

# **Comprensión de los criterios morales que subyacen la práctica médica de los médicos en formación del programa de Medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira.**

## **MARGARITA MARÍA CANO ECHEVERRI**

Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Docente Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira.

## **OSCAR ALONSO PINZÓN DUQUE**

Médico, Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Docente Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira.

## **MARIA ELENA RIVERA SALAZAR**

Médico, Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Docente Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira.

## **Resumen**

*En esta investigación se intentó comprender los criterios Morales que subyacen la Práctica Médica de los Médicos en Formación del Programa de Medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira. Se tomó un grupo de informantes claves (cuatro médicos en formación) con los cuales se realizó inicialmente recolección de la información a través de sociodramas, se conformaron 2 subgrupos (uno por género), luego se les dio la instrucción para que identificaran casos reales de su práctica médica donde tuvieran que tomar una decisión que ellos consideraban moral. Se realizó la entrevista semi-estructurada con los mismos participantes del socio drama, con esta información se identificaron situaciones morales, problemas morales en la práctica médica, y formas de solución (juicios) de los problemas morales. Después se interpretaron los dilemas en los contextos que afectaban las situaciones anteriores y así surgieron los criterios morales. Las situaciones más identificadas con mayores conflictos morales fueron las que implican no poder atender al paciente integralmente como lo tenían aprendido en la Universidad. Adicionalmente, los médicos en formación responden a los principios de responsabilidad, cuidado, solidaridad, servicio, respeto a los derechos fundamentales, autoprotección emocional donde el médico en formación se aísla de la problemática del paciente debido a que se presentan casos similares permanentemente, lo que le generaría crisis de índole emocional. Por último el criterio de **supervivencia profesional** es*

*producto de la necesidad de sentirse aceptado y tenido en cuenta en el sistema de salud.*

**Palabras clave:** criterios morales, práctica médica y moral médica

**Recibido para publicación:** 18-07-2005

**Aceptado para publicación:** 26-09-2005

### ***Introducción***

La práctica médica se entiende como el acto mediante el cual se relacionan dos personas: el médico que posee un conocimiento que le permite tomar una decisión frente a la dolencia (enfermedad) que aqueja a la otra persona: el paciente. *“Tanto en la práctica chamanística como en la médica se instala un tipo particular de vínculo social a partir del momento en que se encuentran el padeciente, y aquel que es autorizado a curarlo en virtud a una suposición en su saber sobre el mal que lo aqueja”*<sup>1</sup>

La práctica médica no está determinada únicamente por el conocimiento (saber) por parte del médico: *“la práctica de la medicina combina ambos aspectos: ciencia y arte”*<sup>2</sup>. El papel de la ciencia en la práctica médica es evidente por el avance tecnológico vertiginoso (la genética, la bioquímica, farmacología, etc.), y el saber identificar, manejar y *“combinar ese conocimiento científico, la intuición y el juicio, define el arte de la medicina”*<sup>3</sup>.

A través de la historia la práctica médica ha pasado por diferentes etapas<sup>4</sup>:

- **PATERNALISMO DURO:**( Siglo V A.C.- Siglo XVIII) Caracterizado por la autoridad ejercida por el médico.
- **PATERNALISMO MODERADO O JUVENIL:** (Siglo XVIII-1965) Se diferencia del anterior porque al paciente se le da información en situaciones graves.
- **ETAPA AUTONOMISTA O DEMOCRÁTICA:** (1957-80s) En esta etapa el médico proporciona la información relevante en términos técnicos, (visión de la salud basada en la evidencia) para que el paciente pueda elegir la intervención que desee ejerciendo de tal forma su autonomía (controlando la toma de decisiones médicas). En tal sentido los pacientes tienen derechos y la toma de decisiones es un proceso compartido.

---

<sup>1</sup> HOYOS, Julio E. Chamanismo y Medicina. ¿dos formas del vínculo social? *Affectio Societatis*. Revista electrónica del departamento de psicoanálisis. Universidad de Antioquia N° 5 Noviembre de 1999.

<sup>2</sup> Fauci and Longo. Harrison's. Principles of Internal Medicine. 15<sup>th</sup> Edition. Mc Graw-Hill. New York. 2001.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Emanuel E, Emanuel L. Cuatro modelos de la relación médico-paciente, en *Bioética para Clínicos*. Couceiro A. Ed. Madrid 1999.

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

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

Todo acto de la práctica médica implica un componente “técnico” y un componente “moral”: “El conocido filósofo alemán contemporáneo Hans-Georg Gadamer defiende la idea de que la medicina no es únicamente una ciencia de la salud sino también un arte de importancia hermenéutica, que requiere el ejercicio de un juicio práctico y de interpretación personal (define hermenéutica como el arte de entender lo relacionado con el carácter impredecible de la vida mental y espiritual de los seres humanos). Sostiene que debemos reconocer los límites de una aproximación puramente técnica al proceso de curación así como la importancia de una aproximación cualitativa al tratamiento médico.”<sup>5</sup>

Se definirán algunos conceptos que se manejarán en el análisis de la información:

**Situación problemática moral:** Situación dentro de la práctica médica, que el médico en formación identifica como dificultad moral, debido a que allí es donde se origina el dilema moral, a partir del cual tiene que tomar una decisión.

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

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

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

Además es pertinente discutir algunos de los teóricos que han trabajado los criterios morales como Piaget y Kohlberg, que se ubican desde una perspectiva cognitivo evolutiva en cuanto al desarrollo de los juicios morales: “Piaget creía que la moralidad es un asunto de justicia y definía la moralidad como un respeto a las reglas y como la aplicación justa de las reglas a aquellas personas que las construyen, así como a aquellas personas a quienes se aplicaban las normas”<sup>6</sup> y ratificado por Kohlberg:

<sup>5</sup> Esguerra, Roberto. Acta Médica Colombiana. Vol. 24 N° 1. Enero-Febrero de 1999. Santa fe de Bogotá Colombia

<sup>6</sup> Kohlberg, Lawrence. Psicología del desarrollo moral. Biblioteca de Psicología. Desclée de Brouwer. Bilbao 1992.

“Durante un cierto número de años me he dedicado a la investigación del desarrollo moral y psicosexual, guiado no por una teoría sino por una vía etiquetada cognitivo-evolutiva desde el principio de justicia”<sup>7</sup>. El interés principal de ambos autores fue tratar de identificar las formas del desarrollo moral, más que de tratar de definir criterios morales.

Para Kohlberg es importante el razonamiento moral y dentro de su metodología para dar cuenta de ello, utilizó **dilemas morales**, a continuación realizó una entrevista sobre dicho dilema, y luego una puntuación del aspecto para tratar de identificar el estadio moral de la persona, a través de “puntuación de la frase y puntuación de la narración”<sup>8</sup>. Es fundamental para el estudio del desarrollo moral la capacidad de argumentación. En esta investigación se tuvo en cuenta parte de la metodología y sobre todo, la identificación de dilemas a partir de la interacción social entre el médico en formación y el paciente (situaciones problemáticas morales) y la argumentación de por qué se tomaban las decisiones.

La justicia, entendida como: “*la igualdad de los derechos humanos y el respeto a la dignidad de los seres humanos como personas individuales*”<sup>9</sup> es la categoría que nos orienta para identificar el manejo de lo moral en Kohlberg.

En contraste con lo planteado por Kohlberg, Carol Gilligan<sup>10</sup> propone como orientación moral de las mujeres, el concepto de cuidado y de responsabilidad, criterios estos para tomar decisiones o emitir juicios. Gilligan pretende que se acepte la diferencia de género en cuanto al razonamiento moral, pero además que se tengan en cuenta otros criterios para dicho razonamiento como benevolencia, bienestar de los otros, solidaridad, cuidado de si mismo, responsabilidad. Es decir, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes”.<sup>11</sup>

Por la misma época Neil Noddings propone también una ética del cuidado pero distinguiendo al cuidado no como una tarea, sino como un deseo o inclinación natural<sup>12</sup>, teniendo en cuenta que esta inclinación debe ser con todas las personas y no selectiva, de tal manera que somos responsables en parte del desarrollo moral de cada persona con la que tengamos contacto<sup>13</sup>.

La necesidad de cuidado y la interacción son características compartidas con la práctica médica, como lo afirma la misma autora:...”*los pacientes contribuyen significativamente a la relación médico paciente*”<sup>14</sup>.

A diferencia de Kohlberg, Charles Taylor da prioridad al “**bien**” (forma de vida plena y deseable), sobre la justicia como criterio moral, aludiendo

---

<sup>7</sup> *Ibíd.*, Pág. 49.

<sup>8</sup> *Ibíd.*, Pág. 198

<sup>9</sup> *Ibíd.*, Pág. 189

<sup>10</sup> Gilligan, Carol. La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino. Fondo de cultura económica. México.1985.

<sup>11</sup> [http://www.encolombia.com/practica\\_profesional5.htm](http://www.encolombia.com/practica_profesional5.htm)

<sup>12</sup> Noddings, Nel. Educating moral people. Teachers College Press. New York.2003

<sup>13</sup> *Ibíd.*, Pág. 15

<sup>14</sup> *ibid*

que dichos bienes tienen jerarquía y les reconoce fuerza objetiva (los llama bienes superiores que configuran la fuente de la moral)<sup>15</sup>. Sin embargo tiene en común con los autores discutidos anteriormente el valor que le da a la tradición o cultura moral cuando afirma que “*los valores se forman en marcos socioculturales (no son intuitivos)*”<sup>16</sup>, además cuando habla de la identidad (quiénes somos y de dónde venimos), se define en forma dialógica, con los otros significativos. Para Charles Taylor la época moderna vive un atomismo valorativo ante lo cual propone como respuesta “la ética de la autenticidad, que tiene las siguientes características: creatividad, construcción, originalidad (la fuente está en lo profundo de nosotros mismos, por tanto hay que ser fiel a uno mismo, mi propia forma de ser humano), oposición a reglas de la sociedad, apertura a horizontes de significado y autodefinición en el diálogo (exigencias en tensión continua sin privilegiar alguna)”.<sup>17</sup>

En el mismo sentido Hans Jonas, plantea que es necesaria una nueva ética: “*una ética orientada al futuro, que puede ser llamada con toda propiedad ética de la responsabilidad*”<sup>18</sup>, entendida esta como la obligación de proteger el futuro de nuestros descendientes pero con nuestras acciones actuales, diferenciándose así de la responsabilidad manejada por Gilligan. Su propuesta la argumenta a partir de que la técnica moderna ha puesto al hombre frente a situaciones nuevas; así mismo los médicos en formación tienen que enfrentar esas nuevas situaciones que a su vez requieren una ética nueva, pero según Jonas basada en la responsabilidad.

La investigación se desarrolló con los médicos en formación del programa de Medicina por tanto se tendrá en cuenta los aspectos más relevantes de la formación médica propuesta por el programa.<sup>19</sup> Además se tuvo el referente del aspecto legal debido a que, como ya se había mencionado, la práctica médica actual se caracteriza por el intento de armonizar la **autonomía** de los pacientes y las **necesidades** de las **políticas públicas** de salud, las cuales se encuentran enmarcadas dentro de la ley de ética médica y la ley 100 de 1993.

### ***Materiales y métodos***

Las categorías de análisis planteadas en el presente trabajo fueron: situaciones morales problemáticas en la práctica de médicos en formación, dilemas morales en la práctica de médicos en formación, juicios morales en la práctica de médicos en formación, y criterios morales en la práctica de médicos en formación.

#### **Unidad de análisis y unidad de trabajo.**

- **Unidad de Análisis:** Situaciones de problemática moral y juicios morales en la práctica médica de internado. Se proponen estas

---

<sup>15</sup> TAYLOR, Charles. La ética de la autenticidad. Ediciones Paidós. Barcelona. 1994.

<sup>16</sup> Ibid, pag

<sup>17</sup> Ibid. Pág. 65.

<sup>18</sup> JONAS, Hans. El principio de responsabilidad. Editorial Herder. Barcelona. 1995.

<sup>19</sup> Vesalius.utp.edu.co

situaciones en las que actores ubicados en diferentes posiciones se encuentran para tratar de definir el significado de su encuentro

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

**Diseño:** la investigación es de tipo cualitativo, con un enfoque histórico hermenéutico-etnometodológico, porque lo que se pretende es comprender los criterios morales que subyacen la práctica médica a partir de testimonios orales de los protagonistas en situaciones simuladas de interacción.

**Recolección de la información:** la recolección de la información se realizó siguiendo una serie de pasos que iniciaron con la observación de los estudiantes de Medicina en diferentes rotaciones, luego se seleccionaron los informantes claves para recoger información, inicialmente en una prueba piloto con estudiantes de internado de otras Universidades, donde se observaron fortalezas y debilidades de las técnicas que se iban a utilizar (el sociodrama y la entrevista semi estructurada) y finalmente se seleccionó los informantes pertenecientes a la Facultad para aplicarle las técnicas (ver tabla 1).

Tabla 1. Técnicas e Instrumentos

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

**Sociodramas:** Lo primero que se hizo fue dividir el grupo en 2 subgrupos: en uno estaban los hombres y en el otro las mujeres, luego se les dio la instrucción para que identificaran casos reales de su práctica médica, donde tuvieran que tomar una decisión que ellos consideraban moral; se les dio un tiempo prudente para que escogieran un caso y prepararan un sociodrama para representarlo; inicialmente las médicas en formación le hicieron la presentación a los hombres y a los investigadores, luego hicieron la presentación los médicos en formación, y luego se realizó una discusión entre todos donde se les preguntaba porque habían considerado el caso presentado como un problema moral y si consideraban que el caso del otro equipo si era un problema moral y por que.

**Entrevista semi-estructurada:** Se realizó la entrevista semi-estructurada con los mismos participantes del sociodrama, ya que esto permitía profundizar en las situaciones y soluciones más adecuadas para ellos, y de esta forma poder interpretar los dilemas y criterios emergentes.

La triangulación de la investigación se realizó a diferentes niveles: diferentes fuentes para la recolección de la información, la comparación con los teóricos para interpretar los datos, la intervención de tres investigadores en el proceso, la socialización de resultados con los Informantes Claves.

**Análisis:** (A) Situaciones morales problemáticas y juicios morales en la práctica médica de internado (análisis descriptivo): A continuación se presentará el análisis descriptivo de los datos suministrados por los informantes claves, en forma narrativa, retomando citas textuales del sociodrama y las entrevistas, de tal forma que se observen las categorías y la relación entre ellas. Se presentarán algunas argumentaciones como ejemplo, donde los médicos en formación plantean las diferentes situaciones que implican problemáticas morales.

Manifiestan como principal dificultad el no poder atender al paciente integralmente como lo tenían aprendido en la Universidad, a pesar de tener la formación adecuada desde las diferentes áreas de la carrera, porque en el momento de la atención, se ven enfrentados a intereses de personas externas, sistema o instituciones, lo que implica unos procedimientos ya estandarizados, que en ocasiones no le permiten tomar decisiones autónomas, así lo narran ellos mismos: *“El problema moral está en que uno a pesar de que tenga el conocimiento, no puede hacer lo que sabe que tiene que hacer”*.<sup>20</sup>

Los médicos en formación se preocupan por tener que atender muchas normas al mismo tiempo para cumplir con requisitos institucionales, lo que de alguna forma reduce el tiempo para hacer una auscultación adecuada, *“Uno está sujeto no solamente, a los criterios de conocimientos que uno tenga o a las cosas que haya aprendido, a como sabe hacer las cosas, sino que tiene que remitirse a un mundo de terceros”*<sup>21</sup>

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

*“-pues no doctor, es que me está doliendo mucho la garganta (...) no, pues también tengo un dolor en la espalda”*.<sup>22</sup>

*“a no, no, no, pero primero le miramos el dolor en la garganta y lo otro lo dejamos para otra consulta ¿entiende?, entonces lo del dolor en la garganta; ¿desde hace cuanto?”*<sup>23</sup>.

---

<sup>20</sup> Mujer 1 entrevista pag 6

<sup>21</sup> Hombre 1 entrevista pag 8

<sup>22</sup> Hombre 2 sociodrama pag 2

“después llega y el conflicto que tiene uno como médico es, bueno, ya llegó este señor y no se me puede quejar mucho; tengo sino 15 minutos y en quince minutos entonces solucionarle lo más rapidito que tenga, porque si empiezo a preguntarle más, ya no voy a alcanzar...”<sup>24</sup>

La tabla 2 muestra una síntesis de las situaciones problema y la tabla 3 de los juicios encontrados entre los médicos en formación.

Tabla 2. Situaciones encontradas por los médicos en formación

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

Tabla 3. Juicios encontradas por los médicos en formación

<b>Juicio moral</b>	<b>Juicio-tipo</b>
Atención adecuada al paciente	Atención adecuada al paciente
Darle prioridad a los pacientes pediátricos	
Atender igual al que conoce y al que no conoce	
Atenderlo mejor por afectividad	
Atender un solo motivo de consulta y el otro lo deja para otra consulta	Atención parcial al paciente
Atender el motivo de consulta que se pueda atender en el tiempo estipulado	
Atender al paciente solo si paga el copago	
Remitir al especialista o al médico de urgencias	
Manda fórmula incompleta	

<sup>23</sup> Hombre 1 sociodrama pag 2

<sup>24</sup> Mujer 1 entrevista pag 5

Atención parcial dando medicamento y recomendaciones para que compre otros medicamentos que necesita	
Dar soluciones caseras	
La secretaria de salud o el gobierno deberían hacerse cargo de esas personas	
La atención parcial	
Indicación de lo que debe hacer, desde lo administrativo	

Tabla 4. Relación Situaciones tipo y Juicios tipo.

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

B) Dilemas morales en la práctica médica de internado (Interpretativo): Los principales dilemas que se evocaron de la información suministrada por los estudiantes, partían del compromiso de una adecuada atención con el paciente, la cual en muchas ocasiones no es posible debido a la reglamentación tanto nacional como institucional; es el caso de la gran influencia de la normatividad institucional derivada de la ley 100 del 1993. Se mostrará (tablas 4 y 5) como emergió esta nueva categoría (dilemas) durante la práctica médica del médico en formación estructurándola en las siguientes categorías:

1) *Atención adecuada*: La atención adecuada entendida como el análisis completo de los síntomas referidos por el paciente en la consulta y la búsqueda de solución para la, o las enfermedades que se deriven de los mismos. Fue la categoría más frecuente que encontramos y se vio enfrentada a: **Atención adecuada vs Regla institucional**, en el sentido de no poder atender al paciente integralmente como lo tenían aprendido en la universidad, *“el problema moral está en que uno a pesar de que tenga el conocimiento no puede hacer lo que sabe que tiene que hacer ... o sea por tantas limitaciones... en la parte del tiempo en la parte de lo económico y a pesar de que yo sé que lo mejor para el paciente es tal cosa, me tengo que limitar a lo que haya... o sea a mi me parece que ese es el conflicto más grande con el que tenemos que vivir nosotros.”* El dilema consiste en hacer la atención adecuada como se definió previamente o seguir la regla institucional que según lo referenciado por los médicos internos no pueden hacer lo que saben que deberían hacer, en tal caso se encuentran ante una situación que los obliga a tomar decisiones confrontando los criterios morales aprendidos, con las normas de la institución debido a que existe un límite de tiempo por consulta, si el paciente no paga no se le puede atender (si no es una urgencia vital por

supuesto), solo se pueden formular los medicamentos incluidos en el POS, etc; que en muchas ocasiones son diametralmente opuestas a dichos criterios.

Tabla 5. Relación entre situaciones, juicios y dilemas morales en la práctica médica del internado.

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

C) Criterios morales en la práctica médica de internado (análisis de sentido): Para dar respuesta al objetivo principal de esta investigación, comprender los criterios morales que subyacen la práctica médica de los médicos en formación, se tuvo en cuenta la tensión expresada en los dilemas que se discutieron en el argumento interpretativo, que llevó a la expresión de diferentes juicios para resolverlos. De dicha argumentación fueron surgiendo los criterios que subyacen dicha práctica y para comprenderlos se discutirá la manera en que se relacionan y el significado que le dan los médicos en formación contrastando con algunos teóricos que han trabajado criterios morales en salud, y con lineamientos curriculares y legales.

- **Normatividad institucional:** Fue el criterio que predominó, entendido este como seguir reglas en la institución donde se labora en la actualidad. Sin embargo las razones de por qué se sigue dicha norma tiene tres significados diferentes a saber:

El primero, en relación al paciente, es el de protegerlo desde el punto de vista económico, en cuyo caso la norma se sigue con un criterio de cuidado y responsabilidad desde el punto de vista de: *“hacer lo que los otros esperan que haga, independientemente de lo que desee y por la preocupación por omisión, no ayudar a otros cuando podríamos ayudarlos”* (Gilligan, 1985). En este caso también apareció como categoría curricular la solidaridad social, es decir tratar de brindar apoyo en los aspectos que sea posible, a la persona que se atiende.

El segundo significado, desde el punto de vista del médico, la normatividad institucional se sigue para continuar con los lineamientos de la institución, para sobrevivir. En este último sentido aparece un nuevo criterio, supervivencia profesional, enmarcada por la realidad en que vivimos, es decir, el médico como empleado de una institución, toma el carácter de cualquier otro empleo y por lo tanto protege su puesto, para poder sostenerse económicamente, siguiendo las normas de la institución así en muchas ocasiones vaya en contra de sus principios.

Si miramos la perspectiva del Estadio 2 de Kohlberg (1992) *“perspectiva individualista concreta, conciencia de que todo el mundo tiene sus intereses a perseguir y esto lleva a un conflicto, de forma que lo correcto es relativo (en el sentido individualista concreto)”*, este sentido de aplicación de la normatividad institucional estaría incluido en esta perspectiva; sin embargo, no se expresa como el criterio guía o rector sino más bien como en tensión con otros elementos que afectan la práctica médica, como los que se mencionan más adelante, por ejemplo con respecto a la responsabilidad que origina respuestas alternativas para tratar de dar soluciones menos dañinas a las situaciones planteadas y que por supuesto genera conflicto en los médicos en formación. Por otro lado estas tensiones van en contravía de otra categoría curricular cual es la autonomía, cuando les toca *“remitirse a un mundo de terceros”*.

- **Responsabilidad:** A pesar de que exista un problema o impedimento para que el médico pueda atender al paciente adecuadamente, lo primero que al médico le preocupa es descartar un problema que complique la salud del paciente, antes de hacer cualquier otra acción; en todo caso no se deja al paciente sin una solución. Con respecto a este criterio no se aleja del concepto de Gilligan(1985) ni de los lineamientos curriculares ni legales por considerarse que cuidan del paciente e inclusive dan alternativas de solución como las ya mencionadas: por ejemplo, no dejar ir al paciente sin solucionarle en parte su problema de tal manera que no se vea comprometida su vida, o dar un medicamento alternativo que aunque no es el de primera

elección también va a sanar el proceso del paciente así se tome un poco más de tiempo, o remitirlo para que sea evaluado en otra institución que le preste un servicio más completo.

- **Cuidado:** El cuidado para los médicos en formación tiene diferentes sentidos:
  - a) Verse bien socialmente (cumplir un papel de médico bueno); el cuidado en relación con lo que la sociedad espera que haga en su papel, el de médico. En esta situación el médico soluciona a favor del paciente, es decir a pesar de las dificultades tiene la necesidad de verse como buena persona, lo cual es comparable con el Estadio 3 de la perspectiva de Kohlberg (1992).
  - b) Cuidado desde la perspectiva del otro. En esta situación el médico se asegura de resolver el problema de diferentes maneras; primero, el mismo médico le da el tratamiento, luego formula para continuar el tratamiento en la casa y además da recomendaciones sencillas caseras que también pueden ayudar a solucionar el problema, sin embargo lo que amplió el panorama de cuidado en esta relación fue la insistencia del paciente (por ejemplo la madre del paciente) contrastando con Noddings cuando dice: *“los pacientes contribuyen significativamente a la relación médico-paciente”* (Noddings 2003), relación entendida desde el punto de vista del cuidado.
  - c) Cuidado como preocupación por la calidad de vida y bienestar de los pacientes. La preocupación del médico en este caso es más allá de simplemente curar lo inmediato, sino que hace además una mirada al futuro, como la visión integral del médico, como plantea Hans Jonas (1995) *“una ética orientada al futuro, que puede ser llamada con toda propiedad ética de la responsabilidad”*. Sin embargo, el futuro en esta situación está enmarcado en particular con cada paciente y no con la humanidad (unas políticas públicas de salud harían esta particularidad mucho más amplia), y de esta manera también es un reflejo del aspecto curricular de “vocación de servicio” pero de un servicio integral, que concuerda con el de la ley en su perspectiva de “servicio a la humanidad” (ley 23 de 1981).
  - d) Cuidado diferencial (no es igual para todos), debido a la relación de cercanía (afectividad, sentimental). Es decir se tiene la tendencia a cuidar mejor a las personas que conocemos o están cerca de nosotros dándoles un trato preferencial en todos los sentidos.

Se sigue dando predilección por el cuidado que implica la profesión médica, a pesar de que como se expresó en la situación anterior hay diferentes matices del mismo al realizar un mejor cuidado en el paciente que conocemos o con el que hay afinidad afectiva, acercándose al concepto de Gilligan (1985) del cuidado y alejándose de Noddings (2003) cuando se realiza en forma diferencial y no para todos.

Además se reflexiona por las consecuencias de sus actos como médicos de lo cual puede originarse sentimientos; en el ejemplo, el de culpa entendido como “*cuando la molestia está en la persona que realiza la mala acción*” (Strawson, 1995).

- **Autoprotección emocional:** Se entiende por la actitud del médico que evita ser afectado por la situación del paciente, por ejemplo, evitar hacer duelo con el paciente. El médico se preocupa por la posibilidad de perder su autonomía y objetividad al involucrarse en la situación pero lo que más le interesa es evitar caer en una situación de estrés crónico generado por la carga emocional que conlleva enfrentarse a cada una de las situaciones que aparecen en su práctica médica
- **Respetar los derechos fundamentales:** Entendido como preservar la vida. El médico a pesar de tener otras presiones lo primero que asegura es descartar que no exista alguna enfermedad que en ese momento comprometa la vida y mantener una buena salud. Lo primordial para el médico es preservar la vida pero pone como condición no solo salvarla en el momento en que se le presente una situación de emergencia, sino algo más constante, algo “básico”, que no es negociable, que todo el mundo debería tener. Es decir ven a la salud como un “bien” universal, acercándose a la definición de Taylor (1991): “*bien, forma de vida plena y deseable*”
- **Equidad:** Entendido como lo justo para cada uno y como garantía de atención integral para todos (no importa cual sea el sistema de salud al cual pertenezca). Como diría Kohlberg en su Estadío 5 (Kohlberg 1992) “*lo mejor posible para el mayor número de gente*”. En esta equidad también aparece el sentido de cuidado que maneja Noddings (2003) tratando de que el cuidado sea para todos y no diferencial.
- **Servicio:** Atender al paciente y recibir salario justo sin hacerse rico a expensas de la enfermedad del otro. Prima el criterio de servicio como vocación y no como un intercambio comercial; es más, el médico en formación condena el hecho de volverse “rico” a expensas de la enfermedad de las personas, elementos estos que concuerdan con su formación académica y con la función social que implica la profesión médica como lo profesa la ley de ética médica (ley 23 de 1981), y muy de cerca con el lineamiento de ampliación de cobertura que pretende la ley 100.
- **Solidaridad:** Entendida de forma diferencial por cercanía afectiva (sentimiento). Sólo se es solidario con el paciente que conocen, o sea, una solidaridad atenuada, que contrasta con otro de los criterios donde se procura y se propone un cuidado o un bien para todos, lo cual no refleja otra cosa que la tensión de las diferentes fuentes de sentido que viven al interior de la práctica médica de los médicos en formación.

- **Supervivencia profesional:** Este criterio es producto de la situación que el médico vive en la época actual, ya descrita.

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

- a) Tensión entre lo que asume la ley 23 de 1981 cuando habla del pago del médico: “derecho al salario” para la subsistencia sin beneficiar a terceros; sin embargo, es contradictorio que con base en la ley 100 aparecen las figuras de las EPS como entes administrativos, que precisamente sirven de intermediarios entre el paciente y el médico.
- b) Tensión entre la mejoría de la calidad de vida y atención en salud que debería generar el avance en la “tecnología” y el deterioro de la misma que les toca vivir a los médicos en formación durante su práctica médica, lo cual es contradictorio.

Es así como emerge por ejemplo el criterio de autoprotección emocional como una alternativa de seguir en el conflicto (producto de las tensiones) sin verse afectado psicológica o aun orgánicamente. Así pues el criterio autoprotección emocional y el de supervivencia profesional surgen como intento de adaptación a la situación actual de la práctica médica.

## **Conclusiones**

- Los médicos en formación se basan en criterios de norma Institucional, responsabilidad, equidad, cuidado, servicio, derechos fundamentales.
- Los médicos en formación responden a los principios de responsabilidad, y en forma matizada de respeto por la vida y solidaridad, frente a problemas sociales, lo cual está incluido en el perfil profesional del Programa de Medicina.
- La vocación de servicio del médico en formación, está sometida a la legislación actual.
- Aunque los profesionales de la medicina han participado históricamente en las reglamentaciones de la profesión y su práctica, no tienen libertad profesional.
- Los médicos en formación han cedido su autonomía en la toma de decisiones, pues en la mayoría de los casos éstas se encuentran mediadas por el cumplimiento de la norma institucional.
- El cumplimiento de la norma institucional tiene como base la supervivencia laboral del médico en formación.
- Se observa en los estudiantes de internado que hay una dificultad para asumir una posición crítica, frente a los procesos socioeconómicos, administrativos y políticos que inciden en la medicina y su ejercicio.
- Existe preocupación de los médicos en formación por encontrarse permanentemente enfrentados a dilemas morales en su práctica médica.

- Las situaciones morales que enfrentan lo médicos Internos, desbordan el conocimiento adquirido en su formación profesional.
- Los criterios de autoprotección emocional y supervivencia profesional emergen como nuevos criterios producto de la práctica médica actual que viven los médicos en formación de la universidad tecnológica de Pereira.
- En términos metodológicos se considera que el socio drama es una técnica adecuada para identificar situaciones y juicios morales e interpretar dilemas y criterios que subyacen a la práctica médica.
- Esta investigación aporta a la discusión que se viene desarrollando a nivel global sobre los factores que afectan la práctica médica.

## Bibliografía

- 1) AQUINO K, Reed A. La autoimportancia de la identidad moral. 2<sup>nd</sup>. *Journal of Pers Soc Psychology* December 1, 2002; 83(6): 1423-40.
- 2) CANO, Margarita., Pinzón O.A., Rivera M.E. Identificación de Niveles de Desarrollo Moral en Jóvenes Universitarios Pertenecientes y no a una Pastoral Católica. Pereira, 2001.
- 3) Colombia, Ministerio de Salud, Ley 23 de 1981.
- 4) Colombia, Ministerio de Salud, Ley 100 de 1993.
- 5) Cortina Adela. "Ética Sin Moral". España: Editorial Tecnos, 1995
- 6) Denzin N., Y. Lincoln Y. *Handbook of Qualitative Research*, London, Editorial Sage Publications, Second Edition. 2000
- 7) González Luis José, Martínez German. Valores éticos para la convivencia. Ed El Búho, Santa Fe de Bogotá. 2000
- 8) Greene Joshua., Haidt Jonathan. ¿Cómo y dónde trabaja el juicio moral?. *Trends Cogn Sci*. December 1, 2002; 6 (12): 517-523.
- 9) Harmin Merrill., et al. "El Sentido de los Valores y la Enseñanza; Como Emplear los Valores en el Salón de Clases". México: Editorial Hispanoamericana.
- 10) [http://www.icfes.gov.co/cont4/fomento/pub/libros/ser\\_inv\\_soc/modul04.pdf](http://www.icfes.gov.co/cont4/fomento/pub/libros/ser_inv_soc/modul04.pdf)
- 11) Jaffee S., Hyde JS. Diferencias de género en la orientación moral: un metanálisis. Department of Psychology, University of Wisconsin,USA. *Psychology Bulletin*, September 1, 2000; 126(5): 703-26.
- 12) Lewis Yvette. El yo como concepto moral. *British Journal of Social Psychology*. 2003; 42: 225.
- 13) Moes M. Concepción de Platón de las relaciones entre filosofía moral y medicina. *Perspectives Biol Med* 2001; 44(3):353-67.
- 14) Perea F. Lozano. Proyecto Pedagógico de Ética y Valores Humanos. Pereira: Universidad Tecnológica de Pereira, 1997.
- 15) Pérez S. Gloria. Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes, II Técnicas y Análisis de Datos. Madrid: La Muralla, 1994.
- 16) Piaget, Jean. El Criterio Moral del Niño. Barcelona: Ed Martínez Roca. 1932.

- 17) Pizarro David A., Bloom Paul. La inteligencia de las intuiciones morales: Comentario en Heidt (2001). *Psychological Review*, Washington, 2003, 10 (1): 193-196.
- 18) Rentería Hernán. "Proyecto Pedagógico Sobre Valores Humanos"  
Pereira: Universidad Tecnológica de Pereira, 1997