



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Conflicto deontológico médico frente a las decisiones y prácticas
administrativas institucionales, Medellín 2019**

Autor(es)

**Karen García Bedoya
Karen Melissa Sánchez Chavarría**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín, Colombia
2019**



**Conflicto deontológico médico frente a las decisiones y prácticas
administrativas institucionales, Medellín 2019.**

**Karen García Bedoya
Karen Melissa Sánchez Chavarría**

**Trabajo de grado para optar al título de Administrador en Salud con énfasis
en Gestión de Servicios de Salud.**

**Asesor
José Pablo Velásquez Escobar
Magister en derecho**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín
2019**

Tabla de contenido

Lista de anexos	5
Resumen	8
1. Introducción	9
3. Objetivos	14
3.1 Objetivo general	14
3.2 Objetivos específicos	14
4. Referentes teóricos	15
4.1. Deontología profesional	15
4.2. Conflicto deontológico	15
4.3. Juramento hipocrático	16
4.4. Principios de ética biomédica	17
4.5. Cambios en el modelo de salud	17
4.6. Rol de la administración en los sistemas de salud	18
4.7. Decisiones y prácticas administrativas	19
4.8. Autonomía médica	19
4.9. Mecanismos de autorregulación y resolución de conflictos	20
5. Metodología	23
5.1. Diseño y enfoque	23
5.2. Búsqueda y gestión de la información	24
5.3. Criterios de inclusión y exclusión	25
5.4. Prueba piloto	26
5.5. Análisis e interpretación de la información	26
5.6. Aspectos éticos	27
6. Resultados y discusión	31
6.1 Decisiones y prácticas administrativas generadoras de conflictos	31
6.1.1 Decisiones	31
6.1.2 Prácticas	33
6.1.3 Discusión	35

6.2	Los conflictos deontológicos	37
6.2.1	Conflictos deontológicos originados en un Sistema de Salud basado en el aseguramiento	38
6.2.2	Conflictos deontológicos asociados a altas cargas de trabajo	40
6.2.3	Conflictos deontológicos asociados a las relaciones de poder	40
6.2.4	Conflictos deontológicos originados en la relación con la persona usuaria de los servicios	41
6.2.5	Conflictos deontológicos por intereses divergentes	42
6.2.6	Discusión	43
6.3.	Asunción, tratamiento y gestión de los conflictos	44
6.2.7	Aceptabilidad del conflicto	45
6.2.8	Tratamiento del conflicto	46
6.2.9	Gestión del conflicto	47
6.2.10	Evitación del conflicto	47
6.2.11	Perspectiva del administrador sobre la resolución de conflictos deontológicos	48
6.4.	Implicaciones emocionales derivadas de los conflictos deontológicos en los médicos(as)	49
6.2.12	Discusión	52
6.5.	Comprensión de la resolución de conflictos en la práctica médica	53
7.	Conclusiones	56
8.	Recomendaciones	58
	Referencias bibliográficas	60

Lista de anexos

Anexo 1. Consentimiento informado	65
Anexo 2. Entrevista a profundidad para médicos	69
Anexo 3. Entrevista semiestructurada para administradores	74
Anexo 4. Aval Comité de Ética de la Investigación FNSP	76

Glosario

Conflicto deontológico médico: situaciones de tipo confrontativo u oposicional entre varias partes -médicos(as), usuarios y/o directivos-, con respecto a la percepción-convicción de lo que debe ser el ejercicio profesional de la medicina al interior del sistema de salud.

Decisiones administrativas: Se entiende por decisión administrativa la emisión de un juicio referente a lo que se debe hacer en una situación determinada dentro de la institución, el cual debe estar soportado en argumentos técnico-científicos, económicos y ético-jurídicos, traducen dirección a manera de mandatos que ordenan, prohíben, facultan o permiten; o control vía sanciones positivas o negativas por acción u omisión.

Deontología: conjunto de principios y reglas éticas que deben inspirar y guiar la conducta profesional.

Prácticas administrativas: modos, maneras, esquemas de acción o arte de hacer u omitir hacer las cosas, enfocadas en el manejo, organización y control eficiente de los recursos de diverso orden.

Resolución de conflictos: es una condición en la que se busca determinar la solución definitiva de un conflicto

Abreviaturas

EAPB: Entidad Administradora de Panes de Beneficios.

FNSP: Facultad Nacional de Salud Pública.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

DFS: Derecho Fundamental a la Salud

MASC: Mecanismos alternativos para la solución de conflictos

PBS: Plan Básico de Salud

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resumen

Esta investigación pretende comprender cómo los médicos(as) resuelven los conflictos deontológicos -en la relación médico paciente- generados por las decisiones y prácticas administrativas institucionales, para esto el trabajo se desarrolla realizando un análisis de los conflictos y los mecanismos de resolución por los cuales optan los médicos(as), con base en la información obtenida de médicos(as) y administradores de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la Ciudad de Medellín a través de sus relatos en entrevistas a profundidad y la percepción de administradores sobre su influencia. Se encontró que las decisiones y prácticas administrativas más comunes son de tipo impositivo, basadas en una visión marcadamente economicista, que van en contravía del Derecho Fundamental a la Salud del paciente, generando conflictos Deontológicos en la relación médico paciente.

Palabras clave: conflicto deontológico médicos, prácticas administrativas, decisiones administrativas, instituciones de salud, resolución de conflictos.

1. Introducción

Es reiterativo en el discurso de la administración del talento humano en salud que el recurso más valioso de toda institución es el recurso humano, de allí la importancia de las buenas relaciones del personal al interior de la misma. El clima organizacional favorable al interior de las entidades asistenciales está estrechamente relacionado con las buenas relaciones entre el personal; relaciones que no están exentas de conflictos, incluidos los de naturaleza deontológica médica; en ocasiones propiciados por decisiones y prácticas administrativas con potencial para generar consecuencias en desmedro de los derechos de distintos actores, y en particular, de la dupla médico-paciente.

Interesa presentar a la comunidad académica mediante este trabajo de grado, cómo a partir de una investigación cualitativa fue posible tener una aproximación comprensiva a la pregunta ¿cómo los médicos resuelven los conflictos deontológicos en la relación médico-paciente generados por las decisiones y prácticas administrativas institucionales en Medellín 2019?

El trabajo en mención se compone de 3 partes: la primera versa sobre la metodología de la investigación, la cual comprende el planteamiento del problema, la justificación, los objetivos, los referentes teóricos, la metodología y consideraciones éticas. Las categorías y referentes teóricos centrales fueron: deontología médica, el sistema de salud colombiano, el rol del administrador en salud, conflictos y mecanismos de resolución. La investigación fue viable gracias a los médicos(as) y administradores en servicios de salud que gentilmente participaron, concediendo entrevistas en las que compartieron sus perspectivas y visiones con respecto a los conflictos deontológicos originados en decisiones y prácticas administrativas. A todos ellos nuestro agradecimiento.

La segunda parte -resultados y discusión-, fue producto de un ejercicio de intertextualidad entre el discurso de los sujetos participantes, experiencias investigativas de autores nacionales e internacionales, y algunos referentes teóricos doctrinales y normativos de tipo técnico-científico, ético y jurídico.

Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones; destacando en estas que un hallazgo en vías de la comprensión y que puede llegar a ser problemático para la administración de servicios de salud fue la gestión inadecuada de los conflictos deontológicos de la profesión médica al interior de las instituciones prestadoras de servicios de salud; lo cual implica la asunción razonable de adopción de medidas multisectoriales, inter e intrainstitucionales y profesionales para prevenir

o intervenir oportuna y adecuadamente estos conflictos, evitando las consecuencias indeseadas o negativas de los mismos. Igualmente se entiende que todo conflicto genera una fuerte carga emocional al talento humano en salud; conflicto que la más de las veces es evitado, algunas veces aceptado, en menos ocasiones tratado y excepcionalmente debidamente gestionado.

Las autoras de esta obra y su asesor temático/metodológico, esperan contribuir con este trabajo al mejoramiento de la atención en salud con enfoque de derecho; con recomendaciones a los entes que ejercen la rectoría, inspección, vigilancia y control; y en general a los diferentes actores del Sistema de Salud, incluyendo dentro de estos a gerentes, administradores, auditores y al Talento Humano en Salud, especialmente al cuerpo médico.

2. Planteamiento del problema y justificación

En la actualidad los profesionales de la medicina experimentan una gran frustración a raíz de los cambios en los sistemas de atención en salud que se han venido registrando en prácticamente todos los países industrializados, cambios que afectan la naturaleza y los valores intrínsecos; es decir, los inherentes a la profesión médica, tales como: integridad, honradez, coherencia, tolerancia, empatía, compasión, confianza, credibilidad, fiabilidad, competencia científica, investigación responsable y transparente, respeto a la dignidad e igualdad en el trato con los pacientes, confidencialidad, maximizar el trabajo en equipo, honestidad intelectual sabiendo aceptar los errores, formación continuada de por vida, autonomía, abnegación y fidelidad a la promesa, sin descuidar las humanidades médicas. En consecuencia, los médicos(as) encuentran cada vez más complejo cumplir sus responsabilidades con los pacientes y la sociedad. En tales circunstancias, reafirmar los principios y valores fundamentales y universales de la profesión médica, resulta imprescindible (1).

La profesión médica se remonta a la época de Hipócrates, en la cual se consideraba que quienes la ejercían compartían el papel de «sanador», éste arraigado a la cultura y tradición de cada país, sin embargo la profesión médica lidia con complicadas fuerzas políticas, legales y comerciales (1); particularmente en Colombia los médicos(as) se han visto enfrentados a limitaciones de orden administrativo bajo la influencia de un sistema de salud neoliberal, enmarcado en el pluralismo estructurado (2) acogido por la Ley 100/93 donde se adopta un modelo que incorpora la figura de los aseguradores con el fin de resolver los problemas de cobertura, acceso y calidad; además una nueva noción de los hospitales y centros de atención en salud como empresas (3).

A raíz de esto, el sistema de salud se inserta en un modelo de mercado en el que la atención de la salud pasa a ser comercializada, “alterando en forma drástica la concepción de la deontología de las profesiones del campo de la salud, al reemplazar el imperativo hipocrático de obrar en pos del beneficio y la no maleficencia del paciente, por un esquema económico que somete el acto médico a los objetivos de lucro de la industria y al poder de mercado. En tal esquema, el proceso de decisión se desliga del ámbito intelectual y científico del médico(a) y pasa a manos de la burocracia administrativa reduciendo así la autonomía del médico(a) convirtiéndolo en el operario de una institución creada con fines de lucro” (4). En consecuencia, la autonomía del médico(a) como garantía para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tiene a su cargo se ve alterada, creando así un conflicto intrapersonal en el que éste se cuestiona internamente la conveniencia o necesidad de actuar o no de determinada forma, poniendo en juego su deontología médica, la cual guía su práctica bajo un conjunto de principios y reglas éticas (5).

La Federación Médica Colombiana, en un pronunciamiento oficial, afirmó que “el considerar a la persona autónoma tiene sus consecuencias inevitables e inexorables, y, el decidir por ella es arrebatárle brutalmente su ética, reducirla a la condición de objeto, cosificarla, convertirla en medio para los fines que por fuera de ella se eligen. Además, expresa que muchos médicos(as) colombianos infortunadamente han sido golpeados emocionalmente a lo largo de estos años, con su autoestima muy disminuida y con la mentalidad de que “ya no hay nada que hacer”(6).

Lo anterior, ha llevado a que tanto las entidades administradoras de planes de beneficios -EAPB- como las instituciones prestadoras de servicios de salud -IPS- tomen sus decisiones inclinadas más hacia la rentabilidad de las mismas, que en pro del beneficio del paciente, constriñendo, presionando y/o restringiendo la autonomía de los médicos(as) (4), la cual se ha visto reducida por decisiones administrativas institucionales como: imponer límites al gasto en tecnologías en salud en tecnologías en salud y al tiempo de atención por paciente; someter las órdenes médicas a un filtro para poder ser aprobadas; reuniones trimestrales para discutir los gastos en los que cada médico(a) incurre; notificación periódica a los médicos(as) sobre los gastos que generan y los recursos excesivos en los que están haciendo incidir a su institución, y como consecuencia de ello: amonestaciones o amenazas a los profesionales públicamente de manera verbal o escrita, cuando piden más de cierto umbral de exámenes, o incentivos y aumentos en sus salarios cuando reducen el número de exámenes, la formulación de drogas, la programación de cirugías y la interconsulta con especialistas; además de políticas que las promotoras de salud ponen en práctica con el fin de reducir los gastos a como dé lugar. Como resultado, el cumplimiento de estas decisiones incide de manera negativa en la salud de los pacientes puesto que el personal de salud se ve en una encrucijada entre su deber ético-profesional y su deber como miembro de una institución, generando de esta manera un conflicto deontológico frente a dichas decisiones (7,8).

Según Arango, existen 5 tipos de conflictos a los que se ven enfrentados los médicos(as): *i)* conflictos relacionados con el aseguramiento, *ii)* conflictos éticos que se enlazan con las altas cargas de trabajo, *iii)* conflictos generados por las relaciones de poder, *iv)* conflictos por la condición de cliente de quien recibe los servicios y por último *v)* conflictos de interés (3). Para efectos de este estudio se indagará sobre posibles conflictos que se presenten en la relación médico- paciente a causa de las decisiones administrativas institucionales impuestas al médico(a) y sobre cómo éste le da solución a los mismos.

Para dar cuenta de los conflictos deontológicos médicos, diversos investigadores se han preguntado acerca de la ética Médica y de los factores que la afectan como lo

son: clima ético y conflictos éticos: retos de los comités de ética hospitalaria; Instrumentos usados para medir clima ético en organizaciones de salud; dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos, y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud colombiano; la profesión médica en el nuevo milenio: estatutos para la regulación de la práctica médica; tales estudios encontrados a través de la búsqueda en bases de datos.

Sin embargo, dichos estudios no se han centrado en la manera en que el personal médico da solución a los conflictos éticos que se presentan en la relación médico paciente generados por las decisiones administrativas, son estudios realizados fuera de Medellín y previos a la Ley Estatutaria en Salud en la cual se trata de elevar la salud a nivel de derecho fundamental autónomo y se dieron pautas para su regulación, lo que significa que la salud de las personas está por encima de cualquier consideración, y todas las instituciones del sector tienen que ajustarse para cumplir con este precepto. En este orden de ideas no pueden negar la atención a una persona, imponer demoras y trabas o esgrimir razones económicas para no prestar los servicios. No obstante, tres años después de expedida dicha ley, se sigue violentando el derecho a la salud tanto de los pacientes, cada que se les niega la prestación de algún servicio, un medicamento o procedimiento; como el derecho al médico(a) de ejercer de forma autónoma, toda vez que se le limita y se le condiciona su oficio.

Por todo lo anteriormente referido, se hizo necesario comprender el caso-conflictos deontológicos médicos- para que mediante la gestión del conocimiento, los políticos, asociaciones, agremiaciones médicas y de pacientes, así como los demás actores del Sistema de Salud Colombiano, conozcan la situación a la que se ve enfrentado el médico(a) en su práctica, es decir, la ansiedad que se le genera por las decisiones administrativas, con el fin, de que planeen y tomen las medidas pertinentes para dignificar la relación médico-paciente, y promuevan que las instituciones de salud prioricen la mejora de la gestión de la organización, a través de la participación de los profesionales y el trabajo en equipo, para poder reducir y minimizar estos conflictos, de manera que sea posible atender los objetivos de las partes interesadas sin que ello vaya en contravía de los objetivos organizacionales y de los objetivos de los sistemas de salud del mundo: reducir la vulnerabilidad de las personas y poblaciones frente a los riesgos evitables y tratables de enfermar y morir. Estos objetivos son prioritarios si se quiere preservar la salud del médico(a) y su integridad moral en el plano deontológico, lo que consecuentemente redundará en el mejoramiento de la calidad asistencial (9,10).

Para dar respuesta a lo anterior nos preguntamos: ¿Cómo resuelven los médicos - en su práctica profesional- los conflictos deontológicos generados por las decisiones y prácticas administrativas institucionales, Medellín 2019?

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Comprender cómo los médicos(as) resuelven los conflictos deontológicos generados –en su práctica profesional- por las decisiones y prácticas administrativas de las instituciones en las cuales ejercen, Medellín 2019

3.2 Objetivos específicos

1. Reconocer las decisiones y prácticas administrativas generadoras de conflictos deontológicos para los médicos(as) de Medellín.
2. Describir los conflictos deontológicos que se presentan en la relación médico paciente generados por las decisiones y prácticas administrativas institucionales.
3. Dilucidar de qué manera el personal médico asume, gestiona o trata los conflictos deontológicos generados por las decisiones y prácticas administrativas institucionales.

4. Referentes teóricos

4.1. Deontología profesional

Todo profesional está y debe estar sometido a controles sociales más o menos rigurosos que permitan exigirle responsabilidades de muy diversa índole en relación con sus actos, de ahí la necesidad de establecer unos principios éticos, que constituyen la base de lo que hoy se conoce como deontología, entendida como la rama de la ética cuyo objeto de estudio son los fundamentos del deber y las normas morales.

La deontología es de sumo interés para el mundo profesional, y en concreto, para profesiones que comportan una elevada responsabilidad social como lo son los médicos, donde la deontología es concebida como el conjunto de los principios y reglas éticas que deben inspirar y guiar la conducta profesional del médico. Es así como la deontología busca un equilibrio entre un determinado estilo de vida moral y un alto nivel de profesionalidad técnico-científica. Esta doble dimensión ha de tratarse con armonía y equilibrio para una mayor dignificación de cualquier actividad laboral (11).

4.2. Conflicto deontológico

Una buena práctica médica mezcla el saber científico-técnico con el conocimiento de los valores. Cuando un problema plantea un conflicto es porque se han superado los aspectos técnicos (hechos) que se enmarcan en la racionalidad, allí el médico(a) interroga su deber teniendo en cuenta los valores del paciente y los de sí mismo, puesto que como profesional médico se debe promover los valores morales, aquellos de los que se ocupa la ética (la verdad, la libertad, la justicia, la solidaridad, la honestidad, etc.), que dependen de la autonomía y por tanto definen su identidad(12), no obstante, los cambios en los sistemas sanitarios que han experimentado la mayoría de países en el mundo - expansión tecnológica, fuerzas cambiantes del mercado, los problemas de prestación de asistencia sanitaria, el bioterrorismo, la globalización- a los cuales hace frente el médico(a)-, han generado en estos una gran frustración, toda vez que dichos cambios afectan la naturaleza y afectan los valores más intrínsecos de la profesión médica (1); es decir aquellos propios y originarios de los médicos(as), como: "Integridad, honradez, tolerancia, empatía, compasión, credibilidad, competencia científica, investigación responsable y transparente, respeto a la dignidad e igualdad confidencialidad, , honestidad,, autonomía, abnegación y fidelidad a la promesa, sin descuidar las humanidades médicas"(12). En consecuencia, ir en contra de dichos valores genera un conflicto deontológico, sin embargo, encontramos que existe un vacío conceptual con

respecto a su definición, por lo cual en el desarrollo de la investigación se propende realiza un constructo propio para acercarnos a lo que puede ser un concepto del mismo.

Para William el conflicto moral es una situación en la que un(a) agente se ve confrontado(a) con dos obligaciones morales que le instan a actuar. Un dilema moral es una situación extrema de conflicto moral en la que nuestro(a) agente no puede seguir un curso de acción que sea conforme con sus dos obligaciones en conflicto(13). Si bien es cierto que todo dilema involucra un conflicto, no es necesariamente cierto que todo conflicto involucre un dilema. El plus se puede explicar con diversas estrategias. Algunas de ellas enfatizan la "indeterminación" del discurso moral (encarnado en sistemas normativos, teorías morales normativas, etc.) para resolver los dilemas. Esta indeterminación se expresa en el hecho de que en los dilemas se manifiesta una ausencia de criterios, escalas o procedimientos racionales de solución que resulten plausibles. Otras estrategias postulan que la ausencia de criterios, escalas o procedimientos es una cuestión contingente que no agota el plus. Podría incluso haber algunos criterios, pero éstos podrían ser controversiales (14).

4.3. Juramento hipocrático

En tales circunstancias, los médicos(as) encuentran cada vez más complejo cumplir sus responsabilidades con los pacientes y la sociedad, así que reafirmar los principios y valores fundamentales y universales de la profesión médica, enmarcados en el juramento hipocrático, resulta imprescindible (5).

El juramento hipocrático es un juramento público, que tiene un contenido ético el cual guía la conducta y el que hacer del médico(a); denominado así en honor al médico Hipócrates precursor de la Ética Médica, considerado como una de las figuras más destacadas de la historia de la medicina y catalogado como padre de la misma, al cual se le atribuye un gran progreso en el estudio sistemático del conocimiento y de las prácticas médicas de gran importancia histórica (15). Este juramento fue actualizado por la asamblea general de la asociación médica mundial en el año 1948 en la declaración de Ginebra y posteriormente recogido en Colombia por la ley 23 de 1981.

El médico deberá conocer y jurar cumplir con lealtad y honor el siguiente Juramento médico: Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad; otorgar a mis maestros el respeto, gratitud y consideración que merecen; enseñar mis conocimientos médicos con estricta sujeción a la verdad científica y a los más puros dictados de la ética; ejercer mi profesión dignamente y a conciencia;

velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente; guardar y respetar los secretos a mí confiados; mantener incólumes, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica; considerar como hermanos a mis colegas; hacer caso omiso de las diferencias de credos políticos y religiosos, de nacionalidad, razas, rangos sociales, evitando que éstas se interponga entre mis servicios profesionales y mi paciente; velar con sumo interés y respeto por la vida humana, desde el momento de la concepción y, aun bajo amenaza, no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas; solemne y espontáneamente, bajo mi palabra de honor, prometo cumplir lo antes dicho.

4.4. Principios de ética biomédica

El principalísimo defiende que existen algunos principios generales descubiertos en el ámbito de la ética biomédica y que deben ser respetados cuando se plantean conflictos éticos en la práctica clínica. En *Principles of Biomedical Ethics*, Tom L. Beauchamp y James F. Childress (16), defienden los siguientes cuatro principios: respeto por la autonomía (respeta las capacidades de decisión de las personas), la no maleficencia (evitar la causación de daño), beneficencia (proporciona beneficios y beneficios de compensación contra, farsas y costos), y por último la justicia (distribuir beneficios, riesgos y costos de manera justa. La falta de benevolencia y la beneficencia han desempeñado un papel histórico central en la ética médica, por lo tanto, el respeto por la autonomía y la justicia se descuidó en la ética médica tradicional, pero se hizo prominente debido a los recientes desarrollos.

4.5. Cambios en el modelo de salud

El médico(a) ha tenido desde hace siglos un espectro amplio de autonomía en su ejercicio, gracias a su conocimiento y organización profesional, el cual se ha visto amenazado en los últimos tiempos por la llamada “socialización de la medicina”, derivada de los sistemas masivos de seguridad social en los que otros profesionales entran a compartir la autoridad que antes correspondía solo al médico(a), especialmente en asuntos de organización y gestión de los servicios (17).

En Colombia estos cambios se vieron evidenciados debido a que la atención médica pasó a ser considerada como un bien de mercado. 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 primordialmente se preocupan por la contención de costos para un mayor lucro (18).

Esta mercantilización se da bajo la influencia de un sistema de salud neoliberal, enmarcado en el pluralismo estructurado, el cual intenta expresar la búsqueda de un punto medio entre los arreglos polares que tanto han dañado el funcionamiento de los sistemas de salud. En este sentido, es interesante señalar que los extremos opuestos pueden terminar teniendo el mismo efecto nocivo (2)

El nuevo modelo colombiano separa las funciones de rectoría, regulación, financiamiento y prestación de servicios y estimula los mecanismos de mercado en la expectativa de buscar la eficiencia y la calidad a través de la competencia. La dificultad estriba en que, se ha presentado una especie de captura privada del sistema, en el que cada agente estima a su conveniencia la dirección que debe tomar, y no el sistema marco de referencia sobre el cual pueda actuar. La hipótesis emergente de estos planteamientos es que es necesario derogar el actual modelo y establecer uno nuevo que no se centre en el lucro sino en la obtención de resultados positivos para la salud de las poblaciones (2).

4.6. Rol de la administración en los sistemas de salud

Un sistema de salud se establece para satisfacer una función social manifestada por necesidades y demandas de servicios de salud. Los sistemas de salud son una interrelación de recursos, finanzas, organización y administración que culminan en el suministro de servicios de salud a la población.

La obligación del directivo de una institución en la que se brinde atención en salud es que los servicios se presten de forma oportuna, al menor costo y de la mejor calidad posible; considerando al paciente como sujeto de derechos y obligaciones, integrante de una familia y de la sociedad en general. Por lo tanto, el propósito de los directivos del sistema de salud es lograr que las actividades y funciones de sus organizaciones (institutos, hospitales, clínicas, centros de rehabilitación, departamentos, programas, proyectos) se racionalicen a su vez que se den cumplimiento a las funciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación de padecimientos y rehabilitación de invalidez; así como las de educación e investigación; y que estas funciones se logren con eficiencia (19).

Una organización que otorga servicios de salud es una empresa que busca contribuir con el bienestar social de una comunidad, pero a su vez debe tener objetivos y metas establecidos en todos sus niveles, que deben cumplirse con economía y eficiencia. Estas dos dimensiones implican que la decisión administrativa en una institución de salud sea tomada tanto en pro de la misma como a beneficio de la comunidad, sin embargo, se ha evidenciado que el proceso de decisión se ha desligado del ámbito intelectual y científico del médico(a) y pasa a manos de la burocracia administrativa, reduciendo así la autonomía del médico(a) convirtiéndolo en el operario de una institución con fines de lucro (19).

4.7. Decisiones y prácticas administrativas

Para la toma de decisiones en salud es necesario tener en cuenta, además de los elementos técnicos y científicos, los principios y valores que están enfrentados y reflexionar sobre ellos para su legitimación. Sin embargo, en el sistema de salud colombiano existe una confrontación entre la moral auspiciada por el mercado y la moral que dicta la constitución, lo que genera conflictos de valores en la toma de decisiones. Estos conflictos de valores se deben analizar desde una ética deontológica, a fin de otorgar legitimidad a la moral constitucional y limitar las consecuencias que tiene, en la práctica, el predominio de la moral de la economía de mercado aplicada en el sector de la salud (20).

El enfoque utilitarista e individualista predominante promueve el lucro individual y empresarial por encima del interés colectivo y favorece prácticas que van en contra de los derechos de las personas y la comunidad. Entre esas decisiones y prácticas se encuentran: la no renovación de contratos de prestación de servicios a médicos(as), la restricción de acceso del personal médico a los listados de tecnologías en salud, directrices informales que restringen la orientación a pacientes, la manipulación de las bases de datos de afiliados y la asimetría de la información con fines rentistas, la entrega de incentivos indebidos a los profesionales para que nieguen servicios a los pacientes, las prescripciones innecesarias para incrementar la facturación, la limitación del flujo de recursos, especialmente de las EAPB y el gobierno, que buscan obtener el máximo beneficio económico al demorar los pagos a las IPS, entre otras (20).

4.8. Autonomía médica

La autonomía del profesional de la salud se ve limitada por la relación laboral autoritaria que restringe su capacidad de decisión. Sin embargo, una sólida educación moral y ética y una adecuada formación técnico-científica del profesional deben garantizar la capacidad necesaria para identificar las presiones de una moral empresarial rentista y proteger su autonomía y los derechos de los pacientes (20).

Gremios médicos como la Asociación Médica Mundial, han visto la necesidad de defender la autonomía, estableciendo que el elemento principal de esta es la garantía que el médico(a) puede emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes, en un marco permanente de autorregulación donde se debe tener conciencia de los gastos (17).

Una de las iniciativas de la Junta Médica Nacional compuesta por la Academia Nacional de Medicina y otros importantes gremios profesionales, fue la ley estatutaria en salud, la cual buscó entre otras materias elevar a rango de norma estatutaria el concepto de autonomía de los médicos(as) tratantes en su relación con los pacientes. Cómo se evidencia en el artículo 17 de la misma Ley, donde se garantiza la autonomía de los profesionales de salud ejercida en el marco de la autorregulación, la ética y la evidencia científica y que todo acto que vaya en contra de la autonomía de los mismos será sancionado en los tribunales (4).

Para la Corte Constitucional, el ejercicio médico se encuentra “estructurado a partir de dos principios fundamentales: capacidad técnica del médico(a) y consentimiento idóneo del paciente”. Además, “la autonomía es una expresión indispensable de la libertad... de tal modo, que al pretender correlacionar los deberes y derechos de los médicos(as) frente a pacientes, la autonomía y su regulación, son criterios forzados para delimitar recíprocamente los ámbitos de actuación de unos y otros...el considerar a la persona autónoma tiene sus consecuencias inevitables e inexorables, y la primera y más importante de todas consiste en que los asuntos que sólo a la persona atañen, sólo por ella deben ser decididos. Decidir por ella es arrebatarle brutalmente su ética, reducirla a la condición de objeto, cosificarla, convertirla en medio para los fines que por fuera de ella se eligen” (6).

4.9. Mecanismos de autorregulación y resolución de conflictos

En toda la historia del devenir de la humanidad, ésta se ha visto abocada a implementar y utilizar diversas alternativas en la solución de conflictos. Éstos constantes en la vida del hombre, ha llevado al ser humano a vivir en contrariedad con sus semejantes, en múltiples esferas de la vida, ya sea familiar, pública o social; sin embargo, mientras unos hombres han acudido a la violencia, otros se han ideado la manera de construir fórmulas novedosas de resolver los conflictos.

Para poder identificar y definir qué mecanismo de resolución de conflicto es el más adecuado, es necesario saber que existen diferentes tipos de conflicto, como lo son: conflictos de relación, de información, de intereses, estructurales y de valores; además existen diferentes niveles de conflicto, tales como: intrapersonal, interpersonal, intragrupal e intergrupala e interinstitucional (21). También el grado de conflictividad es otro factor importante. Walton (1969) distingue tres niveles de conflictividad: bajo, moderado y alto(22). Determinar el tipo, el nivel y el grado del conflicto permitirá identificar cuál es el mejor mecanismo para la resolución del conflicto.

Los mecanismos alternativos de solución de conflictos (MASC), son una herramienta que facilita la concertación eficiente ante una situación de desacuerdo entre dos o más partes. Pero para esto se requiere que dichas partes sean determinables, que estén dispuestas a dialogar y que tengan capacidad para contraer derechos y obligaciones(23).

Los MACS pueden ser mecanismos de autocomposición (arreglo directo, allanamiento, renuncia , conciliación, conciliación en equidad y transacción) y heterocomposición (amigable composición, arbitraje, jueces de paz y autoridades tradicionales indígenas), tiene su aplicabilidad en diferentes ramas del derecho o en los conflictos de la vida de relación entre las personas, ya que son medios alternativos de resolución de conflictos que se rigen por un sistema legal propio que busca un mayor acceso a la administración de justicia por parte de los ciudadanos. Con estos mecanismos se pretende alcanzar el equilibrio de intereses entre las partes, facilitando su resultado, como acuerdo consensuado de un conflicto existente o en prevención de un conflicto futuro(23).

Hay muchas formas de intentar resolver un conflicto, aunque ninguna definitiva. Una, es el modelo deontológico o principialista. Está basado en el deber, y dicho deber se encuentra formulado en el código de normas deontológicas. Ante cualquier situación, este modelo acepta como mejor alternativa, entre las planteadas, la que se ajuste a las normas. En el caso de que exista más de una alternativa consistente con las normas, aplica la jerarquía de valores(24).

Otro de los modelos es el consecuencialista o utilitarista. En este se determina la moralidad de una oposición atendiendo exclusivamente a sus consecuencias, ponderadas en función del grado de satisfacción, beneficio o utilidad y eligiendo como alternativa aquella que reúna mejores consecuencias(24).

La última aproximación al intento de resolver los conflictos la aporta el modelo integrativo que tiene en cuenta, en su análisis de los casos, componentes éticos (valores, principios) componentes morales (normas), componentes consecuencialistas (identificación del problema, alternativas de actuación, y consecuencias de cada una de las alternativas, elección y justificación de la elección) y componentes contextuales (valora el contexto de la relación médico-paciente y el contexto de la organización del sistema sanitario); es decir, este último modelo, incluye instrumentos de los otros dos y añade una consideración a las posibles excepciones, basada en la particularización. Pero esta particularización no es casuística, sino dinámica; lo que significa que la solución para cada caso no está ya dada, por lo que se tiene que encontrar dicha solución mediante deliberación compartida. Con ello, es el modelo que más se acerca a contemplar el hecho de la

singularidad de cada persona y, por tanto, es el modelo que más se acerca a la humanización. En cualquier caso, no todos los conflictos tienen fácil solución. Hay dilemas que todavía permanecen abiertos (24).

Para garantizar mecanismos de autorregulación y solución de alternativas a conflictos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Supersalud establece la obligatoriedad de la ejecución de procesos para la elaboración de los Códigos de Ética (conducta) y de Buen Gobierno, los cuales son normas autoimpuestas que más allá del acatamiento de las de carácter jurídico, se establecen por los directos responsables del servicio como mecanismos autorregulatorios de alcance ético y que sirven para orientar el desarrollo de cada organización, su relacionamiento con los demás actores del sistema y, en particular, con los usuarios del servicio de la salud, mediante la definición de los valores, los principios y el marco normativo ético que debe determinar el comportamiento de la organización y sus miembros, su forma de organización y operación y las relaciones de gobierno aplicables(25).

La ley 1122 de 2007 artículo 38 (26) atribuyó a la Superintendencia Nacional de Salud la facultad de actuar como conciliador en los conflictos que surjan entre las entidades sometidas a su vigilancia y entre éstas y los usuarios. Así mismo las instituciones a través de los comité de ética y comité de convivencia laboral, hacen uso de diferentes mecanismos para la resolución de conflictos como lo son: la negociación: consiste en buscar una solución que beneficie a todos, logrando equilibrar intereses opuestos, articular diversidad de oposiciones y conciliar diferencias; la mediación: proceso en el que una persona imparcial, el mediador, coopera con los interesados para encontrar una solución al conflicto; la conciliación: proceso en el que las partes involucradas en un conflicto puedan resolverlo mediante un acuerdo satisfactorio. Adicional a las partes, interviene una persona imparcial, que actúa con el consentimiento de las partes o por mandato de la ley, para ayudar a los actores a llegar a un acuerdo que los beneficie; y el arbitraje: proceso mediante el cual un tercero, que es un particular, decide sobre el caso que se le presenta y las partes o actores aceptan la decisión (27).

5. Metodología

5.1. Diseño y enfoque

Esta investigación se realizó bajo un enfoque cualitativo debido a que este permite comprender la realidad -compleja y diversa- en su contexto natural, tal y como sucede, intentando interpretar el caso de acuerdo con los significados de la experiencia humana y aproximándose a ellos para captar los elementos subjetivos y contextuales de los procesos sociales (28,29).

El diseño con el que se abordó la investigación es el de Estudio de Caso cualitativo, el cual tiene como características principales la particularización, y la unicidad. Se toma un caso particular-conflictos deontológicos médicos en Medellín 2019- y se llega a conocerlo bien, para saber ¿qué es?, ¿qué hace? y ¿cómo se comporta?, con el fin de comprender el mismo (30). A manera de memoria metodológica se llega a reconocer que no se pudo abordar el caso de una forma más representativa por lo que los resultados deben tomarse como exploratorios o aproximativos.

La adopción del enfoque cualitativo permito alcanzar cierto nivel comprensivo sobre el caso (conflictos deontológicos), mediante la recolección, el análisis, y la presentación detallada y estructurada de información proveniente de diversas fuentes, incluyendo las visiones de los mismos sujetos participantes (administrativos y médicos/as). El caso se analizó desde diversas perspectivas y en todas sus dimensiones: social (relaciones, estructuras, posiciones, roles); cultural (categorías o formas simbólicas mediante las cuales los individuos representan el mundo social, lo producen, reproducen y transmiten) y psicológica (proceso que les permiten a los individuos ordenar el mundo y ejercer acciones sobre él). “se trata, en suma, de un espacio de significaciones históricamente producidas, que necesita más de la interpretación comprensiva que de la medición estadística, un espacio en el cual el sujeto crea ininterrumpidamente aquellas condiciones socio-históricas que, a su vez, estructuran su propia vida” (31).

También, el estudio de caso favorece registrar e interpretar hechos o situaciones con una relativa cercanía a la manera como suceden. Ya que se elige lo particular en este caso - conflictos deontológicos-. Las técnicas de generación de información involucran directa, intensa y vivencialmente médicos(as) y administrativos, sus escenarios y a nosotras como investigadoras. Ese centrarse en lo particular nos permitirá construir un saber en torno al caso, situado temporal y contextualmente, develando su singularidad; lo que en últimas se torna en una perspectiva privilegiada para el conocimiento social (31).

Se diseñaron dos tipos de instrumentos, uno para la entrevista a profundidad y otro para la entrevista semiestructurada con base en la información obtenida a través de fuentes documentales sobre el caso a investigar.

Adicional a ello, el anteproyecto y los instrumentos de recolección de información, se sometieron tanto al Comité Académico, como al Comité de Ética en Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública; obteniendo el aval en ambas colegiaturas.

5.2. Búsqueda y gestión de la información

La generación/recolección de información se realizó de tres formas: primero mediante la realización de entrevistas a profundidad debido a que para cumplir con los objetivos de la investigación se requirió “documentar la opinión del entrevistado sobre el tema, es decir averiguar qué hay en la mente de otro y qué piensa de ello”(31), de forma que se pudiera abordar de manera amplia y profunda el caso; además, este tipo de entrevista permitió sondear el tema y profundizar en las respuestas, pues toma un formato de conversación natural, que permite desvelar y representar sentimientos y sucesos inobservados e inobservables a través de la expresión de sus acciones, motivaciones, sentimientos y perspectivas sobre el caso (32). Dichas entrevistas se realizaron a dos médicos(as) generales y siete especialistas de la ciudad de Medellín, que laboran en alguna IPS o que hubiesen ejercido durante mínimo 10 años en una de estas. Las entrevistas a profundidad, se realizaron en un promedio de una hora y treinta minutos. Solo se requirió de una sesión por entrevista a solicitud de los participantes.

Segundo, se realizaron entrevistas semiestructuradas con un tiempo promedio de 30 minutos; basadas en una guía de preguntas que no obligó seguir un orden (31). Este tipo de entrevista se aplicó a tres administradores de IPS que llevaran como mínimo 5 años en su labor, todos con formación biomédica de base -medico(a) general, odontólogo(a), microbiólogo(a)-; con el fin de indagar si ellos consideraban o no, que sus decisiones podían generar conflictos deontológicos en el talento humano en salud; específicamente en los médicos(as). El registro se hizo a través del uso de grabadora -con consentimiento del entrevistado(a)- y adicional a esto, se llevó registro mediante un diario de campo donde se hicieron las anotaciones más relevantes, gestos, miradas, y cosas que sucedían en el entorno que no fueron perceptibles por la grabadora de voz.

Tercero, a lo largo de la investigación se revisaron investigaciones y productos académicos afines a la deontología médica en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para ello se recurrió a buscadores especializados y el

uso de palabras clave individuales o relacionadas mediante conectores o enlaces que facilitaron la búsqueda, como lo fueron: deontología médica, ética médica, dilemas de ética médica, cuestiones morales, problemas de ética médica, sistema de salud, sistema general de seguridad social en salud, administración en salud, conflictos en salud, conflictos deontológicos, prácticas administrativas indebidas/cuestionables/dudosas.

5.3. Criterios de inclusión y exclusión

La inclusión de los sujetos a investigar se hizo a través de la metodología bola de nieve o multiplicador, la cual es una “técnica para localizar a informantes pidiendo a otras personas que identifiquen a individuos o grupos con un conocimiento especial del caso, de ese modo, la “bola de nieve” crece a medida que avanza, recoge un conjunto de recursos ricos en información para explorar el interrogante planteado por la investigación” (31) esta técnica permitió reducir el riesgo de que los posibles sujetos se negaran a participar, pues podría acarrear ciertas consecuencias para ellos, como lo puede ser su permanencia en la IPS donde laboren. En justicia, no hubo discriminación negativa alguna para incluir a los sujetos participantes por cuestiones de raza, edad, género, ideología, lugar de procedencia, universidad de la que hubiese egresado o naturaleza (pública, privada o mixta) de la institución en la que labora.

Se incluyeron, atendiendo en la medida posible criterios de equilibrio de edad y género a:

- Médicos(as) generales y/o especialistas que estuvieran o hubieran laborado como mínimo 10 años en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS); su objeto contractual debía ser la atención médica a pacientes; y además laborar en la ciudad de Medellín.
- Personal administrativo (administradores, gerentes, directores) que estuvieran o hubieran laborado en una IPS durante un periodo de 5 años; laboraran en la ciudad de Medellín; y tuvieran personal médico a su cargo

Fueron excluidos:

- Médicos(as): que estuvieran por fuera de su práctica médica como subordinado en una IPS durante un periodo mayor a 10 años; objeto

contractual diferente a la atención médica en salud de pacientes; laboraran por fuera del municipio de Medellín.

- Administrativos: que laboraran por fuera de la ciudad de Medellín; que se desempeñaran como personal operativo; y que tuvieran a cargo personal no médico.

5.4. Prueba piloto

Para afinar los instrumentos se realizó una prueba piloto con un participante de cada uno de los perfiles que cumplieron los criterios de inclusión. Luego se realizó una evaluación sobre tiempos, pertinencia y conducencia de las preguntas; reacciones de los entrevistados frente a las mismas. Se hicieron los ajustes respectivos y se continuó con la aplicación de la técnica y los instrumentos refinados. Con ello se logró evitar sesgos y reducir el margen de error en la generación de información para la investigación.

5.5. Análisis e interpretación de la información

Se realizó a través de un proceso de reducción o simplificación para hacerla más abarcable y manejable mediante su categorización y codificación, siendo la primera una clasificación conceptual de unidades que son cubiertas por un mismo tópico, soporta un significado o tipos de significado, pueden referirse a situaciones y contextos, actividades o acontecimientos, relaciones entre personas, comportamientos, opiniones, sentimientos, perspectivas sobre un problema, métodos, estrategias y/o procesos; y la segunda hace referencia a la operación concreta por la que se asigna a cada unidad un indicativo (código) propio de la categoría en la que la consideremos incluida, los códigos que representan a la categoría consisten por tanto en marcas que añadimos a las unidades de datos para indicar la categoría a la que pertenece (33).

Es de anotar que la categorización y codificación fue un proceso permanente que acompañó la investigación de principio a fin y que en los diversos momentos adquiere particularidades. En un primer momento antes de iniciar el trabajo de campo de acuerdo a los objetivos de la investigación, a los ejes conceptuales, a los acercamientos previos a la problemática, y mediante la revisión de estudios anteriores, se establecieron categorías y códigos con un carácter preliminar, todo ello objeto de continuas precisiones, a nuevas incorporaciones o a desechar algunos. En un segundo momento, durante el trabajo de campo y al finalizar éste, se confrontaron y evaluaron las categorías y códigos construidos con la información recolectada en dicho trabajo (28). Ello se realizó mediante el registro sistemático y riguroso de la información lo que permitió poner en orden el cúmulo de información

recopilado, generado en el proceso investigativo, de tal manera que su recuperación fue ágil y eficiente.

Para finalizar, se hizo una triangulación entre: la información recolectada por medio de entrevistas y la información obtenida de fuentes documentales asociadas a dilemas éticos de los profesionales de la salud, en especial del cuerpo médico y la normativa pertinente al Derecho Fundamental En Salud y Sistema General De Seguridad Social En Salud. Lo anterior, nos permitió realizar un análisis cruzado de la relevancia e importancia de los temas, e interpretar argumentos y opiniones desde diferentes ángulos, para generar y reforzar pruebas en las que poder apoyar las afirmaciones más importantes. Se utilizaron diferentes fuentes de datos para poder comprender los temas, lo cual hizo que las descripciones fueran más ricas, y permitió verificar la importancia de los temas a través de distintos métodos y fuentes (28).

Los hallazgos de la investigación se presentan en dos momentos. Primero mediante un discurso textual a manera de narrativa; es decir, mediante un informe escrito con el fin de cumplir unos requisitos académicos; y adicional a ello, tras la sustentación del trabajo investigativo ante los jurados, se espera poder publicar un artículo para una revista o un capítulo de libro. El segundo momento consta de una socialización a los participantes de la investigación y a las personas interesadas en el tema de investigación, la cual se hará en el auditorio de la Facultad Nacional de Salud Pública mediante invitación previa. Dado el caso de que los participantes de la investigación por cuestiones de intimidad no quieran participar de la exposición de los hallazgos –pese a que se guarda absoluta confidencialidad-, se les hará llegar un informe ejecutivo a través de sus direcciones de correo electrónico.

5.6. Aspectos éticos

Este estudio se ajustó a las normas éticas internacionales y nacionales que rigen la investigación en seres humanos.

Con base en la Declaración de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO; los desarrollos éticos en investigación sociológica aplicada a temas de salud. Todas ellas orientan la garantía de bienestar/seguridad para los participantes como prioridad sobre cualquier interés de los investigadores; ello de suyo, implica respetar los principios bioéticos que ponderamos en su orden de no maleficencia, justicia, respeto a la autonomía y beneficencia.

Al ser esta investigación basada predominantemente en fuentes primarias, se hizo uso del consentimiento informado. Se tomaron las precauciones para respaldar la intimidad de la persona que participó en la investigación y la confidencialidad de su información personal, para reducir al máximo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social. Así mismo, a nivel nacional el proyecto se ciñó al Art.15 de la Constitución Nacional de Colombia que establece “todas las personas tienen derecho a la intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo tienen derecho a reconocer, actualizar y rectificar informaciones que se hayan recogido en bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas”. En la recolección, tratamiento y circulación de datos se respetó la libertad y demás garantías consagradas en la constitución” y la ley estatutaria 1581 de 2012 ley de habeas data, reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 1377 de 2013, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.

En cuanto a las fuentes secundarias, aquéllas que fueron de carácter público sin restricciones de divulgación y que no están sometidas a reserva, como fallos de tutela, de los Tribunales de Ética Médica o la Superintendencia nacional de Salud no requirieron un tratamiento de confidencialidad especial; Frente a fuentes académicas documentales se observó con rigurosidad la debida citación/referenciación, en consonancia con los derechos de propiedad intelectual (Ley 23 de 1982 concordada con la Ley 1450 de 2011).

Entendemos que los estudios de caso analizan problemas que tocan diferentes niveles de profundidad e intimidad cognitiva, vivencia y significativa de los sujetos participantes. Reconocemos que los Participantes son Sujetos de derechos; que sobre la información que ellos poseen no existen derechos preestablecidos en favor de las investigadoras, y, por el contrario, asumimos que es un privilegio contar con su consentida e informada participación. De allí que velamos por la seguridad e integridad de todos(as) ellos(as) dentro de los límites de nuestras posibilidades y en particular se adoptaron todas las medidas relacionadas con la garantía de privacidad y salvaguarda de la confidencialidad de sus datos personales; tal como se plantea en la Metodología sobre las condiciones de tiempo, modo y lugar para las entrevistas; y en este mismo apartado con respecto al tratamiento de datos. Somos conscientes de que el valor académico de la investigación no ha de construirse como un imperativo que prima sobre el bienestar físico, social o psicológico de los participantes. Nuestro comportamiento siempre fue conforme a la premisa del bien superior del sujeto participante por sobre la investigación misma. Ello nos obligó a seguir los aspectos éticos muy estrictamente, se evitó asumir riesgos injustificados, se aseguró el respeto, sin sobrepasar los límites previamente acordados.

Ese respeto benéfico por el sujeto participante y por su autonomía, nos obligó a solicitarles su aprobación para participar, mediante la aceptación previa del consentimiento informado (Ver Anexo 1). En dicho consentimiento se les informó sobre el nombre de la investigación, la filiación institucional, el nombre completo de las investigadoras y sus datos de contacto, la naturaleza del estudio, los detalles de su participación incluyendo riesgos, tiempos, procedimientos, facultades para interrumpir o terminar la participación; derechos frente a la privacidad y confidencialidad, acceso a los resultados y el tratamiento de los datos. Se les suministró información de contacto del Asesor de la investigación y de la presidenta del Comité de Ética de la Facultad Nacional de Salud Pública.

Éramos conscientes de que eventualmente podría haber preguntas con riesgos psicológicos de afectación variable: no afectación, incomodidad, descompensación y crisis. Para prevenir estas tres últimas situaciones, a los participantes se les advirtió desde la introducción y permanentemente a lo largo de las entrevistas, sobre la tipología de las preguntas; se hizo énfasis en que la entrevistadora estaba para prodigar las mejores condiciones de participación en pos de su comodidad y la posibilidad abierta de que el entrevistado omitiera responder aquellas preguntas que a bien tuviere no responder. Durante y tras finalizar la entrevista se les preguntó a los profesionales sobre su situación emocional; no hubo necesidad de suspender o dar por terminada alguna entrevista por causa de alguna afectación de estado de ánimo de algún participante.

A pesar de que las entrevistadoras estuvieron expuestas a un posible estrés psicosocial por causa de las situaciones que se generaron en el ejercicio investigativo, no hubo ninguna perturbación o afección negativa en el ánimo de las mismas que los llevara a acudir a apoyo psicológico. Bastó el diálogo de la temática con el asesor para procesar, comprender y superar —a manera de logoterapia- aquellos asuntos que generaron algo de incomodidad en el equipo de investigación.-

Así mismo, de acuerdo con el Art 11. De la Resolución N°8430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud, la revisión y recolección de la información de los registros utilizados, se inscribió en la categoría de investigación con riesgo mínimo debido a que —aunque no se realizó intervención, ni modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales—, se pudo herir la susceptibilidad del entrevistado, al ser un tema que lo hacía expresar su sentir con respecto a los conflictos presentados en su actuar ético como médico(a); además de que había el riesgo eventual de que de ser identificados como sujetos participantes de la investigación fueran amonestados por las IPS donde laboran. Sin embargo, para evitar este tipo de riesgo, las entrevistas se hicieron por fuera de los horarios de trabajo y de la sede laboral o IPS. Se optaron por sitios públicos que

ofrecían espacios privados para la conversación; consultando preferencias —por economía de movimientos y seguridad—, de los sujetos participantes, es importante aclarar que algunos de ellos optaron por su lugar de trabajo con previa autorización y sin interrupción de sus labores. Los nombres de aquéllos no se hicieron explícitos en ningún documento o grabación de audio; y en la presentación de resultados se hará con pseudónimos. La identidad de los sujetos participantes y de las instituciones de las cuales hacen parte sólo será conocida por el equipo de investigación. Por participar en esta investigación, los sujetos no recibieron ninguna compensación económica.

Durante el estudio se protegió la integridad de los participantes. Se garantizó la intimidad y la confidencialidad de la información de los sujetos participantes, reduciendo al máximo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental, social, política, gremial y socio-laboral.

Los riesgos frente a las investigadoras pudieron ser: afectaciones a su buen nombre y a su empleabilidad, adicional a ello, se puede dar que por la relación de poder los entrevistados sean un poco reacios a brindar información sobre un tema tan delicado y personal como lo son los conflictos éticos; sin embargo, hasta el momento no se incurrió en ninguno de ellos.

Frente a las obligaciones éticas con respecto a la gestión de la información y publicación de los resultados de la investigación, se obró bajo los principios de *i)* seguridad en el tratamiento de la información generada/recaudada, sistematizada y analizada; *ii)* veracidad/integridad, mediante el reporte y divulgación de los resultados negativos y positivos sin adulteración o falsedades; *iii)* publicidad mediante la divulgación de los resultados mediante conferencias, sometimiento de un artículo de revista y el informe final del trabajo de grado depositado en la Biblioteca de la FNSP; y *iv)* reciprocidad con la devolución de resultados a cada uno de los sujetos participantes mediante un informe ejecutivo dirigido a sus direcciones electrónicas con la posibilidad de contestar sus dudas o inquietudes. En la publicación se citarán las fuentes de financiamiento —en el caso que se consigan recursos frescos—, afiliaciones institucionales y conflictos de interés.

Al momento de presentar este proyecto de investigación, declaramos no tener conflicto de intereses.

6. Resultados y discusión

En este apartado se darán a conocer los resultados obtenidos en la investigación teniendo en cuenta el orden de los objetivos específicos y finalizando con el general, al terminar cada uno de ellos se encontrará una discusión donde se realiza una confrontación con otros estudios y la normativa que apoya los resultados obtenidos y además una conclusión propia a manera de síntesis. También se realizó un constructo propio sobre conflicto deontológico médico teniendo en cuenta que hay un vacío conceptual preexistente.

6.1 Decisiones y prácticas administrativas generadoras de conflictos

Se reconoce que existen decisiones y prácticas que causan conflictos deontológicos a los médicos(as) entrevistados, los cuales se describen en las narrativas de su quehacer diario, en las cuales se resalta el papel que eventualmente juega un administrador como generador de dichos conflictos tal como se pasa a ver.

6.1.1 Decisiones

Se entiende por decisión administrativa la emisión de un juicio referente a lo que se debe hacer en una situación determinada dentro de la institución, las cuales deben estar soportadas en argumentos técnico-científicos, económicos y ético-jurídicos, traducen dirección a manera de mandatos que ordenan, prohíben, facultan o permiten; o control vía sanciones positivas o negativas por acción u omisión. Dichas decisiones pueden ser implícitas o explícitas; y se pueden usar para mandar, permitir o prohibir, además ser públicas o privadas y comunicarse mediante escritos, gestos -en ciertos casos espontáneos o automáticos-, y preferencialmente a través de discursos. En cuanto a decisiones administrativas polemógenas en perspectiva deontológica por restricciones de tiempo, los sujetos participantes contaron que:

[M]e obligaban a que atendiera 4 pacientes por hora, o sea un paciente en 15 min, 32 pacientes diarios” (med2).

[L]os médicos se tienen que acomodar a unas normas administrativas, atender el paciente en 15 minutos” (med3).

[H]ay poco tiempo para las consultas que son de entre 15 y 20 minutos (Med8).

De la misma manera, los galenos aportaron evidencias de inconformidad con respecto a las limitaciones constantes que presentan a la hora de necesitar

prescribir ciertas tecnologías en salud como medicamentos o ayudas diagnósticas para poder brindar un diagnóstico más acertado:

[N]o pueden mandar ciertos exámenes porque se pasan de lo que está presupuestado (Med2).

[H]ay una instrucción explícita de qué no hacer, no mande tal cosa, no contamos con toxicólogo, no se puede mandar un programa de rehabilitación integral (Med5).

[L]imitan las ayudas diagnósticas por cosas económicas y administrativas” (Med7).

En esa misma vía de limitaciones administrativas a la capacidad decisional de los médicos frente a las incapacidades, éstos manifestaron:

[N]o puedes mandar más de ‘n’ días de incapacidad” (Med1).

[R]estringen las incapacidades en un momento determinado porque hay una directriz” (Med2).

Se evidenció que las decisiones más comunes fueron decisiones de tipo impositivo, fundamentadas presuntamente en la normativa que regula el derecho fundamental a la salud —DFS— y el Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS—. El derecho a la salud es el enfoque teórico y político que se ha contrapuesto a la hegemonía neoliberal-utilitarista. Por derecho a la salud se entiende el acceso a los servicios de promoción de la salud, de prevención y curación de enfermedades y de rehabilitación en los casos de deterioro de la salud. Esta categoría abarca también el acceso a una alimentación adecuada, a condiciones de trabajo sanas y seguras y a servicios de apoyo para el cuidado de la salud (34).

Como plataforma política, el derecho a la salud ha logrado aglutinar y movilizar diferentes fuerzas sociales en América Latina, particularmente en Colombia, unidas por el cuestionamiento de los fundamentos morales y de las consecuencias empíricas del paradigma neoliberal-utilitarista. Estas fuerzas sociales están constituidas por académicos y profesionales de la salud que trabajan en la llamada medicina social, además, por sindicalistas, líderes comunitarios, funcionarios de organizaciones no gubernamentales (ONG) y algunos empleados gubernamentales. El punto de convergencia de estas fuerzas sociales es el principio de que cualquier sistema de salud que pretenda resolver las inequidades de salud deberá partir de establecer una carta de derechos que no discrimine por ninguna condición social o económica. Para ello se requieren sistemas que contribuyan a

superar la histórica fragmentación social imperante en América Latina y no a acentuarla (34).

Sin embargo, encontramos que la integración, interpretación y aplicación del derecho por parte de los administradores se basan en una visión marcadamente economicista, siendo esto evidente en afirmaciones lanzadas por aquellos.

[E]se paciente tiene medicina prepagada, no se le niega nada, no se limite, todo es por evento, hágale; ese paciente es capitado, solo mande lo estrictamente necesario, estamos en ese medio ...no se nos puede olvidar que el tema de salud tiene un aspecto financiero, y que si usted no hace una institución sostenible desde lo financiero la institución tiene que cerrar independientemente de su característica, sea con ánimo o sin ánimo de lucro, pública o privada, tiene que volverse autosostenibles, por lo tanto, tiene que volverse eficientes, yo no le puedo decir a un médico, sí atienda un paciente tranquilo y tómese el tiempo necesario prudente para que le atienda o le resuelva su patología, entonces me demoré 2 horas atendándolo, eso no es negociable (admin1).

Aunque las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- deben brindar atención de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; también es importante velar por la sostenibilidad económica y permanencia en el tiempo de éstas. No obstante, algunas instituciones -en cabeza de sus administradores-, no siempre toman decisiones enfocadas en el derecho fundamental a la salud de la persona; sino que, deciden priorizando la rentabilidad económica. Por ende, dicha manera de proceder se implanta vía decisional en cada una de las personas que trabaja en el ente prestador; en este caso, en los médicos(as), quienes sienten que los principios inherentes a su deontología, su experticia clínica y su autonomía quedan sometidas a decisiones que se fundamentan en un modelo asistencial economicista; modelo en el cual —la mayoría de los entrevistados— sienten son insertos muy en contra de su querer pero que terminan aceptando por necesidad contractual/laboral; en últimas, también económica. Esta aceptación “cuasi-forzosa” de un modelo basado en decisiones administrativas que violentan el ejercicio profesional y su ética particular por necesidades socio-económicas, tiende a distorsionar, deformar su ‘ser’, su ‘quehacer’ y su ‘deber-ser’ como médico(a).

6.1.2 Prácticas

Las prácticas administrativas pueden ser entendidas como modos, maneras, esquemas de acción o arte de hacer u omitir hacer las cosas, enfocadas en el manejo, organización y control eficiente de los recursos de diverso orden (35). Las

hay ajustadas a marcos ético-jurídicos, que son las deseables; y las hay cuestionables o peor aún, contrarias a las preceptivas regulatorias —irregulares, anti-éticas y/o ilegales—. Se encontró que las prácticas administrativas generadoras de conflictos con el personal médico por asuntos de materia deontológica pueden ser públicas o privadas y comunicarse mediante escritos, gestos -en ciertos casos espontáneos o automáticos-, y preferencialmente a través de discursos. Los entrevistados dieron cuenta de prácticas de los administradores generadoras de conflictos como la expedición de “listas negras” con las cuales relacionaban médicos(as) y gastos, reuniones y grupos de trabajo con informes periódicos en los que se dejaban en evidencia a los profesionales “más costosos”, memorandos escritos individualizados, intromisiones en las decisiones médicas frente al manejo de pacientes para abaratar costos, diligenciamiento de registros con información falsa para facturar lo no debido:

[S]acaban el listado de: “¿quiénes son los que ordenan más?, ¿cuánto se gasta el médico?” (med5).

[L]o citaban a uno a reuniones semanales, o mensuales y le decían de frente: “usted es el que más gasta acá”, “usted es el que más manda estos exámenes”. Entonces era un llamado a limitarse un poquito en esos parámetros que uno sobrepasaba según la parte administrativa” (med6).

[M]e enviaron una carta diciendo que no debía exponerme, ni exponer a la IPS a un riesgo tan alto por hacer un procedimiento (que le salvo la vida a un paciente) de tal magnitud porque mis responsabilidades eran otras” (med7).

[P]resión con el tema de las estancias, lógicamente atropellando los médicos. En el caso del paciente hospitalizado a uno le dicen -doctor, mire- ¿Por qué no hacemos esto, o pensamos en hacerle aquello que es más barato, o por qué no hacer esto, o por qué no darle ya de alta? (med1).

[P]asaban avisos recordando qué cosas no podían mandar. Te obligan a hacer registros de acciones de promoción y prevención independiente de que las hubieras hecho o no” (med2).

[C]ontrolando con indicadores de remisiones, de ayudas diagnósticas, de costos de los medicamentos, de tiempo de atención de las personas (med4).

Se reconoce que ese tipo de prácticas son las que más generaban conflictos para los médicos. Resulta llamativo en este punto que -algunos de los administradores de servicios de salud, con formación previa biomédica: médicos(as), odontólogas(os), microbiólogos(as), parecieran olvidar -en virtud del cargo directivo que ocupan- la deontología del Talento Humano en Salud, desplegando acciones

contrarias a reconocer el trabajo y autonomía de los médicos. Esto los hace incurrir en contradicciones discursivas como:

[L] norma nos plantea una contratación en 20 minutos, la cual -a todas luces- es absolutamente corta para tener un enfoque holístico. Como lo plantea la misma norma... nos plantea un enfoque basado en la atención primaria en salud donde hay que tener en cuenta todos los factores determinantes de la salud y nosotros estamos enfrascados en 20 minutos a atender la enfermedad mas no la salud, y no impactar los factores determinantes. Entonces va en contravía (admin1).

Más adelante, el anterior entrevistado, en su mismo discurso, declaró:

[Y]o no le puedo decir a un médico: sí, atienda un paciente tranquilo... tómese el tiempo necesario y prudente para que lo atienda, o le resuelva su patología. ¡No!, Eso no es negociable. Se miden los tiempos de los médicos... se mide la eficiencia.

Seguidamente expresó:

[S]e hacen reuniones permanentes y usted tiene 3 opciones: discutirlo y llegar a acuerdos, acatarlos o renunciar (admin1).

6.1.3 Discusión

Todos los hallazgos anteriores, tanto en lo decisional como en las prácticas generadoras de conflictos de naturaleza deontológica para los médicos(as)-coinciden con los resultados epistémicos de Molina y col., en los que puso de manifiesto la existencia de una gestión institucional centrada en la rentabilidad con ánimo de lucro, que se prevalía de “estrategias para aumentar la productividad a través de la disminución de tiempo para la consulta médica o de otros servicios” (20).

Ahora bien, "Algunas tergiversadas interpretaciones de disposiciones del SGSSS por parte de EAPB-IPS, como la del artículo 97 de la Resolución 5261 de 1994: norma que fue concebida para indicar que el médico(a) general en un primer nivel de complejidad debe contar con no menos de “VEINTE (20) minutos” para realizar la consulta; ha sido institucionalizada como el tiempo máximo que se le concede al profesional para la consulta" (36); esto con el fin de aumentar los niveles de productividad, bajo la excusa de que están amparados por la norma, aun reconociendo que este tiempo no es suficiente para que el médico(a) le preste una adecuada atención al paciente. En consecuencia, todos los médicos(as) entrevistados expresaron que se sentían inconformes con respecto al tiempo de la

consulta, el cual consideraban que no era suficiente para una atención integral que permitiera abordar todas las necesidades, y causaba en ellos frustración, y desasosiego.

Además, los administradores incurren en prácticas indebidas que van en contravía del principio de integralidad establecido en la Ley 1751 de 2015 en su artículo 8 donde se deja claro que los responsables de la prestación del servicio de salud deben suministrar a los pacientes los servicios y tecnologías de salud “de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad... En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que éste comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada” (4). Sin embargo, esto en la práctica se ve restringido por la adopción de protocolos o guías clínicas ‘ocultas’, diseñados por administradores para ser acatados y aplicados por el cuerpo médico con fines de contención de costos; encasillando con ello a todos los pacientes y desatendiendo -en todos los casos que lo ameriten- la singularidad de cada persona.

Los aspectos financieros son una parte importante de la administración de instituciones de salud y ello debe ser diligentemente atendido por todo administrador(a); los mismos médicos(as) deben ser conscientes y seguir criterios de racionalidad en la prescripción de recursos escasos. Lo anterior implica el necesario despliegue de prácticas administrativas para medir el rendimiento, eficiencia, eficacia y efectividad; y procurar la sostenibilidad de la entidad en el tiempo. Para ello se valen de indicadores financieros de liquidez, endeudamiento, eficiencia, eficacia, desempeño, productividad y de diagnóstico financiero (37). Tratándose de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, deben armonizarse los indicadores financieros con otros indicadores relacionados con un servicio asistencial sanitario con enfoque de derechos como disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad, oportunidad, continuidad para la promoción de la salud y prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas que padecen o padecieron enfermedades (4,38). Sin embargo, en algunas instituciones hacen del argumento y ruta de acción principal ser “financieramente sostenibles”; justificando con ello la toma de decisiones y la implementación de prácticas cuestionables y en el peor de los casos indebidas, con fines de lucro -individuales o para grupos minoritarios-; ya que ven preponderantemente a la salud como un negocio, como una actividad económica centrada en el mercado y la competencia.

Siguiendo esta lógica mercantil, es posible reconocer cómo los administradores -en su afán de abaratar costos a expensas de restricciones, constreñimientos injustificados al acto médico- y evitar reacciones adversas de los médicos(as) hacia ellos directamente, socializan la idea de que esas decisiones y prácticas presentes

en el modelo asistencial basado en la rentabilidad es una imposición fáctica del Sistema de Salud y no de ellos. Algunas prácticas o estrategias administrativas en este sentido se complementan con capacitaciones dirigidas a sus subordinados en temas como manuales tarifarios para “concientizar” al médico(a) del costo de cada procedimiento, consulta, o ayuda diagnóstica que solicitan; tal como lo refiere un administrador durante su narrativa: “yo lo que hago es apegarme a las normas de contraloría, capacitar a los médicos donde he trabajado , porque conozco los manuales tarifarios, entonces los he capacitado para decirles que es primer nivel, que está capitado, que no, las guías y los protocolos y si ya hay una glosa y si es reiterativa se insiste en eso y si no si se toman medidas pero más que todo por Glosas”(admin3). y así, de manera subliminal o francamente explícita, ir inculcando la visión economicista del servicio de salud, para que ellos mismos terminen subordinado el deber ser del acto médico a los principios económicos de contención de costos. Aunque se entiende que el médico(a) debe obrar bajo principios de autorregulación, como se dispone en el art.104 de la Ley 1438(39) y el art. 17 de la Ley Estatutaria 1751(4), su principal interés debe ser el velar por la salud de su paciente dentro de su ámbito competencial, tal como se dicta en el art.2 de la Ley 23 de 1981(40) y el art.38 de la Ley 1164 de 2007(41).

6.2 Los conflictos deontológicos

En este apartado se describen los conflictos deontológicos emergidos o subyacentes de conformidad con las experiencias compartidas por los entrevistados y las inferencias hermenéuticas surgidas del ejercicio investigativo. Igualmente, se abordan las posibles consecuencias que tales conflictos pueden acarrear a los médicos(as).

Para efectos de este estudio, y dado que no existen desarrollos conceptuales al respecto, entenderemos los conflictos deontológicos derivados de las decisiones y prácticas administrativas en el escenario asistencial sanitario como aquellas situaciones de tipo confrontativo u oposicional entre varias partes -médicos(as) y directivos-, con respecto a la percepción-convicción de lo que debe ser el ejercicio profesional de la medicina al interior del sistema de salud.

La generación de resultados a partir de las entrevistas tanto médicos(as) como administradores, permitió observar la actitud elusiva de éstos y aquéllos frente a respuestas concretas sobre preceptos normativos, principios y valores ético-bioéticos de la *lex-artis ad-hoc* de la medicina; quizás por vacíos de conocimiento teórico o vaguedad en los recuerdos de la ética-bioética profesional. Es difícil que ellos reconozcan —per se— que haya conflictos deontológicos explícitos en función de una disposición normativa o norma particular; sin embargo, por sus discursos,

inferimos que subyacen implícitamente unos conflictos a partir de las formas de relacionamiento entre estos actores.

6.2.1 Conflictos deontológicos originados en un Sistema de Salud basado en el aseguramiento

En Colombia el aseguramiento es entendido como un modelo universal de cobertura que se propone para que las personas accedan a los servicios de salud a través de unos entes aseguradores y unos mecanismos de financiación a un Plan de Beneficios de Salud -PBS-. El modelo consiste en la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. El aseguramiento tiene por ende una injerencia en la toma de decisiones y en la asunción de prácticas por parte del personal administrativo que lleva a que los médicos(as) entren en tensión o incluso violen el código de ética médica y las normas éticas y bioéticas que regulan la profesión en Colombia (26).

A partir de las entrevistas, acerca del aseguramiento se encuentran cuestiones que se vuelven imperativas dentro de los procesos y procedimientos de atención en salud de una IPS, restricciones en cuanto a la calidad y oportunidad en la elección de materiales e insumos médico-quirúrgicos, frente al acceso a medicamentos altamente especializados, priorización y discriminación de los pacientes si pertenecen o no a una medicina prepagada, o a un plan complementario en salud.

Los conflictos deontológicos en las lógicas de un Sistema de Salud basado en el aseguramiento están enmarcados en las restricciones o negaciones de las tecnologías en salud a las personas que están afiliadas e inscritas en algunas de las EAPB y regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, es decir, que los conflictos deontológicos pueden verse traducidos en negaciones o demoras en las autorizaciones. En ese sentido encontramos que lo más problemático en los discursos de los médicos(as) fue:

[P]ara usted mandarle una resonancia a un paciente no la puede mandar usted como médico general sino que le toca remitir al paciente a un especialista para que él la pueda mandar, uno a veces entiende eso, pero no hablamos pues en el sistema de que un médico general debe estar en la capacidad de resolver el ochenta por ciento de las patologías; la guía no dice que la resonancia la debe mandar un especialista, en la guía dice cuando está

indicada y cuando no, cuando se debe mandar o no, para tener evidencia científica (med1).

[E]l modelo o el sistema de aseguramiento que tenemos ahorita que es más centrado en la ganancia, no permite que el médico, no le permite hacerlo de manera satisfactoria, ni finalmente ayudar al paciente, prevalece más los trámites administrativos, prevalece más el control del gasto, prevalece más como la parte médico-legal, que si bien puede tener un soporte en la ética, a veces se actúa más por miedo a la demanda o a las implicaciones legales incluso, que al buen ejercicio de la medicina (med5)

[S]i es un paciente que no tiene acceso a una prepagada, o un seguro entonces ya vienen las restricciones de no poderle enviar ciertos medicamentos, ciertas ayudas diagnósticas, enviarlo a especialidades, etc. (med7).

En caso contrario, en este sistema basado en el aseguramiento existe una clasificación de enfermedades de alto costo, entre ellas el cáncer, la artritis reumatoidea, el VIH, SIDA y enfermedades renales. los pacientes con este tipo de enfermedades gozan de una especial protección sustentada en Ley 1122 de 2017(26) en su artículo 19, caracterizada por el reaseguramiento, y responsabilidad directa o colectivamente por dicho riesgo; por ello sus derechos y las correlativas obligaciones para con los pacientes deben ser atendidas de manera preferencial por quien corresponda en cada caso, donde no existe restricción alguna para el tratamiento que estos requieran, independiente de estén o no incluidos en el Plan Básico de Salud -PBS-(42).

Por lo anterior los médicos(as) que laboran en los servicios de salud que atienden a personas con estas patologías se sienten más a gusto, dado que no tiene restricciones o prohibiciones a la hora de ordenar una tecnología en salud. En Este escenario desaparecen las presiones administrativas puesto que existe la garantía por parte del ente gubernamental del reconocimiento del gasto incurridos en las atenciones de estos pacientes con estas patologías, tal es el caso de uno de los galenos entrevistados

[E]sto es una experiencia muy personal y lo he vivido en la empresa en la que trabajo...en estos momentos gracias a Dios en el servicio donde estoy -unidad renal- tengo bastantes herramientas para poder trabajar, aunque no soy especialista, si tengo muchas libertades que el trabajar de la mano con un nefrólogo me facilita por simplemente poner el sello de ellos, entonces creo que soy de los médicos generales menos golpeados por esa situación. Se de casos de compañeros que estando en un servicio de consulta externa quisieran hacerle un estudio completo al paciente de determinada situación y no pueden hacerlo porque cuando lo solicitan automáticamente va a estar la

parte administrativa, contractual, o de servicios que le va a decir ¡no!, hasta aquí llegamos... yo pienso que a la hora de salir del servicio en el que estoy me daría muy duro volver a solo eso, a formular acetaminofén como dice la gente (med9)

6.2.2 Conflictos deontológicos asociados a altas cargas de trabajo

En cuanto a los conflictos deontológicos con potencial o efectiva afectación de la relación médico pacientes asociados a decisiones y prácticas administrativas que imponen altas cargas de trabajo, hubo consenso entre los(as) galenos(as) en cuanto a que percibían que las altas cargas de trabajo como causales de estrés y fatiga crónica con el consecuente riesgo de prestación deficitaria de servicios de salud por parte del médico(a) al paciente traducidos en acciones u omisiones; una visión y atención fragmentaria -no integral- de las necesidades del paciente por no contar con tiempo suficiente para atender al paciente, subregistros en la historia clínica u otro tipo de registros, predominio del automatismo por sobre el humanismo en la atención, omisión de información. Al respecto se reseña:

[S]entir que día a día me tenía que haber enfrentado a una agenda, a cómo estará el sistema hoy, que pacientes me llegarán hoy, además saber que tenías que poner de tu tiempo y tu energía aparte para poder cumplir con todas estas cosas que el sistema te exigirá, pero igual tu atención siempre iba a estar limitada.” (med1); “te obligan a hacer registros, venga es que usted tiene que registrar acciones de promoción y prevención, independiente de que las haga o no las haga, las registra ¿sí?, eso era grave, entonces yo no podía hacerlo, registrarlo si no lo había hecho, y eso me generaba dificultades, pero si lo hacía también (med3)

[L]a presión por la productividad, yo pienso que eso sí a veces nos presiona bastante a digamos tratar de hacer las cosas más rápido, y eso puede ir en detrimento ,pues, no todos los pacientes son iguales, entonces el administrador lo ve como un listado de 20 herniorrafias para hacer, pero es que no es lo mismo don pedro que tiene 80 años que le van hacer esa herniorrafia, a la niña Melissa que tiene 10 añitos que le van hacer la herniorrafia, entonces, en ese sentido, esa presión hace que se pierda mucho el paciente como individuo, y esas características especiales (med4)

6.2.3 Conflictos deontológicos asociados a las relaciones de poder

Se evidenció la convicción de buena parte del cuerpo médico de que las relaciones de poder al interior de la institución no deberían suponer una afectación a la atención de los pacientes, sin embargo, existe una marcada percepción del abuso de poder a la hora de direccionar ciertas acciones en el cuerpo médico que se desvían del

cumplimiento de valores, principios, preceptos éticos, deontológicos y la autonomía del profesional para cumplir con sus deberes misionales cuando le imponen realizar actividades de manera injustificada, y que están por fuera del plan de beneficios, asumiendo riesgos injustificados frente a los paciente e incurriendo en delitos como la falsedad ideológica en registros médicos como la historia clínica, adicional a ello se incurre en un acto impropio que son riesgos injustificados que tienen que ver con sobre-tratar a los pacientes en aras de facturar, en este sentido lo galenos expresaron que:

[N]ombraron en el cargo de director general un tipo corrupto. Yo me hastié de trabajar allá porque vi los negocios que hacían con el material de osteosíntesis de ortopedia, las cirugías plásticas que le hacían a los familiares del gerente del hospital. Facturaban una hernia, pero ponían unas prótesis de mama a la hermana, es decir, una cantidad de situaciones por las cuales me fui. Yo no aguanté más y me fui de allá. Después de 23 años, le llegó la 'roya' a ese hospital porque le llegaron los políticos (med2)

[H]ay momentos donde uno ve que al paciente se le hace más de lo que se requiere por circunstancias o presiones externas, o más de lo que el paciente necesita o simplemente no se le hace porque no hay forma de hacerlo, porque hay restricciones desde el punto de vista económico o algo administrativo o algo financiero (med2)

6.2.4 Conflictos deontológicos originados en la relación con la persona usuaria de los servicios

En los servicios de salud las personas son el eje central del sistema -Ley 1438 2011(39)-, las cuales tienen el derecho fundamental a la salud en términos aceptabilidad tal como lo define la Ley 1751 de 2015(4), a veces se han generado conflictos médicos(as) con respecto a la aceptabilidad de los pacientes hacia la idoneidad de los profesionales de los servicios de salud, incluso de manera injustificada basada en una exageración del derecho a consumir servicios de salud de calidad, muchas veces sin criterios de racionalidad en las consultas. Según el estrato socioeconómico o afiliación a una EAPB, los pacientes se sienten con prerrogativas para hacer exigencias que van más allá de los criterios científico-técnicos de los médicos(as) relacionadas con información que muchas veces no guarda correspondencia con la medicina basada en la evidencia, o simplemente demandan por que sí. Entre estos hallazgos se destacan los siguientes:

[L]os pacientes hoy en día llegan con la información. Google me dijo eso, es que la vecina dijo que tomara esto, es que usted es un médico general y usted no sabe nada, mándeme donde el especialista, usted hágame esto, es que yo necesito la resonancia” (med1).

[E]l trato me parece que fue una de las razones por las cuales yo decidí no hacer más consulta, la falta de respeto de los usuarios con los médicos nos ha puesto como en un punto de digamos de subvaloración que no permite trabajar con dignidad la profesión de médico (med3).

[P]resión desde el usuario solamente porque le importaba más que yo lo atendiera a las tres de la tarde que a que yo le hiciera lo que le debía hacer y cómo lo debía hacer, es lo que te digo que desvirtuaba muchas cosas, porque para el paciente ni siquiera era importante si vos estás comprometido con la calidad de la atención, sino, atiéndame a las 3 que usted me dijo que era la cita y no me importa lo demás, esa parte me parecía como delicada y afectaba todo el desempeño (med3).

6.2.5 Conflictos deontológicos por intereses divergentes

Los intereses son elementos que dentro del acto moral ayudan a la toma de decisiones o a emprender acciones tendientes a mejorar un acto específico que puede ser deontológicamente plausible o reprochable. Dentro de la toma de decisiones y acciones morales, los intereses, al igual que motivaciones y pulsiones (eróticas- tanáticas), son una de las principales fuentes en los que se originan las conductas éticas de los sujetos que intervienen en el sistema de salud, entre ellos los médicos(as) y los administradores, en esta investigación se deja en evidencia que existen muchos conflictos derivados de decisiones y prácticas administrativas orientadas por intereses economicistas que divergen de intereses altruistas y filantrópicos de prestar un servicio de salud digno a las personas tal como lo expresan los entrevistados.

[Y]o como asistencial estoy buscando mejorar la calidad de vida o las condiciones generales de una persona, el administrativo está buscando lograr unos resultados administrativos y económicos que riñen a veces con lo que yo estoy esperando del resultado de la calidad de vida del paciente, en ese sentido todas las dificultades y todo lo del clima organizacional y todo lo del desempeño laboral del profesional de la salud ya está influenciado por unas condiciones o unos objetivos que no son los que uno como profesional debería tener (med3).

[P]ara el usuario era muy incómodo porque decía: “venga, sí yo vine por otra cosa usted porque me quiere hablar a mí de planificación o de examen de los senos o cosas de esas” ...hay una presión enorme frente a unos resultados de unos indicadores o de unas metas económico-administrativas, más que de unos resultados reales de la salud del paciente (med3).

[H]ay mucha politización en la institución que yo estoy, entonces esa politización ¿a que lleva?, a que hagan contratos por ejemplo con empresas

farmacéuticas a fines con los intereses de la institución o que sean de mala calidad muchas veces (med6).

6.2.6 Discusión

Los conflictos de naturaleza deontológica antes descritos suelen ser generados por decisiones y prácticas administrativas institucionales inconsecuentes con el deber ser de la *'lex artis ad-hoc'* de la medicina, afectando la relación médico paciente por la erosión a principios ético-bioéticos como los de veracidad, dignidad humana, beneficencia, no maleficencia, autonomía, pro-homine, integralidad (4,41), confianza legítima (43); y el riesgo o el quebrantamiento de preceptos ético-jurídicos como: acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral oportuna y de alta calidad; mantener una comunicación plena, permanente expresa y clara con el profesional de la salud tratante, obtener una información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. ninguna persona podrá ser obligada contra su voluntad a recibir un tratamiento de salud; recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos; a que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros , previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, y a poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma; a la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos; a la intimidad; a no ser sometidos en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento (4).

El escenario asistencial centrado en la rentabilidad financiera, la productividad, el eficientísimo, la explotación del talento humano en salud lleva a que en este escenario se torne un "campo de batalla" sembrado de desconfianza entre médicos(as) y pacientes, lo que hace posible que los pacientes irrespeten, maltraten a los médicos(as) o les entreguen información que no se corresponde con sus necesidades de salud, muchas veces con este tipo de actitudes los pacientes ponen en duda de manera injustificada la idoneidad de los médicos(as) y debilitan el principio de confianza legítima en el médico(a) y se violan derechos como el respeto y el buen nombre (41)

Es de anotar que la misma normativa ética y del marco jurídico regulatorio, puede llegar a propiciar que se generen estos conflictos por la manera en que puede interpretarse y aplicarse el alcance de normas que regulan pautas de conducta del

médico(a) al interior del Sistema de Salud; por ejemplo, los deberes del profesional con la institución para la cual trabaja y frente a las personas que debe atender. Véase en la Ley 23 de 1981 artículo 42 (40) como ésta insta a los médicos(as) a cumplir con los “compromisos a que esté obligado en la institución donde preste sus servicios”; en la que muchas veces les exigen a los médicos(as) aplicar interpretaciones del derecho a la salud restrictivas de tal derecho para el paciente; versus lo dispuesto en la Ley 1751 de 2015 artículo 6 (4) sobre el principio pro-homine que conmina a que se adopte la interpretación que sea más favorable a la protección del derecho a la salud de los pacientes. Dado que los médicos(as) tienen poca cualificación o capacitación en temas del derecho fundamental a la salud y una hermenéutica orientada a cumplir con el enfoque de derecho; algunos administradores imponen su interpretación haciendo que primen obligaciones restrictivas y en ciertos casos vulneradoras del derecho fundamental a la salud. Este punto particular es destacado por Molina y Col. cuando aseveran que “el amplio número de decretos y resoluciones hace difícil la toma de decisiones. Sus imprecisiones e incoherencias contribuyen a que cada actor las interprete según su conveniencia, lo cual genera continuas tensiones de intereses entre ellos” (8).

Todo lo anterior coincide con Arango Bayer (3) al reiterar que los conflictos de los médicos(as) tienen que ver justamente con la contraposición que existe entre los valores humanistas inherentes a su profesión y los propios de las organizaciones los cuales son más centrados en los costos, la eficiencia y en el requerimiento de unas formas de lealtad con las instituciones que son contrarias a la lealtad que debe el médico(a) a su paciente.

6.3. Asunción, tratamiento y gestión de los conflictos

Se dilucida a través de las narrativas de los entrevistados que estos encuentran diferentes formas para enfrentar los conflictos deontológicos generados por decisiones y prácticas administrativas, sin embargo, resultan ineficientes para darles una solución conveniente para ambas partes.

Existen diversas maneras para analizar las secuencias de conductas para la resolución de conflictos, una muy mencionada es el modelo de Van de Vliert y Euwema 1994(44), el cual las enmarca en 6 conductas: evitación, acomodación, compromiso, solución de problemas, lucha directa y lucha indirecta.

Sin embargo, para efectos de este estudio utilizaremos la asunción, el tratamiento y la gestión como momentos procesales tendientes a la resolución de los conflictos; y la evitación se tomará como una actitud/estrategia de las partes involucradas para soslayar, ignorar, obviar, apartarse del conflicto y su proceso de resolución.

El primer momento, la asunción del conflicto, parte del reconocimiento del fenómeno o hecho; de hacerlo propio, de aceptar la situación conflictiva a manera de un despertar de la conciencia hacia el conflicto. Muchos médicos se quedan en esta etapa o momento sin tratar o gestionar el conflicto. Algunos asumen una actitud de forzosa y pasiva resiliencia, de conformismo. Otros, conscientes de este lo evitarán de diversas formas.

Un segundo momento es el del tratamiento del conflicto. En éste, las partes involucradas en el conflicto hablan acerca de lo que les indisponen, les contraría, afecta. Es una etapa de poner a circular el conocimiento, las percepciones que se tienen del conflicto. Es un momento conversacional con la intención de ser dialógico con miras a extraer una síntesis de aquellos determinantes del conflicto deontológico, sus consecuencias y sus posibilidades de abordaje con miras a su resolución. Pocos médicos(as) llegan a este momento.

El tercer y último momento es el de la gestión; en el cual se realizan, concretan estrategias, acciones, mecanismos para llegar al objetivo final de lograr la resolución/composición del conflicto. Sin embargo, cabe precisar que no toda gestión de conflictos implica su resolución. Sólo es posible una gestión emocional, racional y efectiva del conflicto si se han cubierto –sincrónica o diacrónicamente- los momentos precedentes. Por eso es que puede aludirse a una vía procesal resolutoria de conflictos. Esta última etapa, fase o momento procesal de la gestión es alcanzada en menor grado por médicos(as) y administradores(as); y de hacerlo, su abordaje es muy intuitivo o empírico; no sujeto a procedimientos y formas preestablecidas, tal como pasaremos a ver.

6.2.7 Aceptabilidad del conflicto

Algunos médicos(as) reconocen que ante el conflicto ellos asumen posiciones de asunción tales como: aguantarse, ceder, no hacer nada, ser resilientes, entre otros. Esto se refleja en discursos como:

[E]n aras de garantizar su propia supervivencia se sacrifica la autonomía y uno termina cediendo a las presiones administrativas...uno a veces pondera: esto es lo que tengo, esto es lo que pongo; esto es con lo que cuento, esto es lo que hago y a veces termina haciendo iatrogenia, no creo que intencionalmente, pero si termina siéndose iatrogénico (med5).

[I]nclusive, muchas veces se entra en el juego, en el juego de que: vamos a trabajar con las uñas, vamos a hacer esto como con pañitos de agua tibia, como mandando lo que si te van a aprobar, lo que te va a dar la EPS... entonces el abordaje muchas veces es que toman una decisión y uno se tiene que acomodar a la decisión que tomen los administrativos (med6).

“A la hora de hacer la consulta -uno veía-, a uno le tocaba priorizar también... este mes saquemos esto, saquemos este examen y, venga, cuando me traigas este resultado miramos los próximos que necesitamos y así... esa era la manera de diferir el costo en varios meses para que no se viera.” (med9).

6.2.8 Tratamiento del conflicto

También, los galenos expresan que buscan alternativas propias para manejar dichos conflictos, pero no siempre son las más adecuadas para el paciente o para el mismo médico(a), y no siempre atacan adecuadamente el problema, esto lo podemos evidenciar en la manera en que lo tratan, tal como se demuestra en las siguientes expresiones:

[M]is colegas se sentaron, dijeron venga hagamos una carta, hacemos un derecho de petición, hagamos una reunión, hablamos con el gerente administrativo (med1).

[L]o manifestábamos, pero no nos ganábamos nada, y nada es nada, yo era uno de los que más denunciaba las irregularidades del servicio de urgencias, a veces se hacían cartas grupales, y la firmábamos todos y no pasaba nada, seguíamos en la misma situación" (med3).

[U]no le dice inclusive al paciente, eso se te va a demorar, eso lo más probable es que no te salga, y uno muchas veces como por salvar la parte legal o solventar esa parte legal, da las remisiones y da las cosas como por llenar un requisito (med6).

[R]euniones, buscamos espacios para manifestarle a los administradores las inconformidades de nosotros y no solo de nosotros, de los usuarios, pero nada de eso trascendió, el nuevo modelo tenía que primar y en eso estamos y seguimos, el modelo tiene que dar más resultados por encima del paciente (med7).

[L]e decía a los pacientes póngalo a tutela porque usted lo necesita y la tutela se volvió un mecanismo o una herramienta no solo para el paciente si no para el médico buscando celeridad para algún tratamiento o intervención (med8).

6.2.9 Gestión del conflicto

A partir de la información suministrada por los entrevistados no hay gestión emocional, racional y efectiva de los conflictos. Los que más se aproximan son las versiones de los administradores que dicen cómo deben hacerlo, pero sin necesidad de recurrir al Código de Ética y Buen Gobierno, una de ellas es la siguiente:

[Y]o no me he leído el código de buen gobierno de acá y yo no le tengo que hacer para saber que necesito hacer...no lo he leído y donde he estado si los he elaborado es porque es un requisito y no lo hago porque creo que no es necesario para yo saber cómo debo actuar bien.

Además, se encuentra que, aunque es deber de las instituciones propiciar y generar espacios y mecanismos para la resolución de conflictos, algunos médicos(as) y administradores no tienen conciencia de qué instrumentos pueden usar, y aquellos que la tienen, consideran que no sirven de nada.

6.2.10 Evitación del conflicto

Es de anotar que, aunque algunos médicos(as) tratan los conflictos deontológicos en su práctica día a día, no hay respuestas perentorias para la resolución de estos, y la única manera de sentirse bien con ellos mismos es renunciando a estas instituciones, algunos buscan otras alternativas para desarrollarse profesionalmente, y hay quienes encuentran como forma de solución pasar de ser asistenciales a ejercer puestos más administrativos tal como se muestra en los siguientes relatos:

[M]e retiré de seguir haciendo la consulta, porque era ceder a eso y hasta el momento yo pienso que uno debe seguir siendo leal a sus principios y por eso lo que a mí me desanimó a la parte asistencial"(med1)

[S]í renuncie. De allá me fui por problemas administrativos porque habían nombraron en el cargo de director general un tipo corrupto, yo veía, yo me hastié de trabajar allá porque yo vi los negocios que hacían con el material de osteosíntesis de ortopedia, las cirugías plásticas que le hacían a las familiares del gerente del hospital, eh facturaban una hernia y le ponían y le hacían unas prótesis de mama a la hermana del es decir, una cantidad de situaciones que me fui yo no aguante más y me fui de allá después de 23 años, le llegó la roña a ese hospital porque le llegaron los políticos (med2).

[M]e salí de otros sitios por ese tipo de situaciones, es más fácil que tu renuncies a que tu trates de cambiar un modelo de esos donde podemos

decir que es un tren donde se han subido muchas personas, es muy difícil porque es un sistema basado en productividad (med4).

[E]l decir de uno muchas veces con los pacientes ¡Hey! ándate de una hermana porque la EPS tuya no te la reciben aquí y nos quedamos toda la noche, o dos y tres días, y te vas a quedar acá y no te van atender. Entonces, uno les dice como recomendación (med6).

Para algunos otros, definitivamente no hay solución, consideran que en todas partes es igual, que renunciar no es una opción:

[N]o es que no hay forma, o sea, yo creo que no hay un esfuerzo por resolver esos conflictos (med5).

[L]a agremiación médica como tal, unirse a decir: ¡Hey! vamos a exigir esto, vamos a exigir aquello, sino hacen cambio en esto entonces vamos a tener una protesta, cualquier pendejada así, al menos pues levantar la voz... No, no, eso no se da. El miedo a que te despidan, la gente es muy cómoda, si vos ves a los médicos son gente muy cómoda, es a pesar de que tiene uno de los sueldos a nivel de profesionales pues que está como en la parte media superior pues los generales, los especialistas si están pues en lo superior de pagos en el país, siempre están es como, a mí me pagan y ya, yo hago mi trabajo y listo me voy para mi casa (med6).

6.2.11 Perspectiva del administrador sobre la resolución de conflictos deontológicos

Aunque el personal administrativo conoce más de la perspectiva del Sistema Obligatorio de la Garantía para la Calidad y de los procesos administrativos de la Supersalud, al realizar la pregunta acerca de la utilidad del Código de Ética y Buen Gobierno en las instituciones donde laboran, encontramos que en materia de resolución de conflictos es un instrumento inútil e ineficaz, dado que en la mayoría de casos quien lo conoce es el personal administrativo, pero a la hora de presentarse un conflicto –los médicos(as) y los administradores- no acuden a dicho constructo institucional; pese a ser un instrumento que pretende contribuir en su implementación a que las instituciones de salud tengan un saludable clima organizacional, en el que se defiendan los intereses de los diferentes sujetos institucionalizados. Lo anterior se ve reflejado en afirmaciones como:

[D]e uno a diez la utilidad del código de ética y buen gobierno es 3, es más en el papel” (admin1).

[E]l código de ética y buen gobierno lo hicimos por allá cuando estuve en planeación, o sea 15 años después, al principio no (admin2).

[V]ea les voy a decir la verdad, yo soy partidario de hacer más que tener algo escrito... soy partidario de tener las cosas bien...yo no me he leído el código de buen gobierno de acá y yo no lo tengo que hacer para saber qué necesito hacer...no lo he leído y donde he estado si los he elaborado es porque es un requisito y no lo hago porque creo que no es necesario para yo saber cómo debo actuar bien” (admin3).

[Y]o creo que ese tipo de casos y situaciones generalmente se deben manejar primero individualmente con las personas implicadas, más que ir a un código (med2).

[N]o recuerdo haber hecho uso del código de ética y buen gobierno (med8).

Al indagar con los administrativos acerca de cómo solucionaban los conflictos que se les presentaban con los médicos(as) por sus mismas decisiones, respondieron así:

[S]e hacen reuniones permanentes y usted tiene 3 opciones, Discutirlo y llegar a acuerdos, acatarlo o renunciar. Lo primero es un diálogo respetuoso y mirar hasta donde se puede ceder o no, mi premisa con todos los médicos y lo pueden constatar con los médicos que han estado bajo mi cargo es “hagan lo que tengan que hacer, nunca se les olvide el tema ético, pero no le hagan a un paciente nada que no necesite (admin1).

[A]l principio se era muy radical, porque era más importante la supervivencia de la empresa, arrancando, más que lo que los médicos y odontólogos querían” (admin2).

[S]i el médico no está a gusto él puede optar por emanciparse y ordenar lo que él considere en su libre albedrío y su juramento hipocrático y la EPS o IPS toma la decisión de prescindir de él (admin3).

6.4. Implicaciones emocionales derivadas de los conflictos deontológicos en los médicos(as)

Las implicaciones emocionales derivadas de los conflictos deontológicos en los médicos(as) se presenta como un resultado emergente que no estaba dentro de los objetivos de la investigación, pero que surgió de las entrevistas y por su relevancia se considera importante incluirlo dentro de los resultados.

Todo conflicto tiene una afección emocional, estas emociones surgen por la percepción del quebrantamiento de normas morales o por un comportamiento moralmente motivado y por lo tanto ocurren ante factores culturales y sociales que participan en su manifestación como puede ser la aparición de un público o la referencia a un valor. Las emociones morales se desencadenan en respuesta a la inferencia del quebrantamiento de normas sociales implícitas y explícitas, así como de estereotipos inherentes en los códigos, actitudes y creencias individuales. Las emociones morales dependen de deseos y de resultados socialmente aceptados, por lo que el individuo elabora un juicio moral a partir del cual acepta o rechaza afectivamente una determinada situación (45)

Por su parte Strawson (1995) (46) 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. Por lo tanto, estar moralmente indignado muestra la exhibición de una actitud moralmente desaprobadora (47).

Si bien ya se reconocen que existen emociones morales hay quienes decimos que los médicos(as) no son la excepción y son seres sentipensantes, es decir, que combinan la razón y el amor, el cuerpo y el corazón, para deshacerse de todas las (mal) formaciones que descuartizan esa armonía y poder decir la verdad (48). Encontramos en sus discursos este tipo de sentimientos que de alguna manera pueden afectar positiva o negativamente su práctica médica. Por ejemplo, algunos de ellos expresaron sentir indignación, resentimiento, vergüenza o culpa, frustración, inseguridad, entre otros.

Con respecto a los conflictos anteriores, los médicos(as) manifestaron sentirse de las siguientes maneras:

[M]e frustró, la emoción es frustración, insatisfacción, da rabia porque pues, se está vulnerando derechos y ya la violación de un derecho per se, es muy grave, pero esa violación acarrea un menoscabo en la salud física o mental de la persona, entonces creo que eso le da como un agravante, entonces a mí ver esas cosas me da rabia (med5)

[U]no tenía todos los encontrones desde lo administrativo y no pasaba nada igual, sí porque no pasaba nada, o sea, vos podías hacer lo que quisieras, ...como una impotencia absoluta, una inconformidad con las cosas como se están haciendo y una insatisfacción como con los principios de uno, que eso es intolerable.” (med 3)

[E]ntonces yo me sentí frustrado, me dio indignación de saber que yo había hecho lo que me correspondía y creía que tenía el entrenamiento para la salvar a esa persona y aunque no tenía los recursos lo hice con lo que puede -en ese momento- hacerlo y la persona afortunadamente salió adelante, pero la institución lo tomo a mal” (med8).

Adicional a esto, existe una percepción desde los médicos generales en la que se ven a ellos mismos reducidos a un papel de “remitentes” o secretarios, en el cual no pueden ejercer su profesión a cabalidad y cumplir con lo estipulado en la Política de Atención Integral (PAIS) la cual dice que se debe garantizar una gran capacidad resolutive para la mayoría de los problemas de salud en el componente primario; esto se da debido a que las instituciones en aras de aumentar las atenciones en niveles de complejidad superiores para facturar más a las aseguradoras, le restan importancia al médico general y por ende los conflictos con respecto a limitaciones de envío de medicamentos y exámenes son eludidos ya que prima el beneficio económico (49).

[E]sto es una situación en que el acto médico y el ejercicio profesional hace que uno pierda estatus, seguridad, uno siente que ya no tengo el mismo desempeño, ya es una medicina más fraccionada, un ejercicio más como de casi un secretario, de que transcriba, llene formas, formatos, haga remisiones, donde usted muchas veces tenía la certeza, la seguridad y estabas claro en el diagnóstico pero ahora el cambio y el sistema te empezó a obligar hacer unos manejos muy diferentes por el manejo administrativo del recurso (med7)

Además de las anteriores versiones, se encontraron testimonios de médicos que hacían suponer que habían adoptado cierta indiferencia o apatía moral causadas por las presiones administrativas, manifestándose éstas en la disociación de su quehacer cotidiano con la capacidad de pensar y sentir sobre las posibles contradicciones y consecuencias de sus actuaciones. Ello lleva a inferir que cierto grupo de profesionales va reduciendo cuantitativa y cualitativa su capacidad de juzgar racional y emocionalmente asuntos deontológicos y teleológicos en su ejercicio profesional. Tal como lo expresa uno de los galenos:

[U]no más bien le echa tierra a eso y hace como se dice la resiliencia, pero como que eso perdurar en el tiempo no, uno asume su propia responsabilidad” (med1).

6.2.12 Discusión

Teóricamente, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- se tienen mecanismos formales para la resolución de conflictos como los Códigos de ética y buen gobierno, sin embargo, ven en este instrumento un mero requisito que debe ser elaborado para cumplir ante los órganos de rectoría, inspección, vigilancia y control del Estado; los cuales muchas veces no se socializan con el talento humano en salud de la misma institución, convirtiendo este instrumento en inoperante e ineficaz.

Tan es así que ante una situación conflictiva que no se resuelve, la conducta evasiva más seguida —en vez de tratar y gestionar el conflicto—, es la renuncia del médico(a). Estas decisiones y prácticas generan graves impases puesto que por no resolver los conflictos se puede ser más costoso económica, médica y socialmente por los reprocesos que se dan por la pérdida de conocimiento cuando se tenía confianza entre médico-paciente y lo que implica reclutar talento humano para que se comprometan con la visión-misión y para que comprendan la dinámica institucional.

Inclusive algunos médicos caen en la indiferencia o apatía moral, quienes no, luchan constantemente con estos conflictos deontológicos, los cuales afectan no solo su estabilidad laboral si no también la estabilidad emocional, generando en ellos estrés, entendido como el conjunto de respuestas fisiológicas, comportamentales, emocionales y cognitivas, que resultan en el proceso de adaptación frente a las demandas derivadas de las condiciones de trabajo ante las cuales las personas evalúan que sus recursos de afrontamiento son insuficientes (50). El cual puede expresarse como síndrome de Burnout, que se manifiesta por fatiga laboral y desgaste profesional, caracterizado por un estado de agotamiento intenso y persistente, pérdida de energía y extrema irritabilidad toda vez que se ven enfrentados a sentimientos de autoeficacia reducida, desánimo, despersonalización y baja realización personal, desencadenadas por una situación determinada que provoca un desequilibrio significativo entre la demanda que experimenta un sujeto y los recursos adaptativos de que dispone (51)

Todo lo anterior reafirma que no se hace uso de los mecanismos establecidos en la normatividad legal vigente, y que no existe un interés manifiesto por parte de los administrativos para asegurarle al médico sistemas de gestión éticos que en realidad sirvan para evidenciar y establecer pautas de resolución de las diferencias y desencuentros diarios.

6.5. Comprensión de la resolución de conflictos en la práctica médica

Con humildad intelectual hemos de declarar que esta investigación, dada la restricción de cobertura del caso de Medellín en cuanto a la representatividad alcanzada de sujetos participantes en perspectiva cualitativa, sólo nos permitió llegar a una aproximación comprensiva sobre la manera en que los médicos(as) resuelven los conflictos deontológicos que se suscitan en su práctica profesional teniendo por causa o en ocasión de decisiones y prácticas administrativas cuestionables. Sin embargo, a partir de los hallazgos anteriores y en un ejercicio de síntesis, encontramos que los médicos(as) no logran resolver dichos conflictos adecuadamente, y esto se debe a factores como:

- Existencia de un vacío desde ciertos sectores académicos universitarios, en el cual -según relatos de los médicos(as)- no se les cualifica debidamente para resolver o enfrentar los conflictos deontológicos que se les pueden presentar en su día a día. Algunos aceptan que en su momento asumieron la ética y sus ramas como “asignaturas de relleno”, otros se quejan de que sus contenidos eran superficiales, muy generales y poco enfocados a su carrera profesional, por lo cual tampoco se les da la debida importancia.

“[U]no quisiera que sus profesores de bioética algunos de ellos fueran con los que uno está en el ambiente donde tú vas a trabajar, entonces qué bueno que existiera un anesthesiólogo que nos hablará de bioética a los anesthesiólogos , porque sabe a qué nos estamos enfrentando, saben en qué medio estamos, pero por eso a mí me da tristeza, porque a mí esto de la bioética me gusta mucho, me atrae y ya estoy en este cuento, y a mí me pasó lo mismo cuando era así peladita, tenía 20 años, uno veía ese curso de bioética y decía: -no ese curso de relleno y eso ir uno allá a leer, que nooo.., uno quiere es otras cosas, un enfoque pues digamos biológico y aprender, qué pereza la bioética-, entonces yo creo que están bien que nos tenemos que replantear eso y tristemente creo que falta que las universidades hagan énfasis en formar más personal con esa orientación. Entonces sería muy bueno algo más... digamos que hubiera una mayor interrelación entre las áreas, entre las diferentes áreas del conocimiento con la bioética, y lo que yo les digo, que a vos te hablara,- si vos sos cirujano- que otro cirujano te hablara de la bioética todo, porque usualmente lo dejan a profesores que veces ni siquiera saben a lo que se van a enfrentar entonces por eso a uno le da pereza ver esas materias (med4)

- Ambigüedades legales, donde los administradores aprovechan para interpretar la norma de manera conveniente o siguiendo intereses económicos del mercado.

- La falta de colegaje, los mismos médicos(as) coinciden en que son un gremio muy tranquilo, independiente e individualista, y en algunas narrativas se autodenominan “cómodos”, lo cuales no se unen para exigir sus derechos a menos de que sea para asuntos meramente económicos.

[L]a agremiación médica como tal unirse a decir: hey vamos a exigir esto, vamos a exigir aquello, sino hacen cambio en esto entonces vamos a tener una protesta, cualquier pendejada así, al menos pues levantar la voz, no eso no se da, el miedo a que te despidan, la gente es muy cómoda, si vos ves al médico es un gente muy cómoda, a pesar de que tiene uno de los sueldos a nivel de profesionales pues que está como en la parte media superior -pues los generales-, los especialistas si están pues en lo superior de pagos en el país, siempre están es como, a mí me pagan y ya, yo hago mi trabajo y listo me voy pa mi casa(med6).

No basta ser el mejor médico, el más especializado, si no se ejerce en una interacción armónica y adecuada con los colegas. La relación entre colegas invita a volver a la base de la formación humana, con principios morales y éticos fuertes, que no sólo permitan ejercer para el paciente, sino en una comunidad de pares (52).

- El temor a que se vulneren sus derechos laborales, cuando decide ejercer la objeción de conciencia, y el administrador de manera arbitraria opta por prescindir de sus servicios y como consecuencia se afecte su propia supervivencia.

[L]os médicos tenemos que comer, somos empleados, entonces uno sacrifica su autonomía por la propia supervivencia, porque tiene que ser responsable de su propia manutención, de su familia, de sus hijos, lo que sea, entonces en aras de garantizar su propia supervivencia se sacrifica la autonomía y uno termina cediendo a las presiones administrativas (med5)

La introducción al sector salud de nuevos modelos de vinculación laboral dado el enfoque de economicista de las EPS e IPS y la necesidad de hacerlo rentable, la “corporativización” del trabajo profesional, la tercerización o subcontratación de servicios, las nuevas modalidades de gestión corporativa (cooperativas de trabajo asociado, grupos de profesionales asociados, alianzas estratégicas y redes integradas de prestadores asistenciales), la incorporación de modelos de atención gerenciada y de autogestión centrados en la gestión del riesgo, los sistemas de información, la gestión tecnológica y el manejo estratégico de costos, entre otras herramientas, ha generado la indiscutible flexibilización, inestabilidad y precarización del empleo y de los salarios. En consecuencia, las condiciones laborales se deterioraron, especialmente para aquellos que no poseen contratación

directa con las entidades de salud; se ampliaron las brechas salariales; se dieron aumentos en la intensidad horaria y se detectó cierto grado de subempleo, por tal razón los médicos(as) sienten temor al expresar conflictos deontológicos, pues consideran que la administración puede prescindir de sus servicios sino obedecen sus demandas (53).

- Falta de concientización por parte del administrativo para generar verdaderos espacios de diálogo y escucha para la resolución de los conflictos deontológicos causados en los médicos por sus decisiones o prácticas, debido a que muchas veces los administrativos ignoran que para lograr contextos de salud más humanizados se necesitan líderes que posean una serie de actitudes, conocimientos, motivaciones, experiencias y habilidades, como conducción de grupos, resolución de conflictos, organización del trabajo y comunicación, además la capacidad de generar cambios, de valorar y aprovechar las diferencias y potencialidades de las personas, de extrapolar el liderazgo a todas las situaciones de la vida, de ser ejemplo para los demás, de autoevaluarse y tener autoconocimiento, entre otras(54).

En concordancia, se ha comprobado en otros estudios realizados en instituciones de salud, que “la habilidad en la resolución de conflictos les permite a los líderes enfrentarse de la mejor manera a las dificultades que se puedan presentar y les brinda la capacidad de responder a las demandas. La habilidad de comunicación ha complementado su habilidad de resolución, al facilitarles expresar a los demás sus inconformidades, escucharlos, retroalimentarlos, persuadirlos, comprenderlos y llegar a acuerdos sustentados en la concesión de todos” (54).

A manera de síntesis, los retos a los que se enfrenta la medicina actual son innumerables, el avance en el conocimiento biológico del ser humano y sus enfermedades así como el desarrollo de nuevas tecnologías afectan el quehacer médico en la atención profesional al paciente, a la vez que se propicia un ejercicio de la medicina alejado de la ética, una práctica médica con pérdida de valores, que impactan en una relación médico paciente inadecuada y que tiene como consecuencia la percepción de una mala calidad en el cuidado de la salud y la atención al paciente. Los cambios culturales, sociales y políticos son factores que impactan fuertemente en la profesión médica, es así que los médicos requieren integrar los contenidos y valores humanistas a los contenidos científicos para poder realizar un análisis ético de los problemas que presenta la medicina contemporánea y encontrar el punto de equilibrio entre los avances científicos y tecnológicos, el respeto a la dignidad y la vida del ser humano (55)

7. Conclusiones

Existen dos maneras de gestionar los servicios de salud en las instituciones, esto dependiendo de los intereses de la misma, es decir, una con enfoque humanístico, basado en la garantía del derecho fundamental a la salud, el cual se ve reflejado en acciones que propenden por la preservación, mejoramiento y promoción de la salud de la población. En este se realiza un trabajo interdisciplinario donde se integra un conjunto de saberes para generar estrategias encaminadas al reconocimiento social. Esto abarca el manejo adecuado de los recursos, personal en óptimas condiciones, servicios de calidad científica y humana y la adopción de normas y políticas que favorezcan el desarrollo institucional, laboral y social. Este estilo de gestión no tuvo visibilidad en los resultados de este estudio; por el contrario, si lo hizo la gestión con enfoque economicista, en la que su interés está guiado por las dinámicas del mercado, lo que implica que las decisiones se tomen con fines financieros y que se incurra en prácticas indebidas restándole importancia a si estas afectan o no, el quehacer diario del médico(a), generando así conflictos deontológicos en el médico(a).

Lo anterior se ve reflejado en las narrativas de los médicos(as), donde se aprecia la existencia de conflictos deontológicos relacionados con el aseguramiento de los usuarios, altas cargas de trabajo, condición de cliente de quien recibe los servicios, de interés, de poder y relacionados con el sistema de salud, los cuales dificultan su quehacer diario, ocasionando en ellos diversos cuestionamientos sobre la manera cómo debe actuar frente a dichos conflictos; unos optan por hacerlo de manera personal, otros por el diálogo, otros realizan cartas, y algunos simplemente lo evaden, todas igual de ineficientes a la hora de eliminar el conflicto de raíz. Se evidenció que, la poca formación ética/jurídica, la inexistencia o ineficiencia de mecanismos que permitan la resolución de conflictos, los pocos espacios generados para el diálogo, las ambigüedades en la norma, las pocas garantías laborales y la falta de agremiación para exigir sus derechos, son causantes de que estos conflictos sigan permaneciendo en el tiempo, llevando al médico(a) incluso a una apatía moral.

Aunque es deber del administrador garantizar al talento humano en salud mecanismos y espacios para la resolución de conflictos deontológicos, ellos mismos reconocen que son carente y que se enfocan en labores principalmente financieras, justificadas en la primacía de la supervivencia económica de la institución, haciendo uso inclusive de vacíos normativos o interpretaciones convenientes para evadir la responsabilidad de garantizar al talento humano en salud herramientas efectivas para evitar que estos conflictos trasciendan y afectan la atención en salud de la población. Por consiguiente, muchos médicos(as) han optado por renunciar, cambiar el enfoque de lo clínico a lo administrativo, o incluso elegir otra profesión,

puesto que no ven más alternativas para la resolución de estos conflictos, esto prueba de que es imprescindible que se garantice, primero, la protección y amparo de los derechos en el ejercicio médico(a) y derechos del talento humano en salud; y segundo, que haya una mayor intervención de organismos de control que exijan a los administradores el uso efectivo de los mecanismos establecidos para la resolución de conflictos deontológicos.

Sin embargo, aunque no se puede generalizar, sí podemos concluir que existe un predominio del enfoque economicista en la gestión que realizan los administradores de instituciones de salud, esto nos plantea un panorama que permite comprender en nuestro rol de administradores la importancia de conocer de primera mano cómo los médicos(as) conciben los conflictos deontológicos y la inferencia de cómo los conciben los administradores, el solo hecho de desconocer la deontología profesional nos invita realizar capacitaciones de interpretación de la misma para la resolución de conflictos que sean efectivos y que contengan a las partes, además concientizarnos de que se debe propender por mantener un buen clima laboral mediante estrategias que propicien espacios de diálogo y mecanismos efectivos para la resolución de conflictos que se presenten en la institución, donde el talento humano se sienta respetado y reconocido desde su deontología profesional, logrando un mejor rendimiento, menos reprocesos, y todo lo que implica administrativa y financieramente la rotación de personal - reclutamiento, selección, contratación, capacitación e inducción, incluso reprocesos en la atención del paciente por la pérdida de trazabilidad del diagnóstico de patologías y tratamientos del mismo-.

Por último, esta investigación nos plantea unas vetas epistemológicas desde la administración en salud para futuras investigaciones, acerca de las implicaciones que acarrea no resolver los conflictos deontológicos del talento humano en salud, por ejemplo:

- ¿Cuánto le cuesta a una Institución de Salud –IPS, EAPB- la rotación de médicos(as) que renuncian por las presiones administrativas?
- ¿Cuánto le cuesta a una institución de salud –IPS, EAPB- los reprocesos por la dilación de la atención a los pacientes en repetidas citas por el tiempo estipulado –insuficiente- para la misma?
- ¿Cuánto le cuesta a una institución de Salud –IPS, EAPB- las fallas en la atención del paciente o servicios, los errores médicos, eventos adversos, y posibles demandas, consecuencia del constreñimiento al acto médico?

8. Recomendaciones

A las instituciones de educación superior que forman el talento humano en salud como administradores en salud, auditores en salud, y en general quienes desarrollan actividades gerenciales y administrativas en Instituciones de Salud -IPS, EAPB-, se les sugiere que en su currículo esté bien intencionada una robusta e idónea formación ética-bioética y jurídica en salud con miras a que en su ejercicio profesional, sus decisiones y prácticas estén orientadas por el enfoque del derecho fundamental a la salud, y por el reconocimiento y respeto de las deontologías particulares del talento humano en salud. Se sugiere que los contenidos sean transversales a toda la formación del profesional en sus diferentes etapas, y que garanticen que el personal docente que sirva las respectivas cátedras sea idóneo, muy calificado y experimentado en temas de su particular deontología, para que en los estudiantes exista una aceptación y afinidad con la temática, de manera que se den aprendizajes significativos y perdurables para su vida profesional.

A los administradores en salud se les exhorta a que sus decisiones y prácticas en todo momento sean orientadas hacia el enfoque del derecho fundamental de la salud, donde prime el beneficio del usuario por encima de intereses economicistas. A que apliquen los códigos de ética y buen gobierno para la resolución de conflictos, que brinden espacios propicios para la discusión de los mismos, y que no pasen por encima del talento humano que tienen a su cargo para lograr intereses particulares, así como espacios para capacitaciones en temas relacionados con la solución de conflictos y el derecho fundamental a la salud.

A los médicos(as) se les suplica que vuelvan su mirada hacia el principio *pro-homine*, y al juramento hipocrático, que no den su brazo a torcer, que no quebranten sus principios por instinto de supervivencia, que se vuelvan más humanos y que propendan por preservar la salud de sus pacientes; que se agremien y se unan para luchar por sus derechos – más allá de luchar por cuestiones económicas- que luchen por el buen desarrollo su práctica para que esta que sea digna y justa. Así mismo que se atrevan a denunciar decisiones o prácticas administrativas que van en contravía de la preservación de la salud de los pacientes ante los entes de vigilancia y control.

A los auditores en salud, tanto internos como externos del sector público, privado o mixto, se les reta a que creen herramientas, formatos administrativos, indicadores permanentes que permitan medir en las instituciones las decisiones y prácticas administrativas con enfoque al derecho fundamental de la salud y que vayan más allá de los resultados financieros.

A los organismos de vigilancia y control nacionales, se les aconseja a que reafirmen su gobernabilidad, donde hagan valer y exijan más que un documento la aplicación de los códigos de ética y buen gobierno en las instituciones como principal herramienta para la solución de conflictos deontológicos, además de ello fortalecer las garantías laborales del talento humano en salud.

Referencias bibliográficas

1. Fundación ABIM, Fundación ACP-ASIM. La profesión médica en el nuevo milenio: estatutos para la regulación de la práctica médica. Med Clínica. enero de 2002;118(18):704-6.
2. Londoño J-L, Frenk J. Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. :32.
3. Arango Bayer GL. Conflictos éticos que se presentan a médicos de tres centros hospitalarios de Bogotá, Colombia. Rev Latinoam Bioét. 11 de diciembre de 2014;15(28-1):108.
4. Colombia. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Ley Estatutaria 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El ministerio; 2015
5. Patiño JF. La desprofesionalización de la medicina en Colombia. 2001;26:7.
6. Prieto CA. La autonomía médica [Internet]. Federación Médica Colombiana. 2016. Disponible en: <http://www.federacionmedicacolombiana.org/?q=node/1161>
7. Semana. Así controlan las instituciones y empresas de salud a los médicos [Internet]. Las EPS controlan a los médicos con polémicos métodos. [citado 22 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.semana.com/nacion/articulo/las-eps-controlan-los-medicos-con-polemicos-metodos/409528-3>
8. Molina G, Vargas Jaramillo J, Muñoz Echeverri IF, Acosta Gómez J, Sarasti Vanegas D, Higueta Y. Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud colombiano. Gerenc Políticas Salud [Internet]. 1 de julio de 2010 [citado 22 de octubre de 2019];9(18). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2651>
9. Gómez Esteban R. El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría [Internet]. junio de 2004 [citado 22 de octubre de 2019];(90). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
10. Arango Bayer GL. Clima ético y conflictos éticos: Retos para los comités de ética hospitalaria. 2011;2(2):9.

11. Deontología [Internet]. Deontología. [citado 22 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.deontologia.org/>
12. Sánchez Jacob M. ¿Por qué una medicina basada en los valores? Una reflexión desde la ética. 2016;7.
13. Realpe S. DILEMAS MORALES. Estud Gerenciales. septiembre de 2001;17(80):83-113.
14. Lariguet G. Los dilemas morales qua límites de la racionalidad práctica. Diánoia. mayo de 2010;55(64):71-108.
15. Remis J. Pasado y presente del juramento Hipocrático: Análisis de su vigencia. Rev Argent Radiol. 1 de junio de 2009;73:139-41.
16. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press; 2001. 470 p.
17. Arias J. ¿Es la autonomía médica ilimitada? [Internet]. KienyKe. 2016 [citado 22 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.kienyke.com/kien-escribe/es-la-autonomia-medica-ilimitada>
18. Patiño Restrepo JF. El juramento hipocrático. Rev Colomb Cir. junio de 2005;20(2):62-4.
19. Pavon P, Gogeoascoechea M del C. La importancia de la administración en salud. Rev Médica la Univ Veracruzana. 2004;4:4.
20. Molina G, Ramírez A. Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009. Rev Panam Salud Pública. abril de 2013;33:287-93.
21. Alzate R. Teoría del conflicto [Internet]. Disponible en: <https://mediacionesjusticia.files.wordpress.com/2013/04/alzate-el-conflicto-universidad-complutense.pdf>
22. Morales JF, Jiménez SY. El grupo y sus conflictos. Univ de Castilla La Mancha; 1999. 212 p.
23. Ministerio de Justicia. ¿Qué son los Métodos Alternativos de Solución de Conflictos (MASC)? [Internet]. Minjusticia. [citado 31 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.minjusticia.gov.co/MASC/-Qu%C3%A9-son-los-MASC>

24. Costa Alcaraz AM, Almendro Padilla C. Dilemas [Internet]. Fistera. 2016 [citado 22 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.fistera.com/formacion/bioetica/dilemas/>
- 20.Colombia. Supersalud.Circular única. Bogota.
- 21.Colombia. Ministerio de Protección Social; Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Ley 1122 de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El ministerio; 2007.
- 27.Fuquen Alvarado ME. LOS CONFLICTOS Y LAS FORMAS ALTERNATIVAS DE RESOLUCIÓN. :15.
28. Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la investigación cualitativa. Aljibe; 1996. 378 p.
- 29.Pedraz A, Zarco J, Ramasco M, Palmar AM. Investigación cualitativa. Elsevier Health Sciences Spain; 2014. 136 p.
- 30.Stake RE. Investigación con estudio de casos. Ediciones Morata; 1998. 164 p.
31. Galeano ME. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Universidad Eafit; 2003. 85 p.
32. Barragán R, Salaman T, Ayllon V, Sanjines J, Langer ED, Cordova J, et al. Guía para la formulación y ejecución de proyectos de investigación. 3ra ed. FUNDACION PIEB; 392 p.
33. Simons H. El estudio de caso: Teoría y práctica. Ediciones Morata; 2011. 265 p.
34. Castaño LSÁ. El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. Rev Panam Salud Pública. agosto de 2005;18:129-35.
35. Jurado JCJ. Historia de la administración: escribir las prácticas. Instituto Tecnológico Metropolitano; 2017. 126 p.
36. Velásquez JP. El odontólogo como operador jurídico del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano [Tesis de maestría en Derecho, línea de Derecho a la salud]. [Medellín]: Universidad de Antioquia; 2012.
37. Instituto Nacional de Contadores Públicos. Principales Indicadores Financieros y de Gestión [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://incp.org.co/Site/2012/agenda/7-if.pdf>

38. Organización de Naciones Unidas. Estándares internacionales sobre el derecho a la salud en el sistema de las Naciones Unidas [Internet]. 1.^a ed. Echazú A, Díaz AM, editores. Bogotá: Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 2015 [citado 22 de octubre de 2019]. Disponible en: http://www.hchr.org.co/migracion/phocadownload/publicaciones/Libros/estandares_internacionales_sobre_Derecho_a_la_Salud_en_la_ONU.pdf
33. Colombia. Ministerio de Protección Social; Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El ministerio; 2011.
34. Colombia. Ministerio de Salud. Ley 23 de 1981 por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Bogotá: El ministerio; 1981
35. Colombia. Ministerio de Hacienda y Crédito Público; Ministerio de Protección Social. Ley 1164 de 2007 por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Bogotá: El ministerio; 2007.
42. Defensoría del Pueblo de Colombia. Derecho en salud de los pacientes con cáncer [Internet]. Defensoría del Pueblo. [citado 26 de septiembre de 2019]. Disponible en: http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Cartilla_pacientes_Cancer.pdf
37. Sala Segunda de Revisión. Sentencia N° T-760/2008 de 31 de julio.
44. van de Vliert E, Euwema MC. Agreeableness and activeness as components of conflict behaviors. *J Pers Soc Psychol.* abril de 1994;66(4):674-87.
45. Mercadillo RE, Díaz JL, Barrios FA. NEUROBIOLOGÍA DE LAS EMOCIONES MORALES. *Salud Ment.* 2007;30(3):12.
46. Strawson PF. Libertad y resentimiento. Grupo Planeta (GBS); 1995. 196 p.
47. Rios Duque JH, Jones Alvarez AM, Forero Cardenas CV, Rodriguez Valencia F. Criterios morales que subyacen a la práctica de un grupo de médicos. [Manizales]: Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud alianza de la Universidad de Manizales y el CINDE; 2007.
48. Moncayo VM. Hombre hicutea y sentipensante [Internet]. [citado 25 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/clacso/bin/library.cgi?e=d-11000-00---off-0clacso--00-1----0-10-0---0---0direct-10---4---0-0-11-es-Zz-1---20-about---00-3-1-00-0--4----0-0-01-00-0utfZz-8-00&a=d&cl=CL4.9&d=D11299.1>

43. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 429 de 2016 por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. Bogotá: El ministerio; 2016
50. Sarsosa-Prowesk K, Charria-Ortiz VH. Estrés laboral en personal asistencial de cuatro instituciones de salud nivel III de Cali, Colombia. Univ Salud. 1 de enero de 2018;20(1):44-52.
51. Gracia TJH, Varela OET, Zorrilla DMN, Olvera AL. EL SÍNDROME DE BURNOUT: UNA APROXIMACIÓN HACIA SU CONCEPTUALIZACIÓN, ANTECEDENTES, MODELOS EXPLICATIVOS Y DE MEDICIÓN. 2007;19.
52. Franco Ruiz CA. Del colegaje y otras buenas costumbres. Acta Neurológica Colomb. 1 de marzo de 2018;34(1):1-1.
53. Florez JH, Atehortúa S, Arenas AC. Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín [Internet]. Grupo de Economía de la Salud; 2009 jun [citado 25 de octubre de 2019]. (Publicaciones). Report No.: 015618. Disponible en: <https://ideas.repec.org/p/col/000110/015618.html>
54. Hernández PAH, Ramírez MAC, Sánchez DC. Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. :9.
55. Mejía Estrada A, Romero Zepeda H. La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. Rev Médica Electrónica. 2017;39:832-42.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La investigación: ¿Cómo resuelven los médicos -en su práctica profesional- los conflictos deontológicos generados por las decisiones y prácticas administrativas institucionales, Medellín 2019?, se realiza con recursos propios y como requisito académico en el programa de Administración en Salud, énfasis de Administración de Servicios de Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Las investigadoras principales somos Karen Melissa Sánchez Chavarría, Teléfono 3194068884; Correo electrónico kmelissa.sanchez@udea.edu.co; y Karen García Bedoya, Teléfono 319 7289921, Correo electrónico karen.garciab@udea.edu.co.

El presente documento tiene el propósito de obtener su consentimiento para participar de la investigación bajo referencia, tras haber tenido la oportunidad de informarle de manera clara, completa, suficiente y comprensible el objetivo de este proyecto, sus procedimientos, ventajas, riesgos e inconvenientes; y tras haber respondido las preguntas que considere convenientes.

Naturaleza del estudio

Este estudio tiene como finalidad dar a conocer los conflictos deontológicos médicos generados por las decisiones administrativas institucionales, y la forma en que los médicos los resuelven, para que mediante la gestión del conocimiento los diferentes actores del sistema de salud colombiano, planeen y tomen medidas pertinentes para dignificar la relación médico-paciente y reduzcan dichos conflictos para preservar la salud del médico y mejorar la calidad asistencial.

Su objetivo general es comprender cómo resuelven los médicos -en su práctica profesional- los conflictos deontológicos generados por las decisiones y prácticas administrativas institucionales, Medellín 2018.

Desarrollo de la participación

En el marco de este proyecto de investigación, usted es invitado a participar como profesional médico o administrador de una IPS, por medio de una entrevista individual conducida por las investigadoras Karen Melissa Sánchez Chavarría y

Karen García Bedoya, la cual tendrá una duración de aproximadamente dos horas. Durante esta entrevista, usted será invitado a responder a preguntas relacionadas con el desarrollo de su práctica médica; en el caso de los administradores, se indagará acerca de la influencia que ejerce sobre la práctica médica.

Cada entrevista será grabada para concentrarnos mejor en las preguntas, en las respuestas y en los objetivos a alcanzar.

Ventajas, riesgos o inconvenientes posibles relacionados con la participación

Su riesgo de participación es mínimo y está relacionado con la información sensible de orden personal, profesional, laboral e institucional que usted suministrará. Ello puede generarle incomodidad e incluso impedimentos para contestar. En el evento de que una u otra cosa suceda, hágaselo saber a la entrevistadora quien acordará con usted las mejores condiciones de participación para que se sienta más cómodo e incluso para omitir aquellas preguntas que usted a bien tuviere no responder. Pese a lo anterior, se le aclara que la información a lo largo de la investigación y en sus productos y socializaciones será gestionada de manera confidencial, por lo que su nombre o el de la institución que representa se mantendrán en el anonimato.

Compensación/beneficio

Por participar en esta investigación usted no recibirá ninguna compensación económica.

Participación

Usted es en todo momento libre de tomar la decisión de no responder una pregunta o incluso de terminar su participación. No hay ningún inconveniente derivado de tal decisión para usted. Si es el caso y si usted lo decide, se destruirá la grabación hecha y no se tomará en cuenta la información suministrada por usted en el marco de la investigación.

Confidencialidad y gestión de los datos

Su identidad en esta investigación será protegida en todo momento tanto en el informe escrito como en los informes verbales.

Solamente las investigadoras y los asesores de la investigación tendrán acceso a la información suministrada por usted en esta investigación, es de anotar que en la grabación si las autoriza o en las notas no se hará explícito su nombre, sino que se le asignará un pseudónimo que sólo conocerá el equipo de investigación.

La información será tratada con apego a la verdad. La versión previa de los resultados le será presentada para que usted tenga la posibilidad de validar la veracidad de la misma.

El material de investigación será almacenado en los computadores de los investigadores de manera cifrada, con respaldo en el DRIVE institucional de la universidad de Antioquia y con claves de acceso que sólo ellos conocen. Pasados tres años de la publicación de resultados, toda la información física o digital será eliminada.

Para información suplementaria: Si usted tiene preguntas con respecto a esta investigación, a su participación, a la confidencialidad y a la protección de su identidad o a cualquier otro aspecto, puede contactarse con nuestro asesor, el José Pablo Velásquez Escobar, Profesor asistente de tiempo completo de la Universidad de Antioquia, Odontólogo, Abogado, Especialista en Derecho de la Seguridad Social, Magister en Derecho a la Salud y PhD. (c) en Filosofía. E-mail: jose.velasquez@udea.edu.co; Teléfono: 2196848.

Para mayor información, o para allegar una queja o crítica relativa a este proyecto de investigación, ésta podrá solicitarse o ser dirigida, en total confidencialidad a la Presidenta del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública, Abogada Margarita María Montoya Montoya; e-mail: margarita.montoya@udea.edu.co ; Teléfono de oficina: 2196844.

Su participación en esta investigación es muy importante y por ello le agradecemos mucho por su tiempo y su participación en general.

Yo, _____ doy mi consentimiento libremente para participar en la investigación: “¿Cómo resuelven los médicos -en su práctica profesional- los conflictos deontológicos generados por las decisiones y prácticas administrativas institucionales, Medellín 2019? Tengo conocimiento de las preguntas del cuestionario y comprendo el objetivo, la naturaleza, las ventajas, los riesgos e inconvenientes del proyecto de investigación. Estoy satisfecho(a) con las explicaciones, precisiones y respuestas que el investigador me ha dado, en cada caso, en cuanto a mi participación en este proyecto.

Fecha _____

Firma del participante

Firma de las investigadoras

Copia para el participante ()

Copia para el investigador ()

FORMATO DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Esta entrevista tiene por objetivo comprender cómo los médicos que laboran en instituciones prestadoras de servicios de salud resuelven los conflictos deontológicos médicos generados por las decisiones y prácticas administrativas institucionales.

Le agradezco que haya aceptado la invitación para conversar conmigo acerca de su experiencia y apreciación con respecto a los conflictos deontológicos médicos. Esta información es recogida para llevar a cabo la investigación “¿Cómo resuelven los médicos -en su práctica profesional- los conflictos deontológicos generados por las decisiones administrativas institucionales Medellín 2019?” así que todas las ideas que nos pueda aportar al tema serán muy valiosas para esta investigación. La entrevista puede tomar una o varias sesiones entre 45 minutos y tres horas dependiendo su disponibilidad para responder a las preguntas y el poder abordar todos los interrogantes que se han planteado con relación al objetivo de la investigación. No dude en manifestar en cualquier momento su deseo de dar suspender o dar por finalizada la sesión de la entrevista.

Si usted lo autoriza nos gustaría grabar sus respuestas pues todo lo que diga es muy importante y no quisiéramos que, en el intento de tomar notas, no pudiéramos escuchar y escribir todos sus aportes. No obstante, si no consiente el ser grabado, le agradeceríamos nos permitiese tomar nota.

La información que se tratará en esta entrevista es confidencial, quedará registrada con un código para poder almacenarla y diferenciarlas de otras, pero por ningún motivo será mencionado su nombre ni el de la institución de la que hace parte.

Es importante que sepa que en cualquier momento de la entrevista usted la puede interrumpir, y que no está obligado a responder todas las preguntas, pues este es un acuerdo voluntario.

Entendemos la deontología como la rama de la ética cuyo objeto de estudio son los fundamentos del deber y las normas morales; y el conflicto como un enfrentamiento de intereses, de creencias, de opciones; una situación problemática provocada por un desacuerdo entre personas, o por una acción no aceptable por otro; una situación en la que se produce una confrontación entre personas y que está generada por una transgresión o incumplimiento de normas.

Ahora bien, para efectos de este estudio al hablar de conflicto odontológico se hace referencia a la percepción distinta de intereses, de creencias o de aspiraciones entre las partes, -médicos y directivos- en su actuar profesional, dado que no pueden ser simultáneamente alcanzadas.

Teniendo en cuenta lo anterior, quisiéramos saber:

1. ¿Qué le motivó o inspiró a usted estudiar medicina?
2. ¿En qué Universidad estudió su formación médica de pregrado?
3. ¿Hace cuánto egresó de la Facultad de Medicina?
4. ¿Tiene algún entrenamiento especial, especialización, subespecialización médica? Descríbala.
5. ¿Considera que aquello que le motivó o inspiró a usted a estudiar medicina lo ha encontrado en su práctica profesional?
6. ¿Usted qué considera que es ejercer dignamente la profesión médica?
7. ¿Considera usted que el actual modelo asistencial sanitario hace posible que los médicos conserven sin detrimento el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica? Explique
8. ¿Usted recuerda el juramento médico?
9. Con relación a sus deberes éticos, en el marco de la Ley 23 de 1981, ¿Cuáles recuerda o considera usted son los más perentorios cumplir en el ejercicio de la práctica médica?
10. ¿Es usted consciente de las consecuencias éticas e incluso jurídicas en caso de incumplir con la deontología profesional (ética médica)?
11. ¿Usted ha participado de alguna modalidad de capacitación/cualificación tipo curso, simposio, foro, seminario o afines sobre ética médica? Explique.
12. ¿Usted ha participado de alguna modalidad de capacitación/cualificación tipo curso, simposio, foro, seminario o afines sobre el Derecho Fundamental a la Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud? Explique.
13. ¿Cuáles cree usted que son las principales dificultades para su ejercicio cotidiano de la medicina?

14. En su práctica médica, atendiendo pacientes, ¿Qué hechos o condiciones - considera usted- limitan injustificada o arbitrariamente su autonomía profesional?
15. Por favor, describa aquellos limitantes que siente usted han afectado injustificada o arbitrariamente su autonomía profesional.
16. ¿Existen hechos o condiciones limitantes de tipo administrativo provenientes de agentes de la IPS en la que trabaja o haya trabajado, o de alguna EPS que afecten o hayan afectado su autonomía en la práctica médica? Explique.
17. ¿Cuáles de estos limitantes injustificados o arbitrarios a su autonomía le generan o le han causado incomodidad, cuestionamientos, problemas éticos consigo mismo?
18. ¿Cuáles de estos limitantes a su autonomía han generado conflictos con terceros? Explique.
19. ¿Cómo resuelve estos conflictos que se presentan en su práctica médica?
20. El código de ética médica demanda de usted en tal calidad obrar bajo estos valores: humanidad, justicia, responsabilidad, libertad, dignidad, prudencia, secreto, honestidad ¿Cuáles cree usted que son los más amenazados por la administración?
21. A usted la normativa en salud como la ley de talento humano en salud y la ley estatutaria del derecho fundamental a la salud le dice que debe considerar y aplicar en su práctica principios tales como: veracidad, igualdad, autonomía, beneficencia, mal menor, no maleficencia, totalidad, causa de doble efecto, pro-hómine, integralidad. ¿Cuáles cree usted que son los más amenazados por decisiones o prácticas indebidas de la administración?
22. ¿Usted considera que ha habido decisiones o prácticas de la administración que han afectado su ejercicio digno y profesional?
23. ¿Usted considera que ha habido decisiones o prácticas de la administración de las IPS en las que usted trabaja o trabajó, que hayan impedido que usted pudiese obrar de manera solícita (diligente, abnegada) en pro de la salud de sus pacientes?
24. ¿Considera usted que lo han llevado a cometer infracciones que son graves, gravísimas o leves?
25. ¿Cómo gestiona/trata usted el conflicto deontológico médico generado/causado por una decisión o práctica administrativa?, ¿Qué hace o

qué no hace?, ¿Cómo lo hace?, ¿A qué ha conducido eso que hizo o que no hizo?

26. ¿Puede usted dedicar el tiempo necesario al paciente para tratar de evaluar su situación de salud?
27. ¿Puede usted prescribir las ayudas diagnósticas que considera son necesarias para ayudar a establecer el diagnóstico del paciente?
28. ¿Puede usted realizar los tratamientos que los pacientes requiere y que su capacidad técnico-científica (pericia, idoneidad) le permite?
29. ¿Existen decisiones o prácticas administrativas que le hayan generado problemas a usted con pacientes, colegas, personal auxiliar, proveedores de bienes, insumos y suministros, autoridades sanitarias del país?
30. ¿Ha enfrentado usted alguna demanda o proceso ético disciplinario o jurídico como consecuencias de decisiones o prácticas de la administración de IPS/EPS?
31. ¿Considera que su práctica profesional actual es humanizada o deshumanizada? Explique razones y/o causas de ello.
32. ¿Se han tomado decisiones tendientes a constreñirle, limitarle a usted o a un colega sus deberes y competencias en el acto médico?
33. ¿Usted tiene administrativamente la posibilidad de dar continuidad a los tratamientos de sus pacientes?
34. ¿En los grupos primarios de trabajo permiten que se graben o se realicen actas fidedignas que recojan de forma transparente las decisiones o directrices de la administración en relación con el ejercicio profesional del cuerpo médico?
35. ¿Conoce usted el Código de Ética y buen gobierno de su institución?, ¿Se han implementado los procesos o procedimientos de este para solucionar posibles conflictos deontológicos médicos a causa de decisiones o prácticas administrativas?
36. ¿Cómo influyen las decisiones y prácticas de la administración generadoras de conflictos deontológicos con los médicos el clima organizacional? Explique.
37. ¿Ha pensado usted en renunciar o lo ha hecho debido a decisiones y prácticas de la administración generadoras de conflictos deontológicos? Explique.

38. ¿De qué manera los administradores de la IPS/EPS con las que usted tiene contacto en razón de su ejercicio cotidiano de la medicina han abordado este tipo de conflictos con usted u otros colegas? Lo abordan, no lo abordan, propician negociaciones o diálogos, concilian intereses contrapuestos, se muestran comprensivos frente a los cuestionamientos, problemas o dilemas éticos de ustedes como médicos, realizan acciones de persecución frente a quien se queja, despiden...
39. ¿La formación ética, jurídica recibida en la Universidad ha sido suficiente y pertinente para usted tratar, manejar, gestionar, resolver los conflictos deontológicos suscitados por decisiones o prácticas administrativas?
40. ¿Quisiera usted realizar algún comentario, reflexión, observación aclaración frente a lo conversado en este (estos) encuentros?

FORMATO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Esta entrevista tiene por objetivo determinar la percepción que tienen los administradores de instituciones prestadoras de servicios de salud sobre los conflictos deontológicos médicos generados por las decisiones y prácticas administrativas.

Le agradezco que haya aceptado la invitación para conversar conmigo acerca de su experiencia y apreciación con respecto a los conflictos deontológicos médicos. Esta información es recogida para llevar a cabo la investigación “¿Cómo resuelven los médicos -en su práctica profesional- los conflictos deontológicos generados por las decisiones y prácticas administrativas institucionales Medellín 2018?” así que todas las ideas que nos pueda aportar al tema serán muy valiosas para esta investigación.

Si usted lo autoriza nos gustaría grabar la entrevista, pues todo lo que diga es muy importante y no quisiéramos que, en el intento de tomar notas, no pudiéramos escuchar y escribir todos sus aportes. No obstante, si no consiente el ser grabado, le agradeceríamos nos permitiese tomar nota.

La información que se tratará en esta entrevista es confidencial, quedará registrada con un código para poder almacenarla y diferenciarlas de otras, pero por ningún motivo será mencionado su nombre ni el de la institución de la que hace parte. Es importante que sepa que en cualquier momento de la entrevista usted la puede interrumpir, y que no está obligado a responder todas las preguntas, pues este es un acuerdo voluntario.

Si está de acuerdo con la manera como se realizará la entrevista comencemos.

Fecha: Día: _____ Mes _____ Año _____

CUESTIONARIO

1. ¿Cuál es la Institución en la que labora y su naturaleza?
2. ¿Cuánto tiempo lleva laborando en esta institución?

3. ¿Considera que los Médicos que laboran en la institución actúan de manera autónoma a la hora de tratar a sus pacientes?
4. ¿Tiene usted conocimiento de los deberes y derechos de los médicos en ejercicio profesional? Explique.
5. ¿Considera usted que el modelo de aseguramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza las condiciones necesarias para que los médicos en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud puedan obrar conforme a su código de ética médica?
6. ¿Considera que las decisiones administrativas de esta institución causar conflicto de carácter deontológico (ética profesional) con los médicos en su ejercicio cotidiano? Explique.
7. ¿Conoce usted de decisiones administrativas que se hayan tomado en otras instituciones que fueran generadoras de conflicto de carácter deontológico (ética profesional) con los médicos?
8. ¿Reconoce alguna práctica administrativa –en esta institución o en otra- que pudiera ser considerada imprudente o cuestionable por cuanto pondría generar conflictos deontológicos en los médicos en ejercicio?
9. En caso de conflictos de tipo deontológico de los médicos con la administración, ¿Cómo los médicos han tratado estas situaciones?
10. ¿Cómo han abordado este tipo de conflictos quienes representan a la administración en la institución?
11. ¿Qué implicaciones tiene para la organización que existan conflictos derivados de que se afecte a deontología médica?
12. ¿Cree usted que en su labor de administrador puede ayudar a reducir o resolver este tipo de conflictos?
13. ¿Qué utilidad tiene el código de ética y buen gobierno de la institución?



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Héctor Abad Gómez

21030002 - 00224 – 2019

Comité de Ética de la Investigación
Centro de Investigación
Facultad Nacional de Salud Pública

Certificación

El Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública, en la sesión 215 del 09 de agosto de 2019, revisó y avaló el proyecto ***Conflicto deontológico médico frente a las decisiones y prácticas administrativas institucionales, Medellín 2019.***

El comité da aval al proyecto en la categoría de riesgo mínimo según la Resolución 8430 del Ministerio de Salud.

El proyecto de investigación cuenta con consentimiento informado según lo establecido en los artículos 15 y 16 de la Resolución 8430 de 1993.

Dado en Medellín, el 27 de agosto de 2019.


MARGARITA MONTOYA MONTOYA
Presidente

Proyectó: Jhon Smith Arenas– Asistente Administrativo CEI
Teléfono: 219 68 37
Correo electrónico: eticasaludpublica@udea.edu.co