y la realidad social de pobreza y miseria que viven muchos de los pacientes.

3. Relación de la práctica médica y el rol social

Esta relación se agrupa en cinco subcategorías: proyecto de vida (satisfacciones y limitaciones del ejercicio médico), pérdida de autonomía (toma de decisiones), formación profesional, Status (pérdida de reconocimiento social y retribución económica) y falta de agremiación.

Tabla 4. Relación de la práctica médica y el rol social

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	TENDENCIA
PRACTICA MEDICA – ROL SOCIAL <i>“El médico era, a mi parecer, mucho más importante antes que hoy. Con todo eso, con la pérdida del poder adquisitivo, con eso de la pérdida de capacidad de decisiones pasamos a ser unos obreros (...)”</i>	PROYECTO DE VIDA	SATISFACCIONES
		LIMITACIONES
	STATUS	RECONOCIMIENTO SOCIAL
		RECONOCIMIENTO ECONÓMICO
	AUTONOMIA	TOMA DE DECISIONES
	FORMACION	DEBER SER – HACER
	AGREMIACIONES	

Proyecto de vida. El análisis de las entrevistas muestra que el proyecto de vida se circunscribe a las motivaciones, las satisfacciones y las limitaciones en el ejercicio médico. Las motivaciones y satisfacciones se dan, desde el rol del médico, a partir de la posibilidad de salvar y ayudar al otro, mejorar la salud en la búsqueda del bienestar del otro y en la relación con los colegas. Por su parte, las limitaciones, se encuentran enmarcadas por el servicio de salud actual

(normativas), las condiciones del rol médico y el tiempo que se debe invertir para especializarse y de ésta manera generar otros espacios para la práctica médica.

En cuanto a las motivaciones y satisfacciones personales, el ejercicio médico se orienta por los gustos que se van generando en la práctica: *“...Si claro, antes no, cuando usted salía y decía: a usted que le gusta, a mi me gusta en lo que le iba bien en el internado, entonces a usted le fue bien en cirugía entonces usted se encaminaba a ser cirujano, pero porque le gusto la cirugía”*. (S3).

Otra forma de expresión de satisfacción y motivación en la práctica médica frente al rol social, tiene que ver con la posibilidad de ayudar en la recuperación del otro, generando de esta manera sentimientos que garantizan que el ejercicio médico se oriente desde principios como el respeto y la preservación de la vida, pero una vida con calidad: *“...Obviamente que cuando alguien se le alivia, se le salva, uno se siente bien”* (GD); *“uno ve muchas cosas favorables, la gente, finalmente el bienestar de la gente es muy importante”*. (S2).

La satisfacción además de generarse por la posibilidad de aliviar al otro, tiene que ver con la posibilidad de colaborar a quien no tiene los recursos para acceder al servicio de salud: *“...Entonces esa parte era buena, ver a la gente agradecida, la gente no iba buscando ganancias secundarias sino iba por aliviarse, puede que no le pudiera pagar una consulta, pero a veces usted no necesita tanto el reconocimiento monetario como la satisfacción de que usted le ayudo a alguien y en los pueblos usted sabe que llega un pobre y le dice yo le pago dentro de 8 días, uno lo atiende y se alivió y puede que ni le pagó, pero cuando se lo encuentre es la persona que le agradece y cuando usted se lo encuentra borracho, eso le prende velas...”*. (S3).

Otro aspecto que orienta la satisfacción tiene ver con el agradecimiento que tienen los usuarios ante la ayuda prestada, pues se considera que se ha ofrecido un

servicio con calidad, como uno de los procesos que puede apoyar el profesional en salud. *“Pero esa parte es sabroso cuando a usted se le aparece un paciente con un yogurt y una galleta, vea doctor muchas gracias por conseguirme la cita... a mí me encanta, así venga sin el yogurt...”*. (S3).

Se plantea una doble relación frente a la atención a un paciente, por una parte se garantiza su bienestar y su alivio, y por el otro, el médico siente que es coherente con su deber ser: *“porque finalmente el beneficio del paciente es bienestar para mí, si yo logro remitir un paciente con una complicación o una cosa que necesita una intervención de una cirugía, una herida de bala, entonces me lo reciben, me genera bienestar a mí porque yo sé que está con el especialista, le genera bienestar a él porque se va aliviar”; “el bienestar de ver a alguien mejor, de que a uno lo vean llegar y no le hagan mala cara, así se las hagan, eso es positivo para uno”; “Mucha satisfacción, hay pacientes que generan mucha satisfacción, que uno los ve que entran muy complicados y salen, así no sean complicados”*. (S2).

La satisfacción del deber cumplido, la posibilidad de aprender de otros colegas y mejorar al paciente, genera aprendizajes valiosos que permiten dar diagnósticos más precisos y tratamientos acertados para el mejoramiento de los pacientes: *“Es como lo que vemos aquí, uno ve todo, uno puede pedir un poquito más, tiene contacto con las especialidades, puede sugerirles a ellos y ellos le pueden indicar a uno. No pierde uno un poquito esa controversia, ese aprendizaje con el que sabe un poquito más que uno, o mucho más que uno, y uno ve como evoluciona el paciente desde que llegó la primera vez hasta que finalmente se le diagnosticó y se le manejó algo, que finalmente fue beneficioso para el paciente, así sea una cosa pues nefasta que se diagnostique, algo grave o crítico”*. (S2).

Hasta ahora la satisfacción se ha orientado al mejoramiento de la salud del otro, sin embargo, se genera satisfacción al tener la posibilidad de un trabajo en equipo: *“a mí me gusta mucho acá, a pesar de que el personal como personal es muy*

jodido, pero la práctica aquí es muy buena por el contacto con los especialistas, porque uno sabe que pasa con el paciente, para donde va, que quiere”. (S2).

La satisfacción genera sentimientos de alegría por el deber cumplido, ver a los pacientes aliviarse, tener la posibilidad de brindar bienestar al otro: *“No se me complicó, todo salió bien, feliz, feliz el hombre, la satisfacción de llevar a término una parte del trabajo, si ves, y si uno tiene como los elementos, uno tiene como los métodos los recursos para llevarlo a cabo, y que todo salga bien, mucho más contento queda uno”. (S4).*

El evidenciar que se ha dado un buen diagnóstico mejorando la salud del otro, genera gran satisfacción y la tranquilidad de que se está ofreciendo un buen servicio y que se es coherente con la profesión: *“Uno como médico tiene la posibilidad de evaluar las cosas, digamos cualitativamente o cuantitativamente, ver uno los resultados de un examen, si, si el resultado es bueno uno queda muy satisfecho; yo quedo muy contento: yo quedo satisfecho de eso de lo que le hice al paciente, inclusive a veces uno encuentra el resultado satisfactorio en un examen como médico; yo quedo satisfecho”; “...Queda muy contento, queda satisfecho de haber hecho una buena consulta, de haber hecho bien su trabajo. Nada más bueno que uno diga uy esto me salió lo más de bien, que berriondera, estoy contento”. (S4).*

Las limitaciones se encuentran enmarcadas por el servicio de salud actual (normativas), las condiciones del rol médico y el tiempo que se debe invertir para especializarse y de ésta manera generar otros espacios para la práctica médica.

Las nuevas normativas en salud, como se analizó en la categoría dos, hacen que los médicos se sientan poco apoyados, generando en ellos insatisfacción y poca motivación para continuar con su rol: *“Está complicado, esto si sigue así se va a joder mucho, mucho, mucho, es que el sistema de salud está muy duro, primero*

las limitaciones que tenemos, el saber que el paciente necesita y no le podemos dar (...) cómo será que cuando los médicos que le daban a uno clase le decían a uno: no aspire a medicina, sálgase (...).”(S6).

Además de las normativas, el hecho que algunos profesionales en salud se sienten como obreros, ya que consideran que quienes tienen recursos económicos para independizarse o especializarse, generan condiciones diferentes para quienes se encuentran vinculados a entidades promotoras de salud: *“Finalmente la profesión médica se dedico a vivir de los no médicos, y esa es la conclusión. De los que viven del negocio, de los que tienen plata para poner una clínica y tener un obrero, médicos, enfermeras, auxiliares, etc.”.*(S2).

Otro aspecto que se plantea como dificultad, es la concepción actual que se tiene de la práctica médica, ya que no se elige por vocación sino de acuerdo a las demandas del mercado en cuanto al recurso humano que exige y prefiere, uno de los entrevistados comenta: *“en este momento usted conversa con los que salen ahora de que quieren estudiar y le dicen a uno, vea yo hago este análisis porque me lo han hecho, quienes estamos aquí en este momento en la profesión y en la ciudad?, de que profesiones hay poquitas?, Cuáles dan plata? , conjugan esas tres cosas, lo que hace falta es plata porque la especialización se demora tres o cuatro años, a la vuelta de tres o cuatro años qué puesto va a quedar, cuántos hay de esos, cuantos hay estudiando en este momento, entonces ya la cosa se vuelve plata y se tiene que volver de plata”.*(S3).

Status. Se enmarca en el reclamo por la pérdida de reconocimiento social y reconocimiento económico. Históricamente el rol médico ha sido una de las profesiones más reconocidas, sin embargo en la actualidad por las diferentes disposiciones de ley se ha perdido dicho reconocimiento generando en los médicos desmotivación en su quehacer, afectando de esta manera la atención que se ofrece y la calidad se ve reducida.

Reconocimiento económico. Aunque la satisfacción del médico puede estar generada por los criterios anteriores, es fundamental considerar que el aspecto económico es una de las situaciones que evidencia descontento frente a su remuneración sintiéndose mal pagos, este factor influye en la motivación de los médicos y en la calidad de su práctica: *“lo mal pagados genera exceso de trabajo, genera poco tiempo para atender bien los pacientes... primero que como estamos muy mal pagados, tenemos que trabajar en promedio todos los médicos están trabajando más de 12 horas diarias, y en donde trabajo estamos atendiendo un promedio de 4 a 5 pacientes por hora”*. (S1).

Ahora bien, expresan inconformidad con relación al incremento en el número de horas que deben trabajar con el fin de mejorar su ingreso económico, lo que determina que el cansancio físico que se deriva de esta situación genera una atención que no cumple con la calidad que sus pacientes requieren: *“claro, porque si usted tuviera buena cantidad de dinero, usted no trabajaba sino en una sola parte, cuando usted ya trabaja doce horas al día seguidas usted está cansado y a veces trata de atender el paciente lo más rápido que pueda a ver si logra llegar a descansar algo, aunque son dos cosas diferentes no, una cosa es el tiempo y otra cosa el dinero, pero van de la mano porque si usted tuviera tiempo para atender un solo turno de 8 horas o menos, usted se daba tiempo para atenderle al paciente todo lo que necesita”*. (S1). Si bien se reflexiona sobre la intención de contar con mayor tiempo para la atención del paciente, es claro que lo económico cobra mayor fuerza orientando así su práctica médica, por tanto, la movilización no se hace por la preocupación del otro, sino de sí mismo. Se reclama una mejor remuneración a la labor que hacen como médicos en donde tienen en sus manos la responsabilidad de generar mejor calidad de vida en salud para otros: *“Yo creo que el que diga que no trabaja por plata es un mentiroso, cierto, que yo pienso que lo que nosotros hacemos en ocasiones lo que nos toca chupar, para lo que nos dan es muy poquitico, que la gente diga que los médicos viven muy bien, o son médicos muy duros o son unos médicos que trabajan*

mucho, porque finalmente hay empresas que busca obreros calificados que ganan exactamente lo mismo que uno”.(S2).

Si bien la pérdida de una mejor retribución económica ha hecho que el ejercicio médico tenga transformaciones que afectan a los pacientes, se reflexiona frente a esta situación y se cuestiona sobre la manera como los otros ven los comportamientos inadecuados de los médicos, lo que ha hecho que modifique su actitud frente a su práctica: *“Cuando yo empecé la carrera yo mantenía peleado con la gente, incluso de mal genio por tener que trabajar tanto y tan mal pagado, después alguna enfermera me dijo eso que la gente estaba diciendo que yo mantenía de mal genio a toda hora, entonces me dediqué a hacer la catarsis de todo esto, y resulta que ese nudo de conflicto económico, exceso de trabajo y todo el cuento, resulta que ahora sigo mal pagado pero eso ya lo dejé guardado por allá en la caja y vengo al trabajo con la mente más calmadita, entonces atendiendo mejor a la gente, les digo me llamo tal, le voy a hacer esto, tiene tal enfermedad, le voy a iniciar estos estudios, pienso que hay que hacerle esto o aquello o lo de más allá, me tomo el tiempo de hablar con la gente”. (S1).*

Cuando la expectativa de vida se basa en la profesión que se ejerce, se espera tener una remuneración económica que garantice una calidad de vida acorde al ejercicio profesional: *“El papel económico es muy importante cuando uno no tiene la solvencia pues, o uno no tiene una herencia, ni un negocio, alguna cosa, uno quiere sobrevivir”. (S4).*

La dificultad del no reconocimiento económico como profesional genera sentimientos de tristeza que desmotivan al médico en su que hacer: *“...pero igual me sentía triste, aburrida y con tanto problema laboral imagínate, además no era bien remunerada” (S6); “...la platica está muy mal por la parte médica, bueno, nos están contratando, por eso le digo a mi peluquera que ella gana más que yo realmente, yo le digo usted me pinta el pelo, me lo cepilla, y me cobra 30 o 35 mil*

pesos y yo no; yo veo cuatro pacientes y, por cuatro pacientes me pagan quince mil pesos” (S6). Este tipo de reacción es la más frecuente; los médicos consideran que su situación económica está en detrimento al compararse con otros oficios, es decir ya no son tan importantes socialmente como lo fueron en años anteriores. Consideran que su salario no está acorde con sus conocimientos.

El reconocimiento social hace alusión a situaciones que tienen que ver con el poco reconocimiento del ejercicio médico desde diversos niveles: reconocimiento frente a su labor, se sienten obreros, ya no hay tanta cercanía, ya no es el médico de la familia: *“el médico era a mi parecer mucho más importante antes que hoy. Con todo eso, con la pérdida del poder adquisitivo, con eso de la pérdida de la capacidad de decisiones, pasamos a ser unos obreros,...ya uno es un obrero, que nos madrean de frente, que si nos pueden pegar, nos pegan,...pues perdió mucho, no tanto el estatus sino esa posibilidad que tiene la gente de decir que el médico es esa persona casi como muy familiar, como muy íntimo”.* (S2).

La posibilidad de dar solución a los problemas de salud, de prestar un servicio, de ayudar se veía orientado por valores como la confianza y el reconocimiento de su rol, sin embargo esto ha cambiado *“...uno servía, servía a la gente, la gente viene con un dolor, con x problema, y esa persona necesitaba ayuda y uno era el que le iba a dar la ayuda, y entonces obviamente detrás de eso venían otras ganancias, y era que usted tenía como un estatus, cierto, estatus social, estatus de que la gente confiaba en usted, entonces usted era como el salvador del problema, ...entonces a uno que le gustaba, poder atender la gente, poder ayudarlo a la gente, y obviamente detrás de eso venía la parte del status, que se le daba uno, entonces en la medida que uno era el médico que ayudaba, que servía, entonces como médico tenía su nivel de aceptación”.* (S3).

Otra tendencia se orienta desde el contexto en donde se desarrolla la práctica médica: *“...ahora pues ya cambié nuevamente, ya subí de estrato, del municipio a*

Confamiliares contributivo, pero ya no como era en Cali” (S6). Además se le da importancia a la formación, como la posibilidad de mantener un status social y económico: “ahora usted tiene que ganarse el estatus, ganarse el dinero. La única forma es estar actualizado y tener suerte, yo no veo otra forma, usted debe de estar actualizado, la preocupación no es tanto por aprender cosas porque usted ya sabe lo que tiene que estudiar, sino por poder sostenerse donde esta, obviamente que haciendo las cosas bien, porque no hay otra forma”. (S3)

Por otra parte, se evidencia una no valoración del rol por parte de los mismos médicos fortalecido por las nuevas normativas en salud que hacen que se encuentren administrados por profesionales de otras áreas: *“lo que se perdió fue a todo nivel, hasta dentro del mismo gremio, el valorar la profesión, entonces lo que antes era un estatus del médico que salva vidas, se volvió una profesión como el embolador, lógico que así debe ser, uno no esta pidiendo tampoco que lo endiosen” (S3); “le gusta o no le gusta, hay quince esperando por este puesto, quiere, no quiere, hasta luego, porque las instituciones ya se regularon por tiempo y como lamentablemente nosotros nos estamos dejando manejar por administradores, por ingenieros industriales, por economistas”. (S2)*

Se plantea una relación frente a lo que orientaba la práctica médica antes de la ley 100 y lo que la orienta ahora, en donde el médico se ve confrontado a los sentimientos que le genera el hecho de la pérdida de un reconocimiento social, es así como plantean que: *“es que antes usted podía lo que puede hacer el médico de cabecera, que era el médico de la familia, entonces usted veía la señora en embarazo, después le veía los niños, los veía crecer, ya era de la familia, entonces usted llegaba y que hubo, que más, entonces uno iba a la casa y le provoca tal cosita, tal otra, pero hoy en día ya no hay visita domiciliaria, ya es el viejito allá tirado”.(S3).*

Autonomía (toma de decisiones). La pérdida de autonomía se relaciona con la formación recibida, es decir, se piensa que en la actualidad no se exige como en épocas anteriores, por tanto, de esta manera lo que se genera es que el profesional en salud no tenga la suficiente autonomía al momento de tomar decisiones frente a los tratamientos o diagnósticos de un paciente; expresiones como la siguiente hacen que los médicos consideren que la profesión ha decaído: *“La capacidad de decisión se pierde mucho, primero en la formación del médico desde la escuela, porque cuando nosotros salimos graduados éramos bien formados, éramos exigidos, hoy por hoy estamos viendo médicos cada vez con menor nivel de exigencia, con un nivel menor de conocimiento... tienen menor conocimiento, menor capacidad de tomar decisiones, que es una cosa fundamental en uno como médico.”* (S1).

En el ejercicio actual, la toma de decisiones se encuentra regulada y limitada por los parámetros normativos del sistema de salud, en donde las grandes dificultades se evidencian a la hora de realizar un diagnóstico, aplicar un tratamiento ya que los niveles que se manejan en el servicio de salud supeditan el ejercicio del médico: *“Nosotros estamos perdiendo la capacidad de decisión y se debe básicamente al sistema, primero, segundo y tercer nivel...”* (S1); *“que esto es lo que puedo hacer, que este es mi nivel, que este examen lo puedo hacer pero no le puedo atender al paciente”.* (S2).

De otra parte, el hecho de que la atención se seccione por niveles hace que el paciente deba ser tratado de la misma manera, es decir, no se le puede hacer un seguimiento real de su enfermedad ya que debe ser atendido en diferentes momentos y en diversos espacios: *“Esperaba que el paciente sea uno solo, para un solo estudio, para valorar todo el paciente, toda una patología, toda su necesidad”.* (S2).

Es así que, aunque las condiciones actuales supediten el ejercicio médico, estos profesionales se ven enfrentados a contradecir las reglamentaciones institucionales para ofrecer una mejor atención al paciente: *“A las bravas soy autónomo, y los auxiliares dicen allá le echaron 50 madrazos, a mí me importa un... a mí lo que me interesa es que el paciente esté bien y que yo esté tranquilo, no más”*. (S2).

Formación (Deber ser y hacer). De otra parte, se encuentran testimonios que ofrecen otra visión desde la formación, por lo que se considera que la preparación en la universidad entregaba a los médicos un componente humano, en donde era importante generar un contacto cercano con los pacientes, que se tuviera la posibilidad de preguntar, indagar frente a su tratamiento: *“tuvimos muchos profesores que no eran profesores solamente, eran maestros, tuvimos muchos que nos hablaban mucho de eso y háblele al paciente, explíquele, infórmele, si ves, es básica la información, si me tengo que demorar y volver a explicarle, hacer un dibujo, alguna cosa hay que hacerlo”*. (S4).

En la formación además, se reconoce la importancia de un mayor acercamiento con el paciente, la posibilidad de poner en juego los aprendizajes y reconocer al docente como un guía importante en el proceso de formación: *“Yo pienso que uno lleva ahí la formación, es la formación, y lo que de pronto a uno le han podido inculcar los profesores, hacer las cosas bien, eh, estudien muy bien ese paciente, analícenlo, hagan las cosas oportunamente, y si hay que remitir, remítanlo”*. (S4)

Agremiación. La falta de solidaridad entre colegas también muestra el problema que tienen los médicos para agremiarse en la búsqueda de intereses comunes, para alcanzar representatividad en la solución de los problemas inherentes a la profesión; en este sentido expresan: *“...entonces no estamos en nada, el gremio, nosotros no nos unimos para nada o sea a nosotros nos tumban, nos pisotean, ni nos quejamos, seguimos quejándonos y no hacemos nada, todos seguimos*

trabajando y así no se logra nada, todos los demás se unen, se sindicalizan, alegan, nosotros no". (S6).

El reclamo ante la no agremiación del grupo médico genera resentimiento, ya que se considera que si se crearan espacios en donde el médico pueda reclamar sus derechos, cambiarían las condiciones actuales en su que hacer: *"los demás no nos organizamos, cada uno por su lado, era lo que yo les comentaba la otra vez, entre los mismos compañeros hacen que el trabajo de nosotros sea menos valorado, por ejemplo económicamente te dicen tanto por hora, a uno le parece descabellado porque es bajito, pero habrá alguien que alce la mano y diga: yo le trabajo si quiere por menos". (GD).*

CAPITULO CUATRO: DISCUSION Y CONCLUSIONES

Como lo hemos descrito, los criterios morales son considerados la base de la justificación moral, y al mirarlos desde la perspectiva filosófica los clasificamos en:

- Criterios morales previstos o subyacentes desde la sensibilidad y los sentimientos morales (Hume, Smith, Strawson).
- Criterios morales desde una idea procedimental (Habermas, Gauthier, Baummman).
- Criterios morales en el sentido de lo público (Rawls).

Si bien cada uno de estos autores, como ya se expresó, ponen diversos énfasis en la comprensión de la moral, es importante anotar que todos ellos tienen una preocupación por la comprensión de los fundamentos de las normas morales y de los criterios que de ellos se originan. En este sentido y, dado que la pregunta de esta investigación fue por los criterios morales que subyacen a una práctica profesional, la de los médicos, se hizo necesario conocer los planteamientos de cada uno de los autores para adentrarnos en la corroboración y/o contrastación con nuestros hallazgos, desde las diversas fuentes consultadas y por ende de sus posturas.

Cuando analizamos en la praxis médica las expresiones de los profesionales participantes en este estudio acerca de la relación médico-paciente, en la cual el predominio por el trato adecuado al paciente y la preocupación por resolver la enfermedad del paciente de la mejor forma posible, nos hacen pensar que ésta se fundamenta en los sentimientos de compasión y benevolencia y que por ende se inscribirían en la perspectiva donde el criterio moral que los orienta se deriva de la simpatía hacia el otro.

En dicha perspectiva, desarrollada por autores como Hume y Smith, se define el sentimiento moral desde la simpatía, entendida como aquella que posibilita la comprensión del dolor y el sufrimiento del otro a través del surgimiento en nosotros de emociones como la compasión y la benevolencia, y es a partir de allí que se orienta la acción que puede definirse como moral, es decir, la que cada uno puede aprobar como moral.

El hecho de comprometerse con la resolución de las dificultades “del otro”, en colaborar con su felicidad (su alivio, su disminución del dolor), en una actitud de generosidad hacia su paciente, visto desde el sufrimiento y la enfermedad del “que padece”; permite corroborar la visión planteada por Smith, en la cual la simpatía se erige como aquella virtud del hombre cuya expresa finalidad es la utilidad, es decir el reconocimiento del sufrimiento y la adhesión a la felicidad del otro.

Smith y Hume al considerar que la simpatía, como emoción o sentimiento, es generada al observar una situación determinada y que está íntimamente relacionada por el interés hacia el otro, permite determinar que el médico orienta su que hacer de tal forma que se pone en la situación de su paciente, realizando así un acto cuyo único objetivo es solucionar la dificultad que presenta quien ha ido a consultar con la esperanza de encontrar un profesional que lo guíe en su padecimiento.

Sin embargo, no sólo los “buenos sentimientos” movilizan el que hacer de los profesionales, en algunos momentos la percepción de la creación de un sistema útil al beneficio económico de las entidades privadas que lo manejan y que no busca el beneficio de la sociedad, crean en cada uno de los médicos sentimientos como la indignación, que haciendo referencia a Strawson, se genera por las acciones que un tercero realiza en contra del bienestar del otro, en este caso la EPS que entorpece el mejoramiento de las condiciones de salud de los pacientes y del sistema de salud mismo.

Ahora bien, las expresiones de resentimiento que se encuentran en los médicos, resultantes de aquellas acciones en las que juzgan su que hacer, acciones que evidencian la no colaboración del profesional en la atención de los pacientes o aquellas en las cuales se desconoce la suficiencia teórico-práctica del profesional, pueden estar relacionadas con la concepción de Strawson, en la cual el resentimiento surge como producto de una ofensa o de la indiferencia hacia el otro. Esto es parte de un deterioro social que está fundamentado en la maleficencia, el egoísmo, que nace del desconocimiento que otras personas poseen del comportamiento profesional.

La existencia en los médicos de sentimientos como el resentimiento y la indignación también movilizan su acción, la cual se encuentra orientada hacia el beneficio del otro, y que se fundamenta en compadecerse ante el sufrimiento del otro. Sin embargo, pueden surgir acciones reprobatorias y muchas veces indecentes hacia el acto médico (demandas, maltrato, mal colegaje), las cuales generan en ellos resentimiento hacia aquellos individuos que han generado la ofensa. Por lo tanto es importante tener claro que debe existir un respeto relacionado con el otro, y que este respeto se define desde creer y pensar que cada profesional realiza su trabajo orientado hacia la búsqueda del bien y la satisfacción de las necesidades del otro.

Los principios morales de la justicia, la solidaridad y la responsabilidad, entendidos como los criterios últimos que deben llevar a la búsqueda del bien común, y que en la práctica médica se relacionan esencialmente con la preservación de la vida, la disminución del dolor y el cuidado del paciente, tienen una estrecha relación con la sensibilidad moral, la cual está fundamentada en la percepción del sufrimiento que padecen los pacientes.

El freno limitante que imponen las entidades de salud para la preservación de la vida, la recuperación de la salud y la disminución del dolor, con el objeto de buscar

la rentabilidad de la empresa, y por ende la fractura en la aplicación de los principios morales que orientarían el funcionamiento del sistema de salud, puede interpretarse a la luz de dos posiciones. La primera, parte del análisis de la relación salud – empresa, la cual se consolida a partir de la ley 100 de 1993 en donde su interpretación y aplicación tiende más a satisfacer las directrices impuestas por el modelo económico neoliberal que a buscar la equidad, formulada como criterio rector dentro de la constitución nacional; y retomado a su vez por la Ley 100 de Seguridad Social quien asume en los principios generales el compromiso: “de garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecta”²².

La segunda, podemos realizarla aproximándonos a la comprensión de la discrepancia existente entre los postulados del contrato social, que en nuestro caso es la constitución de 1991, y las acciones injustas de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; retomando los planteamientos de Rawls (1985) podría decirse que el criterio moral se encuentra en la búsqueda del bien común, en donde a través del sentido de justicia se busque y evidencien prácticas equitativas e imparciales en una sociedad.

Para Rawls la justicia se adquiere en el desarrollo evolutivo del ser humano cuando se cumplen unas leyes psicológicas asociadas a la familia, los compañeros y las instituciones. El sujeto adquiere credibilidad en éstas cuando las instituciones sociales son justas creando la certeza en los individuos que son beneficiarios de una sociedad bien ordenada porque las instituciones que la conforman son justas.

²² Ibid., p. 1. ley de Seguridad social. Ley 100 de diciembre de 1993. Instituto de Seguros Sociales. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Grupo de Imprenta del ISS- CAN.

Agra Romero en su análisis de Rawls, considerando que el autor integra las fases del desarrollo social propuestas por Piaget en su estudio de la formación del criterio moral y viendo el vínculo existente que en la teoría de Rawls hay entre sociedad y comportamiento moral expresa: *“La preocupación por la justicia social no depende exclusivamente de la afirmación de que el sistema social influye en los sentimientos de los individuos, sino que tras ésta afirmación nos encontramos, por un lado, con una teoría psicológica que hace hincapié en la necesidad de alcanzar la cooperación como la etapa más desarrollada del criterio moral frente a la obligación impuesta por la acción social; y, por otro, con una concepción sociológica o teoría social subyacente, en la que los valores comunitarios tienen un valor fundamental para conseguir la estabilidad y el orden social”*²³.

Por consiguiente es difícil que los médicos actúen justamente porque los acuerdos políticos no son cumplidos por las entidades de salud en las cuales laboran, es decir no se tiene un referente institucional de justicia en salud, siendo bastante probable que tampoco se tenga en otras entidades que conforman el Estado.

Cuando se analiza la relación con la normatividad existente y las limitaciones que ésta viene generando en la práctica médica, y en la cual puede visualizarse el detrimento de la calidad en la vida laboral de los médicos, el interés y beneficio económico de las entidades que prestan el servicio, y la atención segmentada y de poca calidad para los beneficiarios del sistema creado, podemos encontrar aspectos que siguen lo postulado por algunos autores como Baurmann y Strawson.

En este aspecto podríamos coincidir con Baurmann, quien determina que en las sociedades existen unos actores, que define como “maximizadores racionales de utilidad”, que eligen la situación de mayor utilidad esperada (utilidad subjetiva) por

²³ GALVIZ ORTIZ, Ligia. La Familia. Una prioridad Olvidada. Bogotá: Ediciones Aurora, 2002. p. 22.

encima de la utilidad común. Esta teoría coincide con el interés de las empresas de salud, orientado al enriquecimiento propio, por encima de la salud de sus afiliados; a través de la prestación de servicios que limitan el desempeño de los médicos, no velan por la dignidad de cada uno de los pacientes, y obstaculizan la realización de los exámenes requeridos e incluso el tratamiento que debe ofrecerse a cada uno de ellos.

Para Baurmann, un punto de vista moral conduce a que una persona persiga sus propios intereses sólo en la medida que sean armonizables con la persecución de los intereses de los demás y haga valer sólo aquellas normas que poseen un alcance ilimitado.

Estas empresas deberían saber que las normas sociales y morales deben poseer alcance ilimitado, de tal forma que tengan en cuenta el bienestar y los intereses de los afectados; mientras que las normas de alcance limitado privilegian determinados grupos de individuos y son prácticamente normas particulares que no albergan a todos los individuos, estas normas violan la exigencia esencial según la cual tienen que ser universalizables. La universalidad requiere que todos los individuos que son iguales en un aspecto relevante sean también tratados igualmente por la norma.

Estas consideraciones remiten, por otra parte, a tener en cuenta la perspectiva orientada por Strawson, a través de la cual propone que las normas morales como principios sancionados, dan forma a las comunidades y agrupaciones para permitir la consecución de los ideales de vida. Para ello es necesario que el individuo no sólo respete normas desde la obligatoriedad, el interés personal que de ellas pueden derivarse, sino también desde el deseo o interés por respetarlas. Pero a su vez puede entenderse que a pesar que el sistema de normas creado debe salvaguardar el interés común y debe imponer obligaciones a todos los pertenecientes a una comunidad, la investigación nos muestra que las normas

creadas no solo permiten el favorecimiento de los intereses de las instituciones sino también la evasión de sus responsabilidades, en detrimento de los intereses y necesidades de los médicos y los pacientes.

En el grupo de profesionales resalta la inconformidad con las directrices normativas dictadas por la ley 100, pero especialmente la aplicación que de ella están realizando las empresas de salud, pues generan como hemos dicho múltiples limitaciones en su ejercicio. Sin embargo, los profesionales continúan su práctica como si fueran sometidos a tales normativas, como si éstas fueran impuestas y no hubiesen participado de su estructuración. En este aspecto parece que la realidad estuviese en contraposición de las posiciones teóricas de Habermas y Gauthier. Mediante la Acción Comunicativa Habermas propone que las normas de un grupo social deben establecerse a través del consenso, y es así como el grupo asume responsablemente la aceptación de la norma de cumplimiento obligatorio, teniendo en cuenta que la acción se hace moral cuando está basada en el reconocimiento del otro y está orientada en aquellos principios y valores que fueron definidos por el consenso. De esta forma todas las personas que pertenecen a un grupo social puedan demandar los mismos derechos y deberes que genere un proceso de igualdad social.

Por su parte, Gauthier fortalece la idea del consenso normativo a partir de la interacción de los sujetos, a través de la cual, y buscando el beneficio mutuo, los sujetos deben definir los principios que sustentan sus actitudes morales y que finalmente permiten la interacción, dando así la justificación racional para el comportamiento moral, sin imposición ni coacción.

En palabras de Habermas, la justificación moral acarrea como producto un fundamento tal que merece el reconocimiento intersubjetivo sobre el cual fincar las prácticas morales; la validez que se le atribuye a este fundamento no se hace

sobre la base de la existencia de un estado de cosas, el hecho en sí, sino por la capacidad que tiene la justificación de la norma de “ser digna de reconocimiento”.

Por lo tanto parece que las instituciones de salud dejan de lado la validez moral de la norma, ya que no las definen en discusión con los otros actores del sistema, y por tanto el reconocimiento normativo no se da desde el consenso sino desde la imposición de su cumplimiento.

Como vemos, los autores plantean los sentimientos desde una perspectiva de ayuda y colaboración hacia los demás, sin embargo se notan grandes diferencias entre los ideales planteados por dichos autores, frente a la situación real que está viviendo gran parte de la población con respecto al mejoramiento de sus condiciones de salud.

Por último, a pesar de que podemos considerar la moralidad como algo que restringe nuestras acciones, deberíamos de entender que la persona moral adquiere una mayor libertad de escogencia de sus acciones. Cuando consideramos la moralidad referida al bienestar de todas las personas, nos estamos identificando con el concepto elaborado por Hume cuando nos dice que la moralidad surge en y de nuestra identificación simpática con los demás. Es decir que en la moralidad se fundan las preocupaciones generalizadas de simpatía hacia los demás, lo que implica frenar el favoritismo y la parcialidad e igualmente el autointerés de quien siente la simpatía. Pero si la moralidad depende de los sentimientos de simpatía para su práctica y su eficacia no puede aspirar ser universal; en aquellos casos en que la preocupación por los demás no es suficiente, es decir, que para aquellas situaciones las cuales no nos preocupamos por los demás podríamos considerar un conflicto con nuestro autointerés, por lo que la moralidad no responde ante esta situación. Aquí es donde se crea un intento de describir nuestra facultad moral que de acuerdo a lo que plantea Rawls sería nuestro sentido de la justicia de acuerdo con nuestros juicios meditados en

un equilibrio reflexivo. Ahora bien, si consideramos que las elecciones y las acciones maximizan la utilidad esperada de los demás sujetos podríamos entonces pensar que esta situación sería la preferencia meditada. Pero estas elecciones y acciones son parte de la Justificación moral.

El análisis realizado nos lleva a determinar las siguientes conclusiones:

En primer lugar, los criterios morales que orientan la práctica médica en algunos casos se fundamentan en los principios morales de justicia, solidaridad y responsabilidad y, desde la sensibilidad moral, en sentimientos y emociones como la compasión, la benevolencia, el resentimiento y la indignación. Estos criterios surgen del reconocimiento del otro y de la posibilidad de mejorar las condiciones de vida de los pacientes. También se considera que el criterio moral nace de la responsabilidad y del cumplimiento de las normas que buscan el bienestar del ser humano, lo que genera un análisis de conciencia en el médico que le ayuda a tomar decisiones basadas en sus conocimientos y en el deseo de buscar a la luz de su propia razón y de sus características de inteligencia y voluntad; estas características y aquellos criterios que son los diferentes aspectos en los cuales se basan los profesionales para tomar y asumir decisiones que sirvan para juzgar una acción, hace que dicho criterio moral tenga una base social que influye fundamentalmente en su conducta, por lo tanto, los anteriores aspectos llevan a obrar al médico como obra y que lo llevan a tomar las mejores decisiones dentro de su práctica. Sin embargo, se nota que los médicos que hacen parte de la investigación están más sujetos a intereses propios y al cumplimiento de órdenes, en donde toda la fundamentación social, y por ende su criterio moral, queda sujeto en algunas ocasiones a la benevolencia o compasión propia que le genera su paciente.

La justicia, la solidaridad y la responsabilidad se ven quebrantadas por la búsqueda del beneficio económico de las EPS, por la afinidad que existe entre los

colegas y por la falta de cumplimiento del profesional de la salud en su qué hacer, ruptura que logra evidenciarse en la no inclusión de todas las personas dentro del sistema de salud, en la negación de los servicios para los pacientes que depende de la afiliación o contribución al sistema que los rige, en la prestación de un servicio sujeto al conocimiento personal entre colegas, es decir que no se garantiza la preservación de la vida, la disminución del dolor y el cuidado adecuado del paciente.

El médico no es ajeno a la situación de sufrimiento y a la enfermedad de los pacientes, se nota en algunos profesionales un deliberado reconocimiento y una generosidad con el objeto de considerar una profunda convicción en procurar un mejor nivel de vida para sus semejantes, y esto lo ha llevado de alguna forma a aunar esfuerzos que a veces pueden violar la normatividad de las empresas donde labora, lo que implica un criterio ético, puesto que está llevado por su sentir independientemente de las reglamentaciones.

En segundo lugar, si bien la existencia de criterios morales orienta el quehacer de los médicos, se logra determinar que el criterio normativo tiene mayor fuerza a la hora de ejercer su práctica. Sin embargo, es importante aclarar que la mayoría de las normas son impuestas desde la Institución, por lo tanto, son normas o reglamentaciones que deben seguirse independientemente del criterio moral real que pueda tener el médico. Este sometimiento a las normas los ha llevado a un detrimento de la profesión médica en donde su calidad de vida, su ejercicio profesional y por ende sus criterios, se circunscriben a los requerimientos de las Instituciones de Salud, desfavoreciendo lo que los médicos pueden y deben ofrecer desde su responsabilidad social.

En tercer lugar, se encontró que la necesidad de reconocimiento económico y social sobrepasa el compromiso adquirido por el profesional en la búsqueda del bienestar y de una mejor calidad de vida del otro, al ser notorio el deseo de

progreso socioeconómico se minimiza el ejercicio orientado por criterios descritos, generando dificultades que afectan una buena atención y permitiendo que su práctica pierda el fin que ha buscado.

En cuarto lugar, si bien es claro el desacuerdo de los médicos frente a la normatividad a la que se encuentran adscritos, se evidencia que no existen agremiaciones o asociaciones de estos profesionales que garanticen unos mínimos en la construcción de las normas que orientan su que hacer. El conflicto entre colegas perfila un deterioro de la profesión, que aunado al progreso de una mala imagen dentro del grupo social, viene generando la pérdida de credibilidad y certeza en los profesionales, es decir la deslegitimización progresiva de una profesión.

En quinto lugar, es claro un reclamo por la autonomía la cual se ha estado reduciendo desde la formación universitaria, trascendiendo al ámbito de lo práctico, esta pérdida de autonomía se evidencia en las limitaciones que se dan a la hora de ejercer la medicina.

De las anteriores conclusiones surgen otras inquietudes investigativas que tienen que ver con lo que piensan y sienten los pacientes, cuáles son las condiciones más óptimas de atención, de la relación médico – paciente. En cuanto a las normas que rigen el ejercicio médico se plantea la necesidad de fomentar organizaciones de los profesionales en salud que mejoren sus condiciones y las de los pacientes. Sería importante indagar por las concepciones y criterios que orientan a las Instituciones en Salud en la prestación del servicio que garantice una mejor calidad de vida para los pacientes y un mejor ejercicio médico. Además, se podría indagar que factores son los que movilizan a los pacientes que no generan un proceso de reclamo por mejores condiciones de atención.

BIBLIOGRAFIA

AGRA ROMERO, María. J. Rawls: El sentido de justicia en una sociedad democrática. Servicios de Publicaciones Universidad Santiago de Compostela, 1985.

ALTISENT, Trota R. y otros.

ALVARADO, Sara Victoria; GAITAN RIVEROS, Carlos; VASCO, Carlos Eduardo y VASCO, Eloisa. Conceptualización, Enfoques de la investigación en ciencias sociales, su perspectiva epistemológica y Metodológica. Programa de Maestría en Educación y Desarrollo Humano. Manizales, Noviembre de 2005.

ALVARADO, Sara Victoria y ECHAVARRIA, Carlos Valerio. Conceptualización, estrategias de aproximación al objeto de estudio, enfoque histórico-hermenéutico.

ALVARADO, Sara Victoria; VASCO, Carlos Eduardo y VASCO, Eloisa. Conceptualización, Proceso de recolección de información, Técnicas e instrumentos. Programa de Maestría en Educación y Desarrollo Humano. Manizales, Noviembre de 2005.

BAURMANN, Michael. Mercado de la Virtud. Barcelona: Gedisa, 1998.

BRIENBAUER HAYO, Araya L. El médico tratante: ¿Concepto arcaico o necesidad imperiosa de la medicina actual?. Hospital San Juan de Dios, Chile, Universidad de Chile, Facultad de Medicina, julio a agosto, 2005.

CARMONA, J. El hombre como realidad moral: el contexto del encuentro médico – paciente. Boletín Científico, asociación Chilena, diciembre 2001.

GALINDO CÁCERES, Luis Jesús. Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación. México: Editorial Addison Wesley Longman, 1998.

GARAY, O. E. Los derechos de los profesionales del equipo de salud. Revista Asociación Médica. Argentina, julio 2005.

GARRIDO, C.; Pernas G., M. y otros. Estrategias curriculares para el perfeccionamiento de la formación del médico general básico. Revista Habanera de ciencia médica, 2003.

GAUTHIER, David. Egoísmo, moralidad y sociedad liberal. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A., 1998.

GONZÁLES M., R., Calzadilla F., L., Sánchez P., M. J. Expectativas y evaluación profesional del médico por pacientes y estudiantes de un hospital general. Revista Hospital Psiquiátrico, La Habana, 2005.

HABERMAS, Jürgen. Conciencia moral y acción comunicativa. Ediciones Península, 1983.

HABERMAS, Jürgen. Escritos sobre moralidad y eticidad. Barcelona: Paidós, 1998.

HABERMAS, Jürgen. Verdad y justificación. Madrid: Editorial Trotta, 2002.

HÖFFE, Otfried. Diccionario de Ética. Barcelona: Crítica, 1994.

HUME, D. Tratado de la Naturaleza Humana. España: Ediciones Orbis S.A., 1981.

HURTADO GÓMEZ, L. La ética en la práctica médica del siglo XX en Bolivia. Archivos Historia médica en Bolivia, diciembre 2002 –diciembre 2003.

LEY 100 de 1993, Nuevo Régimen de Seguridad Social. Seguro social, Ministerio de Trabajo y Seguridad social, seccional Risaralda.

LEY 100 de 1993, Sistema de seguridad social integral. Administradora de fondos de pensiones, Protección S.A., 1993.

MARTÍNEZ CORTÉS, Fernando. Ciencia y Humanismo al servicio del enfermo. México: Ed Manual Moderno, 1993.

MARTÍNEZ, V.; Díaz, E.; Ramos, R. y Romero M., E. El currículo y el profesor en la transformación del binomio práctica médica – educación médica. Educación médica, abril - junio 2005.

MARTÍNEZ, J. El principio de autonomía, los dilemas morales y la relación médico – paciente. Boletín Científico, Asociación Chilena, diciembre 2001.

MAURI, M. El conocimiento moral. Madrid: Ediciones Rialp S.A., 2005.

NAREY, B. y Domínguez, R. “Calidad de la atención de salud: error médico y seguridad del paciente”. Revista Cubana de salud pública, julio – septiembre 2005.

ORTIZ CABANILLAS, P. Necesidad de un enfoque ético de la educación en medicina. Facultad de Medicina, Perú, enero 2001.

PATÍÑO, J. F. Artículo “El juramento hipocrático”. Revista Colombiana. Abril – Junio 2005.

PATÍÑO, J. F. En “El profesionalismo médico”. Revista Colombiana de Cirugía, 2004.

PATÍÑO, J. F. Ética en la atención médica. Perspectivas en bioética, septiembre – diciembre 2002.

REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. España: Editorial Espasa Calpe, octubre 2000.

SMITH, Adam Teoría de los Sentimientos Morales. México: Fondo de Cultura Económica, 2004.

STRAWSON, Peter F. Libertad y Resentimiento. Barcelona: Paidós, 1995.

VÉLEZ ÁLVAREZ, Gladis A. En: “El error en la práctica médica, una presencia ineludible”, Revista Latria, marzo 2006.

VÉLEZ CORREA, Luis Alfonso. Ética Médica. Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas, 1989.