

▶ 108  
Bioética

ETHICAL CONFLICTS  
PRESENTED TO DOCTORS  
IN THREE HOSPITALS IN  
BOGOTÁ, COLOMBIA

CONFLITOS ÉTICOS  
APRESENTADOS AOS  
MÉDICOS DE TRÊS CENTROS  
HOSPITALARES DE BOGOTÁ,  
COLÔMBIA

▶ Gloria Lucía Arango Bayer\*

# Conflictos éticos que se presentan a médicos de tres centros hospitalarios de Bogotá, Colombia

▶ Fecha de recepción: julio 24 de 2014

▶ Fecha de evaluación: septiembre 16 de 2014

▶ Fecha de aceptación: octubre 14 de 2014

\* Enfermera, magister en Administración en Salud y doctora en Bioética. Profesora asociada de la Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: glarangob@unal.edu.co. Bogotá, Colombia.

**RESUMEN**

La transformación del sistema de salud colombiano a partir de la Ley 100/1993 planteó nuevos conflictos éticos a los médicos. Como parte de una tesis doctoral cuyo objetivo general era comprender las tensiones que emergen entre los tipos de clima ético organizacional y los conflictos éticos que se presentan a médicos y enfermeros en tres instituciones prestadoras de salud (IPS) de Bogotá, se propuso identificar y describir los conflictos éticos que se presentan a los médicos y la manera como los resuelven, para que fuera posible indagar si desde los comités de ética pueden resolverse estos conflictos, como ha sido sugerido por algunos bioeticistas. Para ello se realizaron 23 entrevistas a médicos que laboraban en tres centros hospitalarios con servicios de alta complejidad de Bogotá: uno público, uno privado y uno de un régimen especial. Los resultados sugieren la presencia de conflictos de interés, por una parte, y conflictos de obligación que se expresan como dilemas éticos y angustia moral, por otra. Con base en ello, se formulan recomendaciones para la formación profesional, la investigación y los comités de ética hospitalarios.

**Palabras clave**

Conflicto ético, dilema ético, angustia moral, bioética, ética médica.

**SUMMARY**

The transformation of the Colombian health system from the 100/1993 law raised new ethical conflicts to physicians. As a part of a doctorate thesis oriented to understand emerging tensions among ethical climate and ethical conflicts faced by physicians and nurses in three hospitals located in Bogota, it was proposed to identify and describe the ethical conflicts presented to physicians and the way they are faced. In order to achieve this goal, 23 interviews were carried out with physicians who worked in three hospitals located in Bogota: one private, one public and one with a special regime. The results suggest the presence of interest conflicts on the one hand, and commitment conflicts expressed as ethical dilemmas and moral distress on the other. Based on these results, recommendations to physicians education, research and committees of ethics are suggested.

**Keywords**

Ethical conflicts, ethical dilemma, moral distress, bioethics, and medicine ethics.

109

**RESUMO**

A transformação do sistema de saúde colombiano a partir da Lei 100/1993 levantou novos conflitos éticos para os médicos. Como parte de uma tese de doutorado cujo objetivo geral foi compreender as tensões que surgem entre os tipos de clima ético organizacional e os conflitos éticos apresentados aos médicos e enfermeiros em três instituições de saúde (IPS) em Bogotá, propôs-se a identificar e descrever os conflitos éticos apresentados aos médicos e como eles os resolvem, para que seja possível pesquisar si a partir dos comitês de ética esses conflitos podem se resolver, como foi sugerido por alguns bioeticistas. Para isso foram realizadas 23 entrevistas com médicos que trabalhavam em três centros hospitalares com serviços de alta complexidade de Bogotá: um público, um privado e um de regime especial. Os resultados sugerem da presença de conflitos de interesses, por um lado, e conflitos de obrigação que são expressos como dilemas éticos e sofrimento moral, do outro lado. Com base nisso, são formuladas recomendações para a formação profissional, a investigação e os comitês de ética hospitalares.

**Palavras-Chave**

Conflicto ético, dilema ético, sofrimento moral, bioética, ética médica.

## INTRODUCCIÓN

A partir de 1993, mediante la promulgación de la Ley 100, el sistema de salud colombiano se transformó significativamente, ya que antes de dicha ley, dicho sistema adolecía de importantes problemas de cobertura, acceso, eficiencia y calidad. La respuesta a estas dificultades fue el diseño de un sistema de salud basado en el modelo de pluralismo estructurado gestado por Juan Luis Londoño y Julio Frenk. El nuevo modelo incorporó la figura de los aseguradores y la noción de los hospitales y centros de atención en salud como empresas. El sistema se insertó en un escenario de mercado.

Esta reforma planteó nuevos retos a los médicos y, probablemente, también trajo consigo inéditos conflictos éticos que han sido poco explorados, pero que podrían estar afectando el desempeño, la motivación y la integridad de los profesionales de la salud. Por una parte, el lenguaje empresarial se ha incorporado a las organizaciones hospitalarias, colisionando con el lenguaje de los profesionales de salud, con fuertes raíces humanísticas. Adicionalmente, las restricciones en el acceso, como la inducción de la demanda a ciertos procedimientos e intervenciones han generado desconfianza en el público

sobre los intereses que se ocultan tras la negación o autorización de procedimientos, al igual que en los profesionales, cuyo juicio clínico se ve ahora enfrentado a las imposiciones de las organizaciones, que buscan reducir costos y la variabilidad de los procesos para mejorar la calidad. Así, la presencia de terceros (de las organizaciones) en la provisión de la atención en salud genera dificultades en la relación del médico con su paciente y con la propia organización en su condición de empleado.

Para algunos autores, este tipo de conflictos deben ser manejados en el interior de los comités de ética hospitalaria. A estos conflictos se han referido Winkler y Gruen (2005), quienes consideran que si en la ética clínica se trabaja con base en los principios propuestos por Bauchamp y Childress como valores y obligaciones morales de los médicos con sus pacientes, hay una serie de principios que deben representar los valores intrínsecos de las organizaciones y apoyar la solución de los problemas que estas encaran. Su propuesta, que incluye valores y principios para cada una de las partes interesadas en la organización, se presenta en la tabla 1.

De esta manera, hay una nueva serie de conflictos en el interior de las organizaciones que influyen en la dinámica organizacional, algunos de los cuales encaran directamente los médicos. Por esa razón, en el marco

**Tabla 1.** Valores intrínsecos de las organizaciones de salud.

	PACIENTES	EMPLEADOS	COMUNIDAD	RECURSOS
<b>Principio normativo</b>	Proveer cuidado con compasión	Tratar a los empleados con respeto	Actuar con espíritu público	Gastar los recursos razonablemente
<b>Rol</b>	Cuidador	Empleador	Ciudadano	Gerente
<b>Partes interesadas</b>	Pacientes	Empleados	Comunidad	Pacientes, inversionistas, aseguradores, y el público
<b>Valores</b>	Competencia – Compasión - Confianza - Toma de decisiones compartida	Imparcialidad – empoderamiento -participación	El bien común- el beneficio de la comunidad	Calidad – equidad- eficiencia - sostenibilidad
<b>Campo de la ética</b>	Ética clínica	Ética de los negocios Ética laboral	Ética política	Ética de los negocios Ética política Justicia distributiva

Fuente: Winkler y Gruen (2005)

del desarrollo de una tesis doctoral para optar al título de Bioeticista, cuyo objetivo general era comprender las tensiones que emergen entre los tipos de clima ético organizacional y los conflictos éticos que se presentan a médicos y enfermeros en tres instituciones prestadoras de salud (IPS) de Bogotá, se propuso un objetivo específico orientado a identificar y describir los conflictos éticos que se presentan a médicos en este nuevo escenario y la manera como los resuelven.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se ejecutó un estudio cualitativo que se soporta en la teoría fundamentada, como el método sistemático para construir un análisis teórico de los datos cuyo producto es un análisis teórico completo. Este método utiliza estrategias flexibles para estudiar procesos sociales y psicológicos, orientar la recolección de datos, manejar el análisis de datos y desarrollar y comprobar un marco teórico abstracto que explique el proceso estudiado. En el caso de este proyecto particular uno de los procesos de estudio fueron los conflictos éticos.

Para identificar y describir los conflictos éticos que se presentan a los médicos, se realizaron 23 entrevistas en profundidad a igual número de profesionales que laboraban en tres centros hospitalarios de Bogotá: uno público, uno privado y uno perteneciente a las Fuerzas Militares y a la Policía. El análisis de datos se hizo conforme a lo propuesto por Charmaz (2010) en la aplicación de la teoría fundamentada. Se hizo entonces codificación abierta, axial y selectiva.

Para la realización de las entrevistas en profundidad se contó con la autorización de las instituciones hospitalarias, así como con la aprobación de sus comités de ética y del comité de ética de la universidad en la cual se elaboró la tesis doctoral. El proceso de consentimiento informado y las entrevistas se efectuaron en sitios que protegieron la privacidad. Se garantizó el anonimato de quienes respondieron la entrevista y la confidencialidad de los datos; para ello se utilizaron códigos para las entrevistas y se guardó la información escrita y electrónica en lugares a los cuales solo tenía acceso el investigador. Así, los médicos se identificaron con la abreviatura MED y un número, y las instituciones con la letra I, siendo la institución pública I1 la del régimen especial I2 y la privada I3. Los resultados de la investigación se enviaron por correo electrónico individual a cada uno de los participantes y

Para identificar y describir los conflictos éticos que se presentan a los médicos, se realizaron 23 entrevistas en profundidad a igual número de profesionales que laboraban en tres centros hospitalarios de Bogotá: uno público, uno privado y uno perteneciente a las Fuerzas Militares y a la Policía. El análisis de datos se hizo conforme a lo propuesto por Charmaz (2010) en la aplicación de la teoría fundamentada.

se socializaron en cada una de las tres entidades objeto de estudio. El análisis de datos se hizo con base en la propuesta de la teoría fundamentada. La escritura de memos permitió mantener el enfoque en los procesos, como lo sugiere Charmaz (2010), puesto que se pudo identificar bajo qué condiciones se desarrollan los procesos de clima ético y los conflictos éticos, lo que pensaban, sentían y cómo actuaban los profesionales involucrados, así como las consecuencias de ambos procesos.

Se tomó la propuesta de codificación planteada por Strauss y Corbin (2002), que sugieren que este proceso se desarrolla en tres fases:

La codificación abierta: “proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades <sup>(1)</sup> y dimensiones <sup>(2)</sup> (Strauss y Corbin, 2002). Posteriormente se hizo la codificación axial (se denomina axial porque la codificación ocurre alrededor del eje de una categoría, y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones. Sin embargo, esta codificación se hizo planteando simplemente categorías y subcategorías sin trabajar con esquemas preelaborados, como lo sugiere Charmaz (2010). Finalmente se hizo el proceso de codificación selectiva, para lograr la integración y refinación de la teoría (Strauss y Corbin, 2002). La codificación se hizo manualmente.

## RESULTADOS

Los conflictos éticos que sobrevienen a los médicos se asocian con cuatro cuestiones: el aseguramiento de los pacientes, las altas cargas de trabajo, los

generados por los vínculos de poder y los dados por la condición de cliente de quien recibe los servicios, que incluyen los conflictos de interés.

## CONFLICTOS RELACIONADOS CON EL ASEGURAMIENTO

Este tipo de conflicto se presenta a los médicos cuando el seguro de un paciente no cubre un procedimiento o medicamento que, de proporcionarse, sería glosado por la compañía aseguradora. Se habla de glosa cuando el asegurador devuelve a la institución hospitalaria la factura de cobro, alegando que no le corresponde hacer el pago del procedimiento o intervención facturado. En esta situación, atendiendo al principio de eficiencia, los médicos optan por alguna de las siguientes alternativas: remitir al paciente, esperar, o preguntarle al paciente o a su familia si pueden costear el medicamento o el procedimiento que se requiere. “[...] todos los días nosotros tenemos una entrega de turno y miramos cuáles son los pacientes que tienen más estancias, y miramos a ver qué podemos hacer. Si tú miras, el 80, 90 % es porque la EPS no autoriza, es porque no sé qué, y el otro diez sí puede ser culpa de nosotros” (MED711). “Otras veces miro a ver si de pronto a veces tienen la, la posibilidad pues de [...] para ver ellos mismos, conseguir el medicamento. A veces realmente infortunadamente uno quisiera dar mucho más, pero el sistema no lo permite” (MED511).

Cuando en esta situación se atiende al principio de abogacía, los médicos exageran la condición del paciente para que les aprueben el procedimiento o medicamento, informan a los pacientes de sus derechos

Los conflictos éticos que sobrevienen a los médicos se asocian con cuatro cuestiones: el aseguramiento de los pacientes, las altas cargas de trabajo, los generados por los vínculos de poder y los dados por la condición de cliente de quien recibe los servicios, que incluyen los conflictos de interés.

o refuerzan científicamente el argumento clínico para que el asegurador haga la autorización pertinente. “A veces les aconsejo [a los pacientes]: ‘vaya al personal del pueblo a ver si le puede ayudar con un derecho de petición para poder sacar esto adelante o en últimas ponga una tutela’” (MED511). “A nosotros también nos ha tocado entre comillas inventar, pero no inventar para decir que el paciente está perfecto, sino, al contrario, para ponérsela más grave a la EPS de tal manera que nos den, nos autoricen, nos manden los medicamentos, bueno, muchas cosas” (MED711).

Cuando se atiende al principio de beneficencia se opta por ejecutar una intervención alternativa menos óptima o por hacer la intervención y luego responder la glosa. “[...] oportunidades en las cuales le hemos hecho el tratamiento al paciente sin que hubiera sido lo mejor disponible en el mundo; lo deseable [...] Las restricciones las impone el sistema, no la institución” (MED313). “Lo que hacemos es meternos en la certificación de la justificación, en la justificación que no es una sino muchas, hasta que el auditor como que se sintoniza con nosotros [...]” (MED213).

Estas situaciones generan sentimientos negativos como frustración y rabia, o bien conducen a la aceptación de que son inevitables. “Impotencia, impotencia porque realmente uno las armas que tiene a la mano son muy pocas contra todo el gran monstruo que es el sistema, el sistema de salud”. (MED511).

Esto afecta los resultados del paciente, deteriora la relación médico-paciente y desgasta al profesional de la salud. “Fulana de tal que es la auditora de tal EPS que no aparece. Ella es la que autoriza y la fulana viene aquí martes, pues en la mañana; tú nunca la encuentras y la llamas en la mañana y no contesta. Es desgastante” (MED913).

En el caso de esta primera situación que genera conflicto, cuando el seguro del paciente no cubre un procedimiento, las alternativas de manejo son muy variadas; algunas de ellas han sido referidas por otros autores como formas de resistencia (de enfermeras específicamente) para garantizar que, en la práctica, los valores morales se hagan efectivos (Penticuff y Walden, 2000; Redman y Fry, 2000). Documentarse (Lützen y Schreiber, 1998), dar información y educar a los pacientes y a sus familiares son algunas de ellas. Estas prácticas — que al igual que reportar solamente parte de la verdad a las aseguradoras, pretenden proporcionar un cuidado

adecuado a los pacientes— se confrontan con aquellas en las que los médicos estiman que es necesario ajustarse a las directrices organizacionales, por encima de las consideraciones que se vinculan con el paciente (Ulrich, Soeken y Miller, 2003).

La exageración de la condición del paciente como otra de las opciones tomadas por los médicos es una alternativa de solución de este tipo de conflictos en otros estudios, uno de los cuales reportó que el 26% de los galenos exageraba la condición de los pacientes para obtener el procedimiento o medicamento que conceptuaban era requerido para ellos. El 26% de los médicos reportó la necesidad de “jugarle al sistema”. Claramente, como lo indican Ulrich, Soeken y Miller (2003), este conflicto pone en evidencia la disputa entre la economía y la ética, que crea desconfianza en los propios profesionales de salud y en el sistema sanitario en el que están inmersos.

### CONFLICTOS ÉTICOS QUE SE ENLAZAN CON LAS ALTAS CARGAS DE TRABAJO

Este tipo de dificultades se dan ante las presiones organizacionales por atender un alto volumen de pacientes, y de esta manera se afecta la calidad de la atención y se suscitan sentimientos negativos hacia ella. El paciente y el médico se convierten en objetos.

Yo veo que ellos [los administradores] quieren que cumplas, pero no se dan cuenta de la carga que tienes. “Usted hágame, antes de esto reporte ahí, usted súbame, usted lléneme este formato, también este, haga el anexo 3, no sé qué”, ¡y si tiene 15, 20, 50 pacientes! “Ese no es mi problema; usted hágalo... Sí, pero es que no, ¡pero muévase! Es que es antes de las doce”. Entonces, ese acosar a alguien me parece injusto, porque son muchas cosas (MED711).

“Estamos haciendo es una medicina de guerra o de *triage*. ¿Sí me entiendes? Una priorización [...] Una priorización a toda para que no se muera... por la falta de tiempo, por la crisis tan tremenda que tú tienes que ver en quince minutos a un paciente [...]” (MED512).

En lo que respecta al conflicto que producen las altas cargas de trabajo, esta clase de conflictos ha sido documentada en la literatura principalmente para la profesión de enfermería (Gaudine y Beaton, 2002; Rodney



Los conflictos que ocasionan las exigencias y solicitudes desmedidas de pacientes y familiares resultan preocupantes porque, de acuerdo con lo que señalan los médicos, se está permitiendo el maltrato de los pacientes a los profesionales, un asunto que deja claro que las regulaciones y políticas de los hospitales son insuficientes para desalentar a los abusadores.

y Varcoe, 2001). Aunque no se encontró en la literatura el abordaje de estas situaciones como generadoras de conflictos a los médicos, se halló que la sensación de sobrecarga de trabajo y de urgencia revelan poco control sobre la actividad médica, lo cual origina en los profesionales el síndrome de quemarse por la labor, insatisfacción en el trabajo (Kaur, Sharma, Talwar, Verma, Singh, 2009) y problemas de salud mental como estrés y depresión (Tyssen y Vaglum, 2002).

Lo anterior corresponde a lo que Jameton (1984) (citado por Coirley, Minick, Elswicky Jacobs, 2005) denomina angustia moral, es decir, el profesional sabe cómo debe actuar pero le es imposible hacerlo. Es ese sentimiento de angustia que se vive por tiempo prolongado después de que ocurre la situación, en el que los profesionales advierten arrepentimiento o creen que traicionaron sus propios valores o que se comportaron "antiéticamente".

#### CONFLICTOS GENERADOS POR LAS RELACIONES DE PODER

Estos conflictos surgen cuando las organizaciones transmiten al médico la señal de que consideraciones distintas a la condición de salud obligan a atender mejor y más rápidamente a unos pacientes con respecto a otros. Esto provoca sentimientos de injusticia en los profesionales, que perciben que la organización atenta contra sus principios profesionales y les exige tolerar eso. Además hay un rechazo a los llamados "recomendados".

Volvemos nuevamente a lo político. Porque es recomendado de no "sé quicito" entonces ese paciente se pasa todos los sistemas de referencia y contrarreferencia y toca que entre ya. Eso me parece injusto cuando hay otro paciente que como no tiene los mismos recursos, no tiene la misma influencia, ese sí tiene que esperar aunque tenga mayor severidad (MED511).

Cuando estas circunstancias se manifiestan, algunos médicos eligen hacer caso omiso a la orden.

Influir en incapacidades, en atender a alguien antes que a otro, inclusive en buscar darle cobertura a alguien que puede no tenerla porque es familiar de alguien. Transpira entre los médicos un sentimiento de que no les gusta eso y uno siente un rechazo hacia quienes tienen rango por ese aspecto específico (MED312).

Atender a los pacientes según la orden del superior y no con base en su condición clínica es una circunstancia que conduce a un conflicto documentado específicamente para enfermería por Fry y colaboradores (Fry, Harvey, Hurley y Foley, 2002) en enfermeras militares a quienes se les da la instrucción de no tratar a los civiles que no tengan problemas que amenacen su vida, o qué ocurre cuando no son capaces de atender las necesidades de los pacientes por la falta de recursos, o cuando sus tratamientos se comprometen por el comportamiento de otros miembros del equipo o por la carencia de personal. Mientras que las opciones para manejar el conflicto adoptadas por los entrevistados fueron básicamente desobedecer la orden, en su estudio Fry et al. (2002) encontraron que para superar las barreras que imponía la autoridad, se consultaba a un par con rango militar, se acudía a un superior con mayor jerarquía, o se abogaba con fuerza por el mejor cuidado para el paciente

### CONFLICTOS POR LA CONDICIÓN DE CLIENTE DE QUIEN RECIBE LOS SERVICIOS

Estas situaciones aparecen cuando los pacientes tienen desmedidas exigencias de atención, y se entienden como una forma de maltrato que lesiona moralmente a los profesionales.

Si a mí me maltratan yo en algunos casos yo he pedido que venga otro colega... uno trata de ser afectuoso, de explicarles, pero hay personas que son realmente pasadas con uno. Entonces si después de dos o tres encuentros persisten maltratándote, yo no sirvo para entrar en conflicto y ponerme a discutir, a pelear o a maltratar también (MED212).

"El maltrato a veces lo quieren permitir y por eso ha renunciado gente acá, porque creen que como [el paciente o su familiar] tienen veinte estrellas pueden trapear a todo el mundo como cualquier personal de bajo rango (MED612)". Los conflictos que ocasionan las exigencias y solicitudes desmedidas de pacientes y familiares resultan preocupantes porque, de acuerdo con lo que señalan los médicos, se está permitiendo el maltrato de los pacientes a los profesionales, un asunto que deja claro que las regulaciones y políticas de los hospitales son insuficientes para desalentar a los abusadores (Celik, Celik, Agirbas y Ugurluoglu, 2007).

### CONFLICTOS DE INTERÉS

Aunque la pregunta que se formuló para tener información acerca de conflictos éticos que se presentaban a los médicos se orientó a identificar las coyunturas en las que sus valores se veían comprometidos, al responder a este interrogante se hizo referencia a los conflictos de interés propios o de otros colegas, como se evidencia en las siguientes declaraciones.

[...] es muy hartito que uno haga algo que para un pagador vale 150.000 pesos por decir algo, y para otro exactamente el mismo procedimiento cueste quince mil [pesos]. Eso hace que a veces sea muy desgastante, muy desmotivante venir una noche un domingo a urgencias para atender un paciente que a veces son bien complicados, te quitan una hora, dos horas de tu tiempo mientras tú puedes resolver el problema de salud y te vas para tu casa habiéndote ganado quince mil pesos. Es muy, muy, muy, muy desagradable (MED113). (cierra cita)

[...] cuando son pacientes que son particulares o pacientes que son de buenos pagadores, esos sí de una vez se hospitalizan, se suben a piso, les ofrecen las mejores condiciones. Lo que están buscando es que el cliente regrese. Pero los pacientes de régimen subsidiado muchas veces nivel uno, que no tienen nada con qué pagar, esos pacientes pueden quedarse en urgencias de observación varios días hasta que les consigan la cama. Eso realmente sucede [...] (MED111).

Y un paciente se puede demorar dos horas en urgencias esperando los resultados de los exámenes o que vaya un especialista a verlo. Y llega alguien de alto rango y a las dos horas está decidido si se tiene que operar, se tiene que hospitalizar, se tiene que remitir, lo que sea (MED312).

La principal preocupación de los médicos en este sentido son las rivalidades y la competencia que se produce, que para algunos es falta de "colegaje". "Es el médico tratante es solo él... también genera muchas dificultades de celos profesionales" (MED113). "Yo he visto algunas especialidades donde el grupo grande maneja los ingresos y tiene contratados especialistas más chiquitos a sueldo fijo, y esos chinos son los que más trabajan y los que menos ganan. Y los viejos ganan más [...] (MED613)".



Por ejemplo, x persona hace un tipo de cirugía y no permite que nadie más haga esa cirugía, "porque ese es un nicho que yo tengo de mercado". Que nadie más la aprenda. "Así Pepito y Juanito la sepan hacer, yo no dejo que alguien más la haga. Solamente yo, porque yo soy el que hace esa cirugía aquí en esta organización" (MED313).

Lo que yo hago es plata que yo recibo. Por ejemplo si el paciente me representa una cirugía, yo prefiero no compartir el paciente con nadie, entonces el internista quiere hacer lo suyo, que nadie se le meta en su campo. El cirujano quiere operar al paciente y si el paciente tiene digamos una complicación él mismo la resuelve, pero no llama a ningún otro especialista, sino quiere tener como el control del paciente todo el tiempo. Yo pensaría que [...] He notado eso, quizás, algunos médicos por querer tener su paciente particular dentro de su dominio no hacen como las interconsultas a tiempo. ¿Pero qué interés hay detrás de todo eso? Económico, pienso yo (MED813).

El conflicto de interés que surge cuando los médicos atienden a los pacientes según su capacidad de pago o el seguro que tengan resulta revelador para los diseñadores de políticas por cuanto "los incentivos perversos alteran el comportamiento de los médicos hacia el autointerés a expensas de los pacientes, aun donde la ética profesional dicta otra cosa" (Hsiao, 2008). "[Las] nuevas e ilimitadas oportunidades para hospitales y médicos de obtener más altos ingresos han causado que los objetivos financieros triunfen sobre la responsabilidad profesional y la ética para la mayoría de los médicos" (Blumenthal, Hsiao, 2005). Pero, ¿cuánto de ese "triumfo" se observó en esta investigación? El alcance del problema se evidencia en que los médicos expresan que hay incentivos para la prestación de la atención que pueden acarrear inequidades e inducción de la demanda. Además, como se sabe, el pago por servicio puede fomentar que el profesional preste más servicios al paciente y conduzca con ello a intervenciones innecesarias que traen consigo costos y riesgos significativos (Robertson, Rose y Kesselheim, 2012).

## DISCUSIÓN

Los conflictos a los cuales se enfrentan los médicos en las instituciones hospitalarias estudiadas superan aquellos que por tradición se ligan con la bioética clínica. Se trata de dos formas de conflicto que tienen que ver con la relación de los profesionales con la organización, relación que afecta también la que el médico establece con su paciente. Estas dos formas de conflictos son el conflicto de obligación y el de interés. En el primer caso, el profesional se obliga a dar respuesta a las necesidades del paciente y al mismo tiempo de la entidad, de manera que atender un compromiso significa desatender el otro. La lealtad con la organización se expresa buscando la contención de costos y el aumento de la eficiencia; así, resulta más importante el bienestar de la institución que las necesidades del cliente. La lealtad con el cliente, por su parte, implica para el médico, procurar atender los requerimientos de los pacientes participando con ellos en la formulación de un plan. En este caso, prestar un servicio con calidad está por encima de las consideraciones financieras (Galambos, 1999). El segundo, el conflicto de interés, resulta problemático si viola los deberes fiduciarios de quien proporciona la atención en salud o si contribuye a la pérdida de confianza en los profesionales y en el sistema de salud. Estos además pueden impactar negativamente los resultados médicos del paciente y los costos de la atención sanitaria, por cuanto pueden conducir a sesgos en las decisiones del profesional (Robertson et al., 2012).

Las formas como se expresan estos conflictos pueden corresponder a aquellas presentadas por Jameton (2005), quien indica que el conflicto moral se experimenta de tres maneras:

*La incertidumbre moral*, que se presenta cuando no se está seguro de qué valores o principios morales aplican a una situación. Se expresa por la sensación de que algo no anda bien, pero puede ocurrir que la persona se mantenga en silencio, puesto que considera que se vería como tonta si preguntara al respecto (Hamric, Davis, Childress, 2006).

*El dilema moral*, en el cual dos o más principios morales aplican, pero apoyan cursos de acción mutuamente inconsistentes (Jameton, 2005).

*La angustia moral*, que se presenta cuando se sabe qué se debe hacer pero hay restricciones para que sea posible llevar a cabo ese curso de acción correcto (Jameton, 2005).

La tabla 2 resume las situaciones que conducen a conflictos éticos en los médicos, el tipo de conflicto que se evidencia y la forma como se expresa, según Jameton (2005).

Pero, ¿de dónde resultan estos conflictos? Parece ser el resultado de la tensión entre egoísmo y altruismo. Habiéndose hecho tanto énfasis en el principialismo en la enseñanza de la bioética se esperaba encontrar reiteradamente la presencia de conflictos entre los cuatro principios planteados por Beauchamp y Childress que han liderado las decisiones clínicas. Sin embargo, este tipo de conflictos no hizo parte de los relatos de los médicos; probablemente ello no signifique que no se presenten, pero está claro que lo que agobia a los profesionales son básicamente conflictos de lealtades o de agencia y conflictos de interés que se expresan en algunos casos como dilemas éticos y en otros como angustia moral.

Mientras que los profesionales atienden a principios y valores de la ética profesional, de la bioética o de ética cívica, la organización les demanda eficiencia, obediencia y lealtad pasiva. La tensión entre estos "criterios éticos", usando el término de Victor y Cullen (1987), los conduce a los conflictos. Pero hay otros conflictos, como ya se mencionó, que obstruyen el juicio clínico del profesional. En el caso de los médicos, el conflicto se da entre justicia y el beneficio personal, fundamentalmente por los

incentivos perversos como se constituyen las diferencias en las "tarifas" que se les paga por la atención de los pacientes según el asegurador que tengan o la propia capacidad de pago de la persona, cuando se trata de pagos directos por fuera de los seguros.

Pero estos principios en conflicto dejan en claro una realidad más profunda: se expresa en ellos la resistencia de los profesionales a actuar a partir del interés por encima de los valores. El lenguaje de las profesiones de la salud es claramente un lenguaje altruista, es un lenguaje del reconocimiento del otro que necesita ayuda. La palabra paciente procede, según Plastow (2010), del latín *patiens*, participio presente del verbo *patior* que significa sufrir o resistir. Es el sufrimiento lo que, en palabras de este autor, conduce a los pacientes a consultar a los médicos. Para este autor, renombrar de otra forma a los pacientes es eliminar la dimensión de su sufrimiento. El término "compasión", tan diversamente comprendido, en cualquier caso reconoce un otro, un otro que necesita ayuda. Finalmente, como dice Drane, "[e]n medicina, las otras personas importan de una manera especial, más profunda. Sin preocupación ni compasión, la medicina no puede ser humana" (2000). Este es un legado histórico de la medicina y de las profesiones de la salud que aún fundamenta su enseñanza.

**Tabla 2.** Situaciones que conducen a conflictos éticos en los médicos.

SITUACIÓN	PRINCIPIOS EN CONFLICTO	TIPO DE CONFLICTO	FORMA COMO SE EXPRESA EL CONFLICTO SEGÚN JAMETON
El seguro del paciente no cubre un procedimiento o medicamento que, de prestarse, se glosa	Eficiencia vs. abogacía o beneficencia	De obligación	Dilema ético
Alto número de pacientes por atender	Eficiencia vs. beneficencia	De obligación	Angustia moral
Atender a los pacientes según la orden del superior y no con base en su condición clínica	Obediencia vs. justicia	De obligación	Dilema ético, angustia moral
Exigencias y solicitudes desmedidas de pacientes y familiares	Lealtad a la institución vs. integridad profesional	De obligación	Dilema ético
Atención de los pacientes según el seguro que tengan	Justicia vs. beneficio personal	De interés	

Fuente: elaboración propia

Por otra parte, algunos de los conflictos se relacionan directamente con la obediencia a la jerarquía. Así, mantener estructuras altamente jerarquizadas favorece una dinámica organizacional de alto control sobre el trabajador.

Pero hay un conflicto aún más profundo: el conflicto entre el rol laboral y el rol profesional, que se manifiesta cuando en el primero el profesional percibe que se le pide identificar a la persona que recibe su atención como un cliente, un consumidor o un sujeto que tiene unos derechos en salud que el profesional está obligado a proporcionarle, cuando el segundo rol, el profesional, le demanda reconocer a un otro que pide ayuda y volcarse a su servicio por encima de cualquier otro interés. Este conflicto conduce al desajuste persona-organización con consecuencias negativas sobre el empleado, el paciente y la organización.

Timmermans y Oh (2010) explican esta tensión. En una primera lógica, una característica que distingue las profesiones de otras ocupaciones es un contrato social implícito entre la profesión y el Estado; se espera que la profesión se concentre en las necesidades de sus clientes usando el conocimiento científicamente válido, mientras el Estado se encarga de proteger a esa profesión contra los competidores exigiendo la licencia para el ejercicio profesional.

Sin embargo, entendida bajo una segunda lógica como una ocupación burocrática, la profesión entonces pierde control sobre su propio trabajo y el profesional se convierte en un técnico. En una tercera lógica, cuando se expone al profesional a la competencia abierta del mercado, cabe esperar que sus decisiones se conduzcan por la búsqueda de la maximización del beneficio contra los competidores. Así, la preocupación acerca de qué lógica han de operar conduce a tensiones entre la comercialización de la atención en salud y el compromiso colectivo de cuidar o, en otras palabras, entre el autointerés y el altruismo colectivo de actuar por los mejores intereses del paciente.

## CONCLUSIONES

Si bien por el alcance de esta investigación, de carácter cualitativo, no es posible hacer generalización alguna, los resultados plantean interesantes retos para la formación, la investigación y el diseño de políticas organizacionales y, más ampliamente, para las políticas de salud.

En términos de la preparación médica, por tradición se ha fundamentado la enseñanza del ejercicio de la medicina en valores humanistas; sin embargo, los conflictos expresados por los médicos tienen que ver justamente con la contraposición que hay entre estos valores y los propios de las organizaciones, más centrados en los costos y la eficiencia y en el requerimiento de unas formas de lealtad con ellas que son contrarias a la lealtad que debe el médico a su paciente. Así, los profesores de medicina, a lo largo de la formación de sus estudiantes, tendrán que abordar estos conflictos y hacerles saber que se van a encontrar con ellos a lo largo de su vida profesional; prepararlos en este sentido reducirá los sentimientos de frustración, así como la desmotivación de los jóvenes egresados.

Es imperioso trabajar también en la investigación de los conflictos éticos que se les presentan a los médicos en estos nuevos escenarios de práctica profesional. Las propias instituciones hospitalarias tienen una importante tarea en este sentido, pues estos conflictos pueden desencadenar conductas y sentimientos que, además de lesionar al profesional, perjudican los mismos intereses de las entidades. Así, las políticas organizacionales tendrán que expresar la preocupación de los hospitales por atender a los valores humanistas que no solamente los profesionales de salud, sino la sociedad en general, esperan de estas instituciones. Su tarea será buscar articular los valores empresariales con los profesionales intentando reducir las brechas entre unos y otros, y generar dinámicas organizacionales que les posibiliten a los médicos mantener su integridad profesional.

Por supuesto, en un contexto de mercado, el diseño de las políticas de salud se permea de una dinámica empresarial y de reconocimiento de la persona como cliente, no como alguien que necesita ayuda. Estas políticas entonces guían a las organizaciones y a los médicos a pensar en los beneficios económicos por encima de las consideraciones relacionadas con el paciente.

En el intento de responder a los problemas de injusticia que el antiguo sistema de salud tenía, es posible que con el sistema salud actual se esté dando paso a una nueva forma de injusticia social, donde "vale más" la persona que cuenta con un seguro o plan que paga mejor a las organizaciones o a los médicos. Aunque algunos galenos, como se vio aquí, participan en este juego, es claro que por fortuna para los pacientes, aún con las presiones organizacionales, hay profesionales que procuran defender por sobre todo los intereses de sus pacientes.

Habrà que ver si con el tiempo las presiones del sistema y de las organizaciones terminan por someterlos a todos, por cansancio o por frustraci3n, a este juego de "cuànto tienes, cuànto vales", contrario a los principios que promulga la propia Ley de Talento Humano en Salud de Colombia y que se pretende exigir a los profesionales de salud. No puede reclamarse a ningùn profesional de salud atender a los principios de humanidad y dignidad cuando estos son desatendidos desde el propio diseo del sistema de salud.

#### NOTAS

- 1 Se entiende como propiedades "las características de una categoría, cuya delimitaci3n la define y le da significado". (Strauss y Corbin, 2002, p. 111).
- 2 Las dimensiones son "la escala en la cual varían las propiedades generales de una categoría y que le da especificaciones a la categoría y variaciones a la teorìa" (Strauss y Corbin, 2002, p. 111).

#### REFERENCIAS

- Blumenthal, D. y Hsiao, W. (2005). Privatization and its discontents. The evolving chinese healthcare system. *New England Journal of Medicine*, 353(11), 1165-1170.
- Celik, S., Celik, Y., Agirbas, I. y Ugurluoglu, Ö. (2007). Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. *International Nursing Review*, 54(4), 359-366.
- Charmaz, K. (2010). *Constructing Grounded Theory, A practical guide through Qualitative Analysis*. Washington: Sage Publications.
- Coirley, M., Minick, P., Elswick, R. K. y Jacobs, M. (2005). Nurse, moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*, 12(4), 381-390.
- Winkler, E.C. y Gruen, R. (2005). First principles: substantive ethics for healthcare organizations. *Journal of Healthcare Management*, 50(2), 109-120.
- Drane, J. (2000, mayo). El desafio de la equidad: una perspectiva. *Bioética y cuidado de la salud. Segunda reuni3n del comité asesor internacional en bioética OPS-OMS*, Panamá.
- Fry, S.T., Harvey, R.M., Hurley, A.C. y Foley, B.J. (2002). Development of a model of moral distress in military nursing. *Nursing Ethics*, 9(4), 373-387.
- Galambos, C. (1999). Resolving ethical conflicts in a managed health care environment. *Health & Social Work*, 24(3), 191-197.
- Gaudine A.P. y Beaton M.R. (2002). Employed to go against one's values: nurse managers' accounts of ethical conflict with their organizations. *Can J Nurs Res*, 34(2), 17-34.
- Hamric, A., Davis, W. y Childress, M. (2006). Moral distress in health care professionals. ¿What is it and what can we do about it?

- *The pharos*. Recuperado de <http://www.mubs.ac.ug/procdocs/Moral%20Distress/Moral%20distress%20in%20nurses.pdf>
- Hsiao, W. (2008). When incentives and professionalism collide. *Health Aff (Millwood)*, 27(4), 949-951.
- Kaur, S., Sharma, R., Talwar, R., Verma, A. y Singh, S. (2009). A study of job satisfaction and work environment perception among doctors in a tertiary hospital in Delhi. *Indian Journal of Medical Sciences*, 63(4), 139-144.
- Lützen, K. y Schreiber, R. (1998). Moral survival in a non-therapeutic environment. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(4), 303-315.
- Penticuff, J.H. y Walden, M. (2000). Influence of practice environment and nurse characteristics on perinatal nurses' responses to ethical dilemmas. *Nursing Research*, 49(2), 64-72.
- Plastow, M. (2010). The intrusion of the discourse of economics into the clinical space I: from patient to consumer. *Australasian Psychiatry*, 18(4), 298-302.
- Redman, B.K. y Fry, S.T. (2000). Nurses' ethical conflicts: what is really known about them? *Nursing Ethics*, 7(4), 360-366.
- Robertson, C, Rose, S. y Kesselheim, A. (2012). Effect of financial relationships on the behaviors of healthcare professionals: a review of the evidence. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 40(3), 452-466.
- Rodney, P. y Varcoe, C. (2001). Towards ethical inquiry in the economics evaluation of nursing practice. *Can J Nurs Res*, 33(1), 35-57.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la Investigaci3n cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Timmermans, S y Oh, H. (2010). The continued social transformation of the medical profession. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, S94-S106.
- Tyssen, R. y Vaglum, P. (2002). Mental health problems among young doctor's: an updated review of prospective studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 10(3), 154-165.
- Ulrich, C., Soeken, K.L. y Miller, N. (2003). Ethical conflict associated with managed care: views of nurse practitioners. *Nursing Research*, 52(3), 168-175.