



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**



**DILEMAS Y PROBLEMAS ÉTICOS EN
INTEGRANTES DE EQUIPOS DE SALUD Y DE
GESTIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.
MONTEVIDEO, URUGUAY**

Autor:
Esther Angélica Lacava Salvo

Tutor:
Lic. Blanca Acosta

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2019



Dilemas y problemas éticos en integrantes de equipos de salud y de gestión del primer nivel de atención.

Montevideo, Uruguay

Esther Angélica Lacava Salvo

Tesis de Maestría presentada al Programa de Posgrado de Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, como parte de los requisitos necesarios para la obtención del título de Magíster en Gestión de los Servicios de Salud.

Tutor:

Lic. T.S. Blanca Acosta

Dirección, Coordinación de Programas e Instituciones de Alfabetización y Educación de Jóvenes y Adultos - Universidad Autónoma de Barcelona
Profesor Agregado UDELAR (dic.2015)

Montevideo - Uruguay
Junio de 2019

Agradecimientos

Esta investigación, que ha llevado tanto tiempo de elaboración, no hubiera sido posible sin la colaboración y apoyo de diversos actores.

En primer lugar, a la Facultad de Enfermería de la UDELAR y al Centro de Posgrado por la oportunidad de poder finalizar con esta etapa de formación en mi vida profesional, y al Departamento de Administración por los aportes en el área disciplinar.

A las autoridades de la RAP-ASSE que hicieron posible ejecutar la investigación con los equipos de los Centros de salud. Por supuesto a los profesionales e integrantes de los equipos de gestión que compartieron sus opiniones y reflexiones que constituyeron el principal aporte al estudio.

A mis compañeras del Departamento de Enfermería Comunitaria que constituyeron un estímulo y apoyo constante.

A las compañeras Ana Arada y Silvia Crosa, con las que compartimos parte del trabajo, y muy especialmente a mi tutora Lic. en T.S Blanca Acosta por sus valiosos aportes y estar siempre presente, con la calidez que la caracteriza, en este largo proceso.

Por último, a mi familia por la comprensión y apoyo.

Resumen

El conocimiento de los dilemas y problemas éticos vinculados al trabajo en el primer nivel de atención, en especial los vinculados a la gestión de los recursos y normas institucionales, puede contribuir a resolver los principales vacíos de normativa, establecer programas formativos y reducir los dilemas que enfrentan los profesionales.

Se realizó un estudio cualitativo, a través de entrevistas abiertas a los equipos de salud y de gestión de los servicios del primer nivel de atención, en los Centros de Salud del subsector público, pertenecientes a la Administración de servicios de salud del Estado de Montevideo.

Los entrevistados definieron el concepto que tienen sobre los dilemas éticos y describieron los que se les presentan en su desempeño, así como los vinculados a la gestión de los recursos y la normativa institucional.

Los resultados de esta investigación pueden resultar un aporte en la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud. Se propone la incorporación de la ética en la gestión de los servicios, donde el usuario sea el centro del sistema y la participación del equipo sea fundamental. El establecimiento de normas de comportamiento que habiliten un clima de mayor tolerancia, y el desarrollo de toma de decisiones con relación a los recursos que permita una distribución más equitativa.

Palabras clave: Dilemas éticos - Equipos de salud - Equipos de gestión - Gestión en el Primer Nivel de Atención - Gestión de recursos

Abstract

The knowledge of the dilemmas and ethical problems linked to work in primary care, especially those related to the management of resources and institutional norms, can help to resolve the main gaps in regulations, establish training programs and reduce the dilemmas faced by the professionals.

A qualitative study was carried out, through semi-structured interviews to the healthcare teams and management teams of the primary care services, in public health services of Montevideo.

The interviewees defined the concept they have about ethical dilemmas and described those presented to them in their performance, as well as those related to the management of resources and institutional regulations.

The results of this research may be a contribution to the reform of the National Integrated Health System. It is proposed the incorporation of ethics in the management of services, where the patient is the center of the system and the participation of the healthcare team is fundamental. The establishment of norms of behavior that enable a climate of greater tolerance, and the development of decision making in relation to the resources that allow a more equitable distribution.

Keywords: Ethical dilemmas - Ethical problems- Healthcare teams - Management teams - Management in Primary Care - Resource management

Keywords:

Lista de cuadros

Cuadro N°1 Síntesis de conceptos, dilemas y problemas más frecuentes

definidos por los entrevistados

Cuadro N°2 Dilemas y problemas éticos más frecuentes según profesiones

Lista de siglas

APS:	Atención Primaria de Salud
ASSE-RAP:	Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de los Servicios de Salud del Estado
OMS	Organización Mundial de Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PNA:	Primer Nivel de Atención
SNIS:	Sistema Nacional Integrado de Salud

Tabla de contenido

1. Introducción	3
2. Formulación del problema investigación y los objetivos	7
2.1. Presentación del problema y preguntas de investigación	7
2.2. Objetivo general	8
2.3. Objetivos específicos	8
2.4. Justificación y uso de los resultados	8
3. Antecedentes bibliográficos.....	12
4. Fundamento teórico	18
4.1. Concepto de Dilemas y problemas éticos	18
4.2. Dilemas éticos en el PNA	21
4.3. La gestión sanitaria	27
4.4. La ética y la gestión sanitaria (modelo de gestión ética)	30
4.5. Dilemas éticos relacionados a la institución (recursos y normas)	33
5. Diseño metodológico	18
5.1. Diseño de la investigación	39
5.2. Población a estudiar	40
5.3. Criterios de inclusión	40
5.4. Técnica, procedimientos e instrumento de recolección de datos	40
5.5. Unidad de análisis	41
5.6. Plan de análisis	41
5.7. Aspectos éticos	42
6. Presentación y discusión de resultados	43
6.1. Características de la población entrevistada	43
6.2. Respuestas y análisis de contenido	43

6.2.1. Concepto sobre dilemas y problemas éticos.....	44
6.2.2. Dilemas y problemas más frecuentes que se le presentan en el trabajo cotidiano.....	48
7. Conclusiones.....	75
8. Referencias bibliográficas	88
9. Bibliografía Consultada	95
10. Apéndices	98
Apéndice 1 - Presentación y consentimiento informado	98
Apéndice 2 - Guía de la entrevista	99
Apéndice 3 - Instructivo	101
11. Anexos	101
Anexo 1 - Autorización institucional para la realización del estudio	102

1. Introducción

El presente trabajo corresponde al informe final de Tesis de Maestría de Gestión de los Servicios de Salud de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, en la ciudad de Montevideo, Uruguay.

Se trata de un informe individual que se realiza a partir de un trabajo de investigación realizado por un grupo de estudiantes de dos Maestrías: Salud Comunitaria y Gestión de Servicios de Salud. Se parte de un protocolo común, donde a su vez cada estudiante plantea su pregunta de interés de investigación, con la especificidad de cada una de las autoras.

En el trabajo se explora sobre los dilemas y problemas éticos presentes en los equipos de profesionales y de gestión en servicios del primer nivel de atención (PNA) de la Administración de Servicios de Salud del Estado de la Red de Atención de Primer Nivel (ASSE-RAP) en el Departamento de Montevideo, Uruguay.

Se realizó un estudio cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas. La recolección de datos se realizó en común, y luego el análisis del contenido y la elaboración del informe en forma individual. Se realizaron 13 entrevistas abiertas en Centros de salud, seleccionados según distribución geográfica, solicitando previamente las autorizaciones institucionales y el consentimiento informado de las personas consultadas.

La elección de un enfoque cualitativo para abordar el área de estudio se hizo por considerarlo como el método más adecuado para estudiar la compleja realidad en la que se desarrolla la actividad de los profesionales en el primer nivel de atención (PNA) y su relación con la ética. La metodología permite estudiar las situaciones desde la perspectiva de los participantes, examinando las expresiones, interpretaciones y significados. (4)

Como plantea el Dr. Mario Parada:

La perspectiva cualitativa permite acceder a la realidad a través de la dimensión simbólica, inmediata y profunda

de las interacciones sociales, objetivadas por "la lengua":
el lenguaje y los discursos. En este sentido se trata de
una perspectiva de análisis semántico, es decir, el
análisis de las significaciones culturales y orientaciones
ideológicas de lo que las personas decimos y hacemos.
(5)

El conocimiento es considerado como el resultado de una construcción dialéctica entre el sujeto, sus intereses, valores y creencias y el objeto de estudio. En este caso el objeto de estudio, también son sujetos. Según Martínez "el objeto, es considerado, visto y evaluado - desde una opción o supuesto ontológico - en un alto nivel de complejidad estructural o sistémica-, producido por el conjunto de variables biopsicosociales que lo constituyen".

La perspectiva cualitativa resulta fundamental en las ciencias de la salud, dado que nos permite conocer cómo las personas construyen y viven su cotidianeidad, manteniendo y mediatizando las estructuras que le toca vivir.
(6)

Los dilemas éticos han sido ampliamente estudiados en la atención a la salud, con amplio desarrollo en el campo de la genética, sobre todo por las innovaciones tecnológicas y avances planteados por la investigación; por ejemplo: clonación, uso de células madre, fertilización in vitro, etc.

Los estudios sobre el fin de la vida, experimentos con humanos, o la toma de decisiones poblacionales, los adelantos científicos y tecnológicos cambian los parámetros conocidos, haciéndose difícil establecer un límite claro entre lo que debe o no debe hacerse, lo que es correcto y lo que no, lo que es o no es lícito.

Como dice la Dra. Rotondo, "en la actualidad, los avances de las ciencias y de las nuevas tecnologías han originado situaciones inéditas en el seno de las sociedades, las que se enfrentan a situaciones conflictivas, tanto desde el punto de vista ético como social o legal". (1)

Sin embargo, con relación a los dilemas y problemas éticos que se presentan en el PNA aparece una evidencia menor. Las características de las situaciones de salud-enfermedad que se presentan, la distribución y organización de los recursos, así como los aspectos culturales implicados hacen que estos problemas sean diferentes a los que se presentan en el segundo y tercer nivel de atención.

En nuestro país la ley 18.211 que regula el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) , plantea en su artículo n°34: “El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la Atención Primaria en Salud y priorizará el PNA.” (2) Desde su creación se observan un desarrollo de la organización de los servicios del PNA a los efectos de aumentar la cobertura, accesibilidad y competencias.

El trabajo en el PNA es cada vez más complejo, con un incremento de sus actividades, lo que genera cambios y nuevos desafíos cotidianamente. Rogelio Altisent plantea que las cuestiones éticas que existen en el contexto de la medicina de familia y - por lo tanto - en el PNA son bastante características y propias, constituyendo incluso “un nuevo campo de cuestiones éticas muy frecuentes en la práctica diaria.” (3) Agrega que cualquiera de los integrantes del equipo de salud influye con su actitud ética en las intervenciones que estas se realizan y que se ven influenciadas por la formación y preparación que se tenga sobre el tema. También influyen en el desarrollo y resultado de estas, el conocimiento y el ejercicio que hagan de sus derechos los usuarios.

El PNA a la salud tiene una extensa gama de actividades, desde la atención individual, familiar y a los grupos de población o la población de referencia. Incluye actividades con enfoque preventivo en diferentes situaciones de salud-enfermedad desde el inicio hasta el final de la vida. Acciones de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y reinserción social, incluso se acompaña cuando la curación no es posible, con cuidados paliativos y en el apoyo al individuo y familia. También incluye una relación dinámica con el segundo y tercer nivel de atención, mediante derivaciones,

interconsultas, estudios diagnósticos y tratamiento que garanticen la continuidad asistencial.

La variabilidad de situaciones de salud-enfermedad que surgen cotidianamente, presentan una complejidad extensiva. La gestión de los casos suele involucrar la participación de varias disciplinas, incluso la intervención de otros sectores de la sociedad representados por organizaciones e instituciones; que permitan un abordaje integral de la situación de la persona/familia e integrador en la consideración de los aspectos a tener en cuenta en su tratamiento y resolución.

Los dilemas y problemas éticos que se presentan en el PNA pueden tener entonces características propias, ser particulares y distintivos. Este trabajo plantea los dilemas éticos en general y los relacionados específicamente a los recursos y normas institucionales, de acuerdo con lo expresado por los integrantes de los equipos de salud y de gestión de los Centros de Salud de la RAP-ASSE de la ciudad de Montevideo.

La RAP-ASSE tiene una estructura organizativa compleja, cuenta con un equipo de gestión a nivel central, y a su vez en cada centro de salud se cuenta con un equipo de gestión, conformado por una Dirección, Subdirección y un Administrador, responsables de un número variado de profesionales, técnicos y auxiliares integrando el equipo de salud y una variabilidad de prestaciones en consulta programada, espontánea y de emergencia y estudios diagnósticos. Los equipos de gestión de los Centros de Salud dependen directamente de la Dirección a nivel central, es decir que no son responsables de la administración de los recursos (financieros, materiales y humanos), así como el establecimiento de normativas.

En las instituciones de salud pública, los equipos y directivos se enfrentan a dilemas de criterios de eficiencia y eficacia, y a la demanda de principios y valores éticos en la gestión.

Las diferencias conceptuales, en las normativas y en la gestión de los recursos hace que se presenten dilemas y problemas éticos, que pueden

generar incertidumbres y afectar la gestión de los servicios. Por tal razón el conocimiento de los mismos puede ayudar a comprender y desarrollar acciones que minimicen sus efectos.

2. Formulación del problema investigación y los objetivos

2.1. Presentación del problema y preguntas de investigación

En este apartado se plantea el problema de investigación:

¿Cuáles son los dilemas y problemas éticos más frecuentes planteados por los integrantes de los equipos de salud y de gestión de servicios del primer nivel de atención de la RAP-ASSE?

Se pretende identificar que entienden los profesionales de los equipos de salud y de gestión entrevistados por dilemas y problemas éticos, y cuáles son los más frecuentes que han encontrado en su trabajo en la relación con usuarios, familias y/o la institución.

Por lo tanto, el objeto de estudio está centrado en el “significado que los integrantes del equipo de salud y de gestión del PNA del departamento de Montevideo les asignan a los dilemas éticos, y su relacionamiento e incidencia con la gestión de los recursos y las normas institucionales”.

En este sentido se analizan los resultados desde la gestión ética como una estrategia posible para brindar cuidados de calidad, tanto para los usuarios y trabajadores en general.

Para ello se plantearon las siguientes preguntas:

1. ¿Qué entienden los entrevistados por dilemas y problemas éticos?
2. ¿Cuáles son los dilemas y problemas éticos más frecuentes que han encontrado en su trabajo como integrantes de los equipos de salud y de gestión en Centros de salud de la RAP-ASSE de la ciudad de Montevideo
3. Qué dilemas y problemas éticos identifican los equipos relacionados a los recursos y las normas institucionales (ver instrumento de recolección de datos en apéndice)

Palabras clave: Dilemas éticos – Problemas éticos- Equipos de salud -

Equipos de gestión -Gestión en el Primer Nivel de Atención - Gestión de recursos y normas

2.2. Objetivo general

Contribuir al conocimiento de los principales dilemas y problemas éticos que presentan los equipos de salud y de gestión del PNA de los Centros de Salud de la RAP- ASSE en el Departamento de Montevideo, y su relacionamiento e incidencia con la gestión de los recursos y las normas institucionales en el periodo comprendido entre 2014-2017

2.3. Objetivos específicos

1. Describir el concepto de dilemas y problemas éticos que tienen los integrantes de los equipos de salud y de gestión del PNA, en los Centros de Salud de la RAP-ASSE, del Departamento de Montevideo.
2. Analizar los dilemas y problemas éticos que son mencionados por los integrantes de los equipos de salud y dirección del PNA, en los Centros de Salud ASSE-RAP, del Departamento de Montevideo.
3. Identificar los dilemas y problemas éticos relacionados a la gestión de los recursos y a las normas institucionales, en los Centros de Salud de la RAP-ASSE, del Departamento de Montevideo.

2.4. Justificación y uso de los resultados

Esta investigación surge ante la propuesta presentada por Prof. Dr. Francisco Javier León Correa, Dr. en Filosofía, Magíster en Bioética. Profesor del Centro de Bioética Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello de Chile, para dar continuidad al trabajo de análisis cualitativo realizado en Chile, con profesionales de la salud. Se trata de un estudio multicéntrico que tiene la finalidad de conocer la percepción de dilemas éticos en profesionales del PNA y con ello implementar comités de ética en ese ámbito y expandir el estudio a países latinoamericanos

Esta propuesta fue aceptada por nuestra facultad, y planteada a los maestrando, para su proyección en sus temas de Investigación. Es así que fue

tomado como tronco común por cuatro estudiantes de maestría, considerando cada una un área problema que permitiera profundizar en el conocimiento de los dilemas y problemas éticos en nuestro medio.

En ese sentido, este trabajo busca profundizar especialmente en aquellos relacionados a la institución y vinculados a los recursos y normas, tanto para los integrantes responsables en la gestión, así como en los profesionales de nivel operativo.

En la actualidad, los avances en la ciencia y el surgimiento de las nuevas tecnologías han originado situaciones inéditas en el seno de las sociedades, originándose situaciones conflictivas desde el punto de vista social, legal o ético.

En la actualidad, los avances en la ciencia y el surgimiento de las nuevas tecnologías han originado situaciones inéditas en el seno de las sociedades. Existen situaciones conflictivas desde el punto de vista social, legal o ético.

Los adelantos científicos y tecnológicos han modificado y modifican los parámetros conocidos. La determinación de lo que es o no correcto, a veces ya no es clara. Son tan rápidos y variados los cambios, que en algunos casos existen vacíos de pautas o normas. Vivimos en tiempos de diversidad de valores, y de ahí surgen varias preguntas: ¿Quién determina lo que está bien o está mal? ¿Todo lo que se "puede" hacer, se "debe" hacer? ¿Existe un consenso ético? ¿Podemos conocerlo? A quiénes deberíamos convocar para elaborar pautas éticas: ¿a especialistas, científicos, filósofos o teólogos? Es por esto que, como plantea Teresa Rotondo (1), "los dilemas éticos que originan estas situaciones preocupan e inducen a tratar de resolverlas del modo más satisfactorio posible".

Los dilemas éticos en la atención a la salud tradicionalmente son los generados en el campo de la genética y también los vinculados al fin de la vida, a los experimentos con humanos, o a la toma de decisiones poblacionales. También se generan dilemas o problemas éticos en la relación del equipo de salud con los usuarios. Por lo tanto, surge la necesidad de principios morales, normas o reglas, así como la determinación de comportamientos correctos de los profesionales en las instituciones.

Dada las características de las actividades y las problemáticas de salud-

enfermedad en el PNA, los dilemas éticos pueden ser diferentes a los que se presentan en otros niveles de atención. En estos últimos, se presenta una complejidad intensiva de las problemáticas; mientras en el PNA, se presenta una complejidad extensiva (7) donde la situación salud-enfermedad se complejiza por el contexto de vida de las personas y no se puede accionar sin tener en cuenta los Determinantes Sociales de la Salud.

Rogelio Altisent (3) desarrolla una propuesta respecto a los dilemas éticos que se le presentan a los médicos de familia. Plantea que las cuestiones éticas que existen en el PNA son bastante características y propias, constituyendo incluso un nuevo campo.

El conocimiento de los problemas y dilemas éticos que presentan los profesionales del PNA en Montevideo, permitiría construir una tipología sobre los dilemas éticos más frecuentes, reconocer los vacíos de normativa, conocer las cuestiones que enfrentan los profesionales ante las diferentes situaciones de salud-enfermedad en su relación profesional e institucional. Los resultados de esta investigación pueden generar mecanismos de revisión, redacción y puesta en vigencia de normativas o recomendaciones, así como un insumo valioso para generar mecanismos institucionales para resolver los dilemas o problemas éticos que se presentan.

También esa información es valiosa para los usuarios, dado que las certezas y las incertidumbres que se generan en los profesionales se trasladan al proceso de atención. Usuarios y familiares pueden vivenciar inequidades, si reconocen diferencias en las soluciones ante problemáticas similares y perciben que la institución no tiene claro la resolución de determinados conflictos.

Los dilemas éticos insumen costos para los profesionales, para los usuarios, y para las instituciones. Cuando algo en la relación con usuarios y familias no está claro, insume tiempo. Tiempo en el discernimiento, en la consulta a otros profesionales y expertos, en la búsqueda de antecedentes, en la discusión de las consideraciones y en la toma de decisiones. La resolución puede afectar los vínculos dentro del equipo de salud o el relacionamiento con la dirección y el marco normativo institucional.

Estos elementos nos hablan de costos sociales y económicos, fundamentados en la inequidad para los usuarios y los profesionales. Todo lo que no está bien definido genera duda, tratamiento diferencial y da lugar a la generación de conflictos que producen efectos nocivos en el mundo profesional, y en la vida cotidiana de las personas.

Profundizar en el conocimiento de estas dudas, cuáles son y que soluciones se han encontrado o se visualizan; posibilita a caminar en terrenos más seguros, con mayor confianza en la relación equipo de salud-usuario/familia. Permite avanzar en la gestión de los servicios de salud considerados, en pro de la calidad de atención y en la mejora continua. Colabora en la mejora de las condiciones laborales y del desempeño laboral, así como también, aporta a la gestión en la distribución de los recursos y en el cumplimiento y establecimiento de normas.

Potter (citado por Teresa Rotondo) plantea que:

“...justifica la necesidad de plantear una reflexión sobre las consecuencias que los avances tecnológicos y los cambios sociales... introducen en la sociedad. El sentido que tiene al proponer crear un puente interdisciplinario entre las ciencias y la ética es obtener una mejor calidad de vida para el hombre presente y las futuras generaciones.” (8)

3. Antecedentes bibliográficos

Con el objetivo de obtener información sobre antecedentes relacionados con la temática de la investigación, se realizó una búsqueda a partir de las palabras claves Dilemas éticos – Problemas éticos- Equipos de salud - Equipos de gestión -Gestión en el Primer Nivel de Atención - Gestión de recursos y normas.La misma se realizó en la base de datos de la Biblioteca Virtual en Salud (bvs), Scielo y Timbó, en idioma español.

Se desconocen los dilemas éticos que presentan los profesionales de los equipos de salud del PNA. Se supone su existencia por el marco conceptual elaborado y los antecedentes encontrados. El área geográfica definida por el grupo de investigación es el Departamento de Montevideo, Uruguay.

No se encontraron estudios sobre la temática en forma específica en el país y en el PNA. Falta identificar si existen dilemas éticos, cuáles son, si existe algún grupo específico más afectado que otro y cómo afectan en la relación profesional-usuario, el proceso de atención y el de gestión.

Respecto al conocimiento del problema se destaca a nivel internacional: *“Dilemas éticos contemporáneos en salud: el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social”* (9). El autor, Román Vega, hace una reflexión sobre las relaciones entre justicia social, ética y libertad en el contexto del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia. Realiza una discusión sobre los alcances de la justicia sanitaria y plantea que está en estrecha relación con la lógica del diseño de un modelo económico, social y de salud, y con la praxis que esta determina entre sus actores. A su vez, expresa que la ética de la relación entre médicos, organizaciones de salud y pacientes deriva: por un lado, de los valores dominantes en el sistema y, por otro, de los valores propios de los actores del sistema.

Que en el campo de la justicia social y de la ética, el sujeto es de una parte: constituido por las relaciones dominantes de saber y de poder y, por otra parte, por la resistencia que los sujetos oponen al saber y poder; y por su propia autoconstitución como sujetos. Adoptan la tesis de Donzelot (1991) en el sentido de que, en el plano de la justicia social, los sujetos sociales históricamente han venido siendo constituidos a través de un doble mecanismo: uno jurídico, que constituye sujetos de derechos para efectos de solidaridad, y otro científico y tecnológico, que constituye sujetos de deberes a efectos de la optimización de la economía y de la regulación del comportamiento individual y colectivo. Considera que las relaciones entre sujetos, expertos y tecnologías no pueden ser definidas y entendidas sin tomar en cuenta las mutaciones e interacciones históricas entre saber y poder, en la constitución de racionalidades y prácticas hegemónicas, usadas como medios para gobernar individuos, población, salud y servicios de salud.

Toman de Foucault el concepto de racionalidad, como eventos contingentes, transitorios e históricos que, en un proceso de ensayo y error, pretenden dar respuesta a ciertas demandas y circunstancias, sobre la base de relaciones de fuerza constituidas por la lucha entre diferentes actores sociopolíticos, y

sobre la base de su posicionamiento estratégico en ciertos dominios del saber (la economía política, por ejemplo), de las tecnologías sociales (por ejemplo, la seguridad social), y de instituciones de poder (el Estado, las organizaciones). Todo lo cual tiene como blanco, el control del cuerpo de los individuos y la regulación de la población como especie. A partir de allí, estas racionalidades y prácticas, una vez constituidas, dan forma al orden social, a nuevas instituciones, constituyen la identidad de los sujetos, gobiernan y regulan sus comportamientos, conductas y acciones.

En el caso de la salud ha descrito los efectos de una política que medicaliza, normaliza, totaliza e individualiza, incluye y excluye. Pero también se ha referido a los efectos iatrogénicos como límites de la eficacia del saber médico, a la comercialización de la medicina, de la enfermedad y de la salud, a sus costos, y a mecanismos reguladores que pueden constreñir aún más la libertad y la autonomía.

Sin embargo, la acción de las fuerzas que constituyen esa relación entre saber y poder sobre el sujeto, sin bien puede ser asimétrica, no es necesariamente unilateral, es decir, el sujeto no queda totalmente sometido a sus designios, sin ninguna opción de resistencia, de preservar o reinventar su libertad. Ese enfoque hace dos cosas: por una parte, promueve la resistencia contra las relaciones coercitivas o controladoras de poder y saber sobre el sujeto y, por otra parte, estimula el desarrollo de nuevas relaciones éticas con uno mismo y con otros.

Otro artículo llamado *“Dilemas éticos vivenciados por enfermeros y presentados en publicaciones de enfermería”* desarrolla un estudio que tuvo como objetivo identificar los dilemas éticos de la enfermería encontrados en publicaciones en el período 2002 a 2006. (10). Se localizaron cuarenta publicaciones, de las cuales seleccionaron diecisiete. El análisis de los artículos permitió la organización de las categorías en: ética, el sistema de salud y la práctica de enfermería. Vinculan la necesidad de hacer el estudio debido a la nueva orientación del modelo asistencial, en el cual se configura la tarea radical de construir una nueva acción de salud, implicando una ruptura paradigmática, conceptual y ética. La enfermería está incluida en ese contexto y vivencia una crisis de paradigma en su práctica, ya que los profesionales

todavía actúan desarrollando una cultura fundamentada en el modelo hegemónico de producir salud, centrado en la queja-conducta y pautado en una clínica empobrecida, reproduciendo el modelo médico. Relacionan la ética y la enseñanza-aprendizaje en la enfermería, la ética y el cuidado de enfermería.

En *“Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas”* se investiga la especificidad de los problemas morales que se presentan en salud. Plantean la siguiente pregunta: ¿acaso la bioética ha desarrollado las herramientas adecuadas para enfrentar los principales dilemas morales que se dan en programas y prácticas de salud colectiva? Donde estos dilemas han sido abordados, la mayoría de los autores suelen adaptar al contexto colectivo, los cuatro principios de “no - maleficencia”, “beneficencia”, “autonomía” y “justicia”. Reflexionan que en salud pública tanto agentes como destinatarios no son individuos, sino instituciones y colectivos. Plantean que las autoridades sanitarias deben asumir algún nivel razonable y efectivo de resguardo de servicios para el cuidado de la salud, de prevención de epidemias y de otros importantes programas de salud colectiva, incluyendo la promoción de salud. Rescatan los contenidos morales del principio de responsabilidad y del principio de protección, pues recuperan el sentido de responder voluntariamente a las necesidades de los otros y también se preocupan de la eficacia y de la efectividad de las medidas de protección sanitaria adoptadas. Plantean que el Estado debe asumir obligaciones sanitarias que implican una ética de la responsabilidad social correspondiente, que llaman ética de protección. No quedan de este modo resueltas las dificultades éticas en salud pública, pero se intenta esclarecer algunos conflictos teóricos y prácticos que se han dado, en particular, por la confusión conceptual entre el nivel privado y el público en el análisis de sus problemas morales. “Esta confusión ocurre cuando, en forma acrítica, se extrapola el modelo principialista del ámbito interpersonal al colectivo.”(11)

“Sobre bioética y medicina de familia” escriben Rogelio Altisent, M.^a Teresa Delgado, Luis Jolín, entre otros, plantean que se conforma un grupo de trabajo que reflexione sobre Bioética y Medicina de Familia a solicitud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunidad. Pretende ofrecer un

documento como marco de diálogo y discusión con otras áreas y especialidades en el ámbito sanitario, e incluso de las humanidades, en relación con la dimensión ética de las ciencias de la salud. Pretenden hacer aportes que permitan discernir los momentos éticos de su práctica diaria.

Plantean que “Hablar de ética es tratar sobre cómo se debe actuar, es hablar de valores que deben ser defendidos y respetados, planteándose en ocasiones dilemas que exigen respuestas responsables. La responsabilidad está necesariamente presente en la dinámica moral. Hay que estar en condiciones de responder de las decisiones personales.”

Incluye una historia breve de la bioética, la filosofía de la medicina de familia, metodología para afrontar dilemas éticos y un capítulo al marco institucional en el que se desarrolla la Atención Primaria y su interacción con la sociedad. También exponen un cuadro clasificatorio de los principales dilemas éticos: en relación con los usuarios y vinculados a otras cuestiones.

Morata García de la Puerta en “*Análisis de dilemas éticos en atención primaria*” presenta una guía «*paso a paso*» que se puede recorrer con cada caso ético para llegar a una o varias soluciones factibles y el análisis de sus posibles consecuencias. Es una propuesta presentada como herramienta de trabajo que sirve para resolver los casos con los que puede encontrarse el médico en la consulta con cierta frecuencia. Plantea que el trabajo en equipo de estos dilemas va a enriquecer mucho la solución final, ya que se van a aportar ideas muy diversas y se van a enfocar los problemas desde una mayor diversidad de puntos de vista.(12)

En “*Dilemas éticos de enfermería presentes en la atención primaria de salud: en la relación enfermera-cliente*” (13). Es una tesis de grado de Enfermería de la Universidad Andrés Bello, Chile, que presenta un estudio cualitativo en donde se determina los principales dilemas éticos que enfrentan los profesionales de enfermería en su quehacer laboral. Realizaron 8 entrevistas semiestructuradas a profesionales de Enfermería de seis centros de atención primaria. Exponen que los profesionales de enfermería pertenecientes a la atención primaria de salud se enfrentan a diario con una gama muy amplia de cuestiones que tienen implicaciones éticas muy ricas en matices. Determinan los principales dilemas éticos a los cuales se ven enfrentados los

profesionales de Enfermería en su quehacer laboral. Estos dan cuenta de: Alteración de la confidencialidad y respeto al resguardo de información como secreto profesional, inequidad en la atención de clientes, priorización de la cantidad y no calidad asistencial, y, por último, falsificación y adulteración de datos en base al cumplimiento de metas y cobertura asistencial en atención primaria.

En lo nacional, se destacan los trabajos publicados por la Dra. Teresa Rotondo. En "*Relaciones profesionales: conflictos de intereses*" (14) define que "conflicto de intereses" es "un conjunto de condiciones en las cuales el juicio del profesional con relación al interés primario (tales como el bienestar de los pacientes o la validez de una investigación) tiende a ser excesivamente influida por un interés secundario (tal como ganancia financiera)". La Asociación Médica Mundial establece con claridad el deber ético de los médicos y la responsabilidad profesional de velar por los intereses de sus pacientes sin considerar edad, sexo, religión o nacionalidad. Y reconoce seguidamente que este deber puede entrar en conflicto con los deberes legales, éticos o profesionales del médico, lo que le produce un dilema social, profesional y ético. Estos conflictos potenciales se pueden presentar:

1. Conflicto entre la obligación de defender y la confidencialidad.
2. Conflicto entre los intereses del paciente y lo que impone el empleador o asegurador.
3. Conflicto entre los intereses del paciente y la sociedad.
4. Conflicto entre los deseos del paciente y la opinión profesional o los valores morales del médico.

En este trabajo, se discute cuáles son las mejores medidas para reducir al mínimo los conflictos de intereses. Las experiencias han mostrado que la convergencia de múltiples estrategias será la mejor manera de abordar estas cuestiones como, por ejemplo:

* La educación moral de los profesionales de la salud, la elevación de su sentido de responsabilidad y honestidad intelectual, que serán los pilares de conductas éticamente correctas.

* Los requerimientos de revelación de conflictos de intereses por parte de las instituciones de educación, investigación y editoriales de revistas científicas.

En otro documento, llamado *“Los comités de bioética: perspectivas”* (15) se refiere a que “...en la actualidad, los avances de las ciencias y de las nuevas tecnologías han originado situaciones inéditas en el seno de las sociedades, las que se enfrentan a situaciones conflictivas, tanto desde el punto de vista ético como social o legal”. Los adelantos científicos y tecnológicos están cambiando todos los parámetros conocidos, se cuestionan los mismos fundamentos de la vida y la muerte de los seres humanos. Plantea que ya no es clara la determinación de lo que debe hacerse como correcto o no, lo que es lícito o lo que es conveniente realizar, y a quién se beneficia o perjudica con el uso de la tecnociencia. Sin duda, estamos en tiempos de dudas y construcción de planteos, opinión y normas.

4. Fundamento teórico

4.1. Concepto de Dilemas y problemas éticos

La palabra *dilema* proviene del latín "*dilemma*", y este del griego, que significan "dos premisas". Es entonces un argumento formado por dos proposiciones contrarias disyuntivamente, de tal manera que, negada o concedida, cualquiera de las dos, queda demostrado lo que se intenta probar. También significa duda o disyuntiva. (16)

En ética, *dilema* (17) se conceptualiza como la elección entre dos alternativas sin que haya elementos para decidirse por una o por otra. En ambas opciones se observan aspectos positivos y negativos, según los valores que hayamos adoptado.

Un dilema ético es como lo plantea Nelly Garzón: "surge cuando aspectos relacionados con la moral, con asuntos de consciencia, entran en conflicto en nuestra vida y demandan la toma de decisiones éticas"... "En la vida cotidiana profesional y personal, con frecuencia enfrentamos situaciones conflictivas o dilemas que exigen decisiones. La necesidad de esa toma de decisiones... No todos los dilemas en la vida son de naturaleza ética, pero los dilemas éticos surgen cuando aspectos relacionados con la moral, con asuntos de conciencia, entran en conflicto con nuestra vida y demandan la toma de decisiones éticas".(18)

La palabra *problema* según el diccionario de lengua española, proviene del latín *problēma*, y este del griego. Tiene diferentes acepciones: cuestión que se trata de aclarar, proposición o dificultad de solución dudosa, conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la consecución de algún fin, disgusto, preocupación, planteamiento de una situación cuya respuesta desconocida debe obtenerse a través de métodos científicos. También se considera un problema determinado cuando solo puede tener una solución, y un problema es indeterminado porque puede tener indefinido número de soluciones.

Un problema suele ser un asunto del que se espera una rápida y efectiva solución. En filosofía, se refiere a lo que pertenece o se juzga desde el punto de vista de la contingencia; es decir, la posibilidad e imposibilidad de

situaciones y cosas. Lo que puede generar inquietud o perturbar la paz o existencia de quien lo tiene en su conciencia.

En su sentido estricto, un *problema ético* es aquello que no está correcto y que afecta al individuo y a la sociedad. Algo que afecta la dignidad del individuo, afecta el bien común y en este sentido, trasciende los intereses de la institución.

En un sentido amplio, un problema ético es un acontecimiento en el que se plantea una situación posible en el ámbito de la realidad, pero conflictiva a nivel moral.

Ello demanda, bien una solución razonada del conflicto, o un análisis de la solución adoptada por el sujeto protagonista de la historia. Lo común es que la situación se muestra como una elección conflictiva: el sujeto protagonista se encuentra ante un escenario decisivo ante el cual solo existen dos, y nada más que dos opciones siendo ambas soluciones igualmente factibles y defendibles. (19)

Por lo que vemos, los conceptos de dilema y problema éticos pueden ser en cierto punto similares, a pesar de que las definiciones de problema y dilema presentan diferencias.

En lo que respecta a la palabra ética, nos lleva a dos raíces griegas: *êthos* y *éthos*. A partir de esta doble raíz, posee dos sentidos: según el primero y más antiguo significa "morada", "lugar donde se habita". Así se entiende el término en las epopeyas homéricas. Se usaba con referencia a los animales para aludir a los lugares donde se crían y encuentran, a los de sus pastos y guaridas.

Después, se aplicó a los hombres y a los pueblos, en el sentido de su país. En este sentido, significó "*carácter*", "lo más propio de alguien", "*su modo de actuar*". El concepto de *êthos* vigente en la época de Aristóteles significa "el lugar que el hombre porta en sí mismo, su actitud, su referencia al mundo y a sí mismo. El *êthos* es el suelo firme, el fundamento de la praxis. La raíz de la que brotan los actos humanos". El *êthos* tiene, a partir de Aristóteles, un sentido más amplio que el que hoy se adjudica a la palabra ética. Lo ético (*êthos*) comprende ante todo las disposiciones del ser humano en la vida, su carácter, sus costumbres. El otro vocablo, *éthos*, significa "*hábito*". Ambos

guardan relación entre sí, en el sentido de que el *carácter*, se forma a través del *hábito*. (20)

La ética también es conceptualizada como la reflexión crítica sobre los valores y principios que guían nuestras decisiones y comportamientos.

En el lenguaje filosófico, se usa hoy *ethos* para aludir al "conjunto de convicciones, actitudes, creencias morales y formas de conducta ya de una persona individual o de un grupo social o étnico."

El *ethos* es un fenómeno cultural. Suele presentarse con aspectos muy diversos pero que no está ausente en ninguna cultura. Todos los grupos sociales, en términos generales, reconocen autoridad o autoridades respecto a un conjunto de pautas -reglas, preceptos, principios- que tienen por objeto regular la conducta, el comportamiento de la gente.

Estas conductas y comportamientos se justifican por lo que se "debe hacer, elegir u opinar" en circunstancias típicas. A la vez que critican, censuran o reprueban a los miembros del grupo cuyo comportamiento se aparta de lo que ellas estipulan, aprueban, alaban o elogian. El acatamiento a estas pautas tiene valor en sí mismo o tiene consecuencias que resultan esenciales para la vida en sociedad.

Los principios éticos en salud son guías generales de la actuación. Se encuentran cuatro principios: autonomía, beneficencia, justicia y no-maleficencia. Para llevarlos a la práctica se deducen normas de comportamiento, puesto que la ética es una ciencia normativa, no solo descriptiva. Estas normas incluyen derechos y deberes que afectan al equipo de salud y a los usuarios. Por ejemplo: consentimiento informado, confidencialidad, veracidad.

Diversos autores han propuesto jerarquizar estos principios desde diferentes puntos de vista. Resulta especialmente interesante el aporte de Diego Gracia (21) quien diferencia dos niveles. En un nivel universal, se encuentran los principios *no-maleficencia* y *justicia*. Son presupuestos éticos de la relación médico-paciente, es decir, previos a ella y, por tanto, independientes de la voluntad del mismo.

1. *El principio de no-maleficencia*, se refiere a la inocuidad de la Medicina

(«primum non nocere»). Hay que respetar la vida física de cada persona porque es el fundamento básico de las ciencias médicas.

2. *El principio de justicia*, exige tratar a todos con la misma consideración, sin hacer discriminaciones. Tiene en cuenta que la vida y la salud son bienes no solo personales, sino también sociales. Este principio pretende conseguir el bien social, tiene en cuenta la equidad, que lleva a proteger más a los más desfavorecidos.

Los otros dos principios se encuentran a nivel particular, y son elementos éticos que constituyen la relación médico-paciente. Aunque algunos autores han intentado jerarquizarlos, pueden considerarse relativos uno al otro, y se debe tener en cuenta a ambos al analizar cada caso:

3. *El principio de beneficencia* pretende que la actuación del médico sea beneficiosa para su paciente. En el ámbito personal, el “bien” del usuario no es mera corrección técnica; el respeto a la persona no consiste solo en llegar a un acuerdo o elegir lo que más se adapte a la situación, sino que incluye el “bien” desde el punto de vista objetivo.

4. *El principio de autonomía* tiene en cuenta la libertad y responsabilidad del usuario, que decide lo que es bueno para él. En caso de conflicto, un profesional no puede hacer “bien” al paciente en contra de la voluntad de este, pero tampoco es posible obligar al médico a hacerle un “mal” (o lo que considera como tal), pudiendo llegar a romperse la relación profesional.

Además del desacuerdo (en personas con capacidad de decisión) pueden surgir problemas cuando falta la autonomía, como en los niños, pacientes mentalmente incapaces, en coma, etc. Hay que saber respetar la autonomía, aunque se encuentre reducida, y buscar la persona más adecuada en su entorno para colaborar en la decisión.

4.2. Dilemas éticos en el PNA

Para hablar de dilemas éticos en el PNA, resulta oportuno definirlo en el marco de los sistemas de salud, antes de abordar cuales son los dilemas éticos que allí se plantean.

En el año 2005, se aprueba por los estados miembros de la OPS lo que se

llamó renovación de la Atención Primaria de Salud (APS) expresada como una orientación estratégica el desarrollo de "sistemas de salud basados en la APS", que asegure mejoras equitativas y sostenibles a la salud de la población.

Este cambio en modelos de atención orientados por la APS conlleva a movimientos transformadores de los sistemas y servicios de salud por razones técnicas y éticas. En estos cambios surge que el PNA deberá ser su escenario principal, por la proximidad que sus servicios tienen al lugar donde transcurre la vida cotidiana de las personas y por configurar una puerta de entrada privilegiada a una red integral e integrada de servicios, con diferentes niveles de complejidad y capacidad resolutoria de los problemas de salud. (22)

Se entiende por niveles de atención, a una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Clásicamente se distinguen tres niveles de atención, de acuerdo con los niveles de complejidad para resolver determinados problemas de salud.

El PNA es la puerta de entrada al sistema de salud, y se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas y centros de salud. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes.

La manera en que se organizan los servicios de salud en sistemas basados en la APS puede variar entre los diferentes países. Sin embargo, tienen características esenciales, accesibilidad, universalidad, énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, acción intersectorial, participación de la comunidad y coordinación entre todos los servicios, con un territorio y población definida.

En nuestro país el artículo 36 de la Ley 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) plantea que:

El PNA está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutoria las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en

contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios. (2)

La bioética se ha conocido a partir de temas como la prolongación artificial de la vida, eutanasia, aborto, diagnóstico prenatal, esterilización, técnicas de reproducción asistida, experimentación con seres humanos, entre otros. Si bien todos estos temas son importantes, no son temas que puedan visualizarse habitualmente en la práctica en el PNA. En este ámbito, se encuentran más relacionados a los desafíos éticos que generan los derechos de los usuarios y los nuevos paradigmas de la relación equipo de salud-usuarios.

En el SNIS, la ley 18335 consagra los derechos y deberes de los usuarios en la atención, donde se establece que toda persona usuaria tiene derecho a:

- Un trato digno y a ser escuchada. Ser respetada y que protejan su intimidad, independientemente de su edad, identidad de género, ascendencia étnica, religión o condición social.
- Ser informada sobre su condición de salud y tratamientos. Incluso, tiene derecho a no conocerla si así lo prefiere, salvo que el profesional tratante entienda que dicho desconocimiento implica un riesgo para la persona o la sociedad.
- Conocer los resultados de sus exámenes y diagnósticos y tener copia de los mismos, a costa de la persona.
- Recibir tratamiento efectivo para el dolor en todas sus dimensiones (físico y emocional) y evitarlo siempre que sea posible, de acuerdo a la evolución de su patología.

- Recibir asistencia de calidad humana y especializada a lo largo de todo el ciclo vital, incluso al final de la vida, lo que se denomina cuidados paliativos, (CP).
- Poder preguntar y recibir, en un lenguaje claro, las indicaciones a seguir.
- Consultar a otro profesional (derecho a una segunda consulta).
- Negarse a que su patología sea utilizada con fines docentes o de investigación.
- Negarse a recibir atención médica y que entonces se le expliquen las consecuencias de esa negativa para su salud.
- Expresar su consentimiento por escrito en la historia clínica para la aplicación –o no– de cualquier intervención diagnóstica, quirúrgica y/o terapéutica que implique un procedimiento invasivo.
- La confidencialidad sobre su condición de salud y motivo de consulta.
- Revisar su propia historia clínica y obtener acceso a la versión electrónica, o a una copia en papel de la misma, tanto en los prestadores integrales como parciales (la copia será a expensas de la persona usuaria, exceptuando situaciones de incapacidad económica para solventarlo).
- Tener un médico referente integrado a un equipo de salud en el primer nivel de atención.
- Tener un lugar de internación sin barreras arquitectónicas y acorde a su identidad de género.
- Ser identificado por el nombre elegido, acorde a su identidad de género, independientemente del nombre legal (23)

Rogelio Altisent describe los dilemas o problemas éticos más comunes en médicos de familia. Plantea que quiénes se desempeñan en el PNA:

“...constituyen de algún modo una comunidad moral, en el

sentido de que comparten una serie de valores, más o menos explícitos, que configuran a la vez un perfil de actitudes que se esperan del profesional. Con frecuencia la práctica clínica y organizativa en el centro de salud, pueden plantear dilemas.” (3)

Por ejemplo, al recomendar una dieta baja en grasas a un usuario con dislipemia, manifiesta que no piensa seguir la prescripción y solicita se le indique un hipolipemiente; ¿se debe acceder a la petición? También nos ilustra la siguiente situación: Un equipo de salud recibe directrices organizativas desde la dirección del servicio de salud, que condicionan y dificultan seriamente la realización de consultas programadas en varios cupos ¿cuál debe ser la respuesta?

Estas y otras situaciones habituales en el PNA, pueden tener variadas conductas que pueden no ser criticables del punto de vista técnico-legal, pero que serían criticables desde una perspectiva de la calidad ética.

Por ejemplo: ¿se puede negar a prescribir el hipolipemiente? ¿Se debe sugerir al usuario a cambiar de médico, sin explorar los motivos que tiene para rechazar la dieta? o que el equipo de salud considere que disminuir las consultas programadas es una clara discriminación, ¿esto es un problema ético?

Altisent propone que las cuestiones éticas que existen en el PNA son bastante características y propias, constituyendo incluso un nuevo campo de cuestiones éticas muy frecuentes en la práctica diaria.

El tipo de intervención se halla influida por la actitud ética de cualquiera de los profesionales que consideremos en el equipo de salud. También se verá influenciada por la preparación en el tema que tengan dichos profesionales.

Plantea que las cuestiones éticas más frecuentes en este nivel de atención se pueden clasificar en problemas o dilemas relacionados a: confidencialidad, autonomía disminuida o ausente, comunicación de malas noticias, consentimiento informado, modificación de estilos de vida, denegación de recetas, certificación médica, atención a usuarios crónicos con dificultades para trasladarse, cuidados paliativos en el domicilio, trabajo en equipo,

distribución de recursos, relación con la dirección, responsabilidad en la formación continua, actividad investigadora, relación con la familia, relación con otros niveles asistenciales, y actitud sobre actividades preventivas.

Las primeras ocho las reúne en un grupo que llama cuestiones éticas relacionadas a la relación con el/la usuario/a. Y las siguientes las reúne en “otras cuestiones”.

También plantea que algunas son comunes con otros niveles, como, por ejemplo: confidencialidad, malas noticias, trabajo en equipo. Y otras son específicas del PNA, como ser la relación con la familia, actitud sobre prevención, etc. Y otras son propias del PNA.

En “Dilemas éticos de enfermería presentes en la atención primaria de salud: en la relación enfermera-cliente” (13), surgen en las enfermeras/os entrevistadas/os con mayor frecuencia, las siguientes respuestas: “alteración de la confidencialidad y respeto al resguardo de información como secreto profesional, inequidad en la atención de clientes, priorización de la cantidad y no calidad asistencial; falsificación y adulteración de datos en base al cumplimiento de metas y cobertura asistencial en atención primaria”.

También mencionan: “iatrogénicas de distintos niveles, violaciones en el grupo familiar sin denuncia, invasión de funciones y roles, mala utilización de recursos humanos y económicos, maltrato de pacientes y profesionales de salud, falta de compromiso profesional en la atención de salud, ejercicio ilegal de la profesión de enfermería, omisión de diagnósticos al cliente por petición familiar, nula solución de problemas en forma óptima, entre otros.”

Plantean que los principales dilemas éticos que surgen con el equipo de salud están asociados principalmente a: “alteración de la confidencialidad y respeto al resguardo de información como secreto profesional, así como el ejercicio ilegal de acciones asistenciales...”.

Estos aspectos pueden aparecer en las entrevistas a realizar en la presente investigación y conformarse en categorías o dimensiones del problema.

Otro aspecto importante por conocer es cómo se resuelven habitualmente los problemas o dilemas éticos en un servicio de salud y específicamente del PNA.

Diego Gracia en su artículo “Qué es un servicio justo en materia de salud” recorre la historia y analiza los distintos modelos de asignación de justicia en los servicios de salud y cómo esta se va conformando en política sanitaria. Clasifica los distintos tipos de justicia según distintos modelos económicos y del pensamiento. Plantea que se puede entender la definición de conflictos desde dos miradas: el relacionado con los principios, que sustenta conceptos como igualdad social o bienestar colectivo. O la mirada de las consecuencias: los administradores y políticos tienen la obligación de optimizar los recursos disponibles. La manera de resolver los conflictos entre principios debería ser con un establecimiento de jerarquía. Los principios posibles. (24)

4.3. La gestión sanitaria

Los servicios de salud son organizaciones muy complejas y susceptibles al cambio, los avances en la ciencia y tecnología hace que las mismas estén sometidas a permanentes cambios. Las necesidades y problemas de salud-enfermedad y las características y forma de proveerlos, le adjudican especificidad a la gestión en salud.

Hugo Villar y Aron Nowinski plantean:

Nuestra actividad, ubicada en la compleja empresa humana al servicio de la salud de los seres humanos, presenta dos polos creadores que se mueven en el campo teórico o abstracto y en el campo práctico o concreto, en mutua complementación desde el momento en que presentan causalidad y exigencias recíprocas. (25)

La doctrina en salud se construye en el campo concreto de la salud del ser humano; mientras que la teoría se construye en la práctica, desde el proceso social de producción de la atención a la salud. Ambos polos creadores son los que inspiran la programación y ejecución de nuestras acciones de salud. (25)

La doctrina se conceptualiza en un conjunto de normas y principios orientados hacia la acción; que, si bien no toma en cuenta el “dónde, cuándo, cómo y con qué”, no deja de ser un momento absolutamente necesario de toda actividad humana. Debe estar fundamentada en conocimientos regidos por normas de

acción objetivas y subjetivas; inspiradora de nuestras acciones," realiza la armonización de disciplinas fundamentales del campo teórico: la ciencia, la técnica y la moral". (25)

En este sentido los mismos autores mencionan entonces que "la gestión en salud debe tener una concepción integral para la producción social de salud ", y que, a su vez, debe apoyarse en una concepción integral de la gestión o administración de los servicios de salud. Debe desarrollarse de acuerdo con una metodología científica y racional (proceso administrativo), que atienda la satisfacción de las necesidades en salud de la población, de una manera de lograr la mayor eficacia de los servicios de salud, con la mayor satisfacción del personal, y el mayor beneficio para quienes reciben los servicios.

Parece necesario aclarar el término gestión. Hoy el concepto de gestión se vincula a los resultados, a un enfoque estratégico, con orientación hacia los actores (internos y externos), establecer los objetivos y asegurar que se logren.

Se considera al gestor como un agente y promotor de cambio, "un creador de certezas para la organización"

Tobal plantea que existen tres niveles de gestión en salud:

La macrogestión, que comprende las políticas de salud y las características de los sistemas de salud.

La mesogestión, que corresponde a las organizaciones e instituciones de salud, responsables del cumplimiento de los objetivos, llevar adelante los planes de salud, el establecimiento de redes Integradas de Salud

La microgestión, es el campo más específico de la actuación y responsabilidad profesional, se refiere específicamente a la Gestión Clínica (26).

Un sistema de salud se establece para satisfacer una función social manifestada por necesidades y demandas de servicios de salud. Son una interrelación de recursos, finanzas, organización y administración que culminan en el suministro de servicios de salud a la población. El sistema existe para atender y beneficiar a la sociedad y su centro de interés es el paciente, pero no se puede olvidar que los proveedores de los servicios

también tienen necesidades de seguridad, sociales y de reconocimiento que son válidas y no deben ser ignoradas.

"Los sistemas de salud son de una gran complejidad debido a que sus elementos incluyen, los valores sociales, que interactúan con otros elementos de tipo técnico, político, cultural, administrativo, para prevenir o curar la enfermedad cuando es posible y rehabilitar física, psicológica y socialmente a quien lo requiera. Para explicar un sistema tan complejo, muchos autores han intentado hacerlo por medio de modelos, entre ellos sobresalen los propuestos por Bárbara Starfield, Deniston, Donabedian.

Los sistemas de salud y sus subsistemas (clínicas, hospitales, unidades asistenciales) deben contar con una administración eficiente, con el objeto de poder cumplir las metas que contemplen sus diferentes programas de salud, y con ello dar respuesta a las necesidades que la sociedad les demande (27).

Según Tobar, todo sistema de salud se puede pensar desde tres componentes:

- Político, que llamaremos modelo de gestión en el análisis del sector salud
- Económico, que llamaremos modelo de financiamiento.
- Técnico, que llamaremos modelo de atención o asistencial

El modelo de gestión es una forma sistemática de tomar decisiones dentro de la propia organización, basada en la definición de prioridades.

Definir el modelo de gestión implica determinar quien toma las decisiones, como y cuando. La gestión conlleva involucrar y considerar a los actores, si no se toman en consideración sus valores e intereses en la misión de la organización, es posible que el resultado sea la desmotivación y frustración. El autor plantea que definir un modelo de gestión involucra definir el "ser, el hacer y el estar" de la organización, o definir el "esquema de conversión " que va a desarrollarse, es decir el proceso por el cual los recursos se transforman en objetivos.

El modelo de financiamiento es la definición económica de cuanto se debe gastar en salud, de dónde provienen los recursos y cómo se distribuyen.

El modelo de atención es un problema relacionado a cómo y dónde prestar atención sanitaria. Es decir, como debe ser dividido y organizada la atención para dar respuesta a las demandas y necesidades de la población.

4.4. La ética y la gestión sanitaria (modelo de gestión ética)

En el mundo de las organizaciones públicas y privadas, se enfrentan al dilema de: a) los criterios de eficiencia y eficacia, y b) la demanda de principios y valores éticos en la gestión.

La eficacia tiene que ver con la productividad y los resultados, y se basa en que el fin justifica los medios. La gestión responsable aplica ciertos principios de carácter ético, respetando valores de libertad, igualdad, equidad, solidaridad y las justas demandas de la comunidad, no solo de los clientes, sino también en los trabajadores.

El dilema surge por la falta de congruencia entre la maximización de resultados económicos y las necesidades de desarrollo humano en la misma organización.

La gestión responsable refiere al respeto de los derechos humanos, estabilidad del empleo, igualdad de oportunidades y la consideración de los impactos ambientales. Principios que deben ser concretados en decisiones.

Según Guédez (2001) el carácter ético de la empresa se construye de adentro hacia fuera y viceversa, empleando a las fortalezas y debilidades internas, las cuales están relacionadas con las amenazas y oportunidades del entorno, es decir, externas, con el fin de promover los valores éticos en las personas que trabajan en la organización. La ética comprende principios o pautas de la conducta humana; por lo tanto, se considera como ciencia normativa, ya que se ocupa de las normas del comportamiento de los individuos. En este marco se presenta la asistencia a la salud, donde debe demostrarse en los roles éticos que sus profesionales, gestores y trabajadores asumen un rol cuidador, empleador, ciudadano y administrador, expresados en principios de ética organizacional que deben guiar el quehacer en las instituciones de salud. (28)

En las organizaciones, en especial de salud, la ética implica guías de comportamiento para ser aplicadas en realidades concretas y cotidianas. Por esta razón los gestores deben adoptar una actitud personal y activa hacia la toma de decisiones orientadas a valores éticos.

Es así que la ética entendida como los valores, principios y normas de las personas, se sitúa como un componente del nivel implícito de la cultura no solo personal sino organizacional. Por ello, la implantación de procesos asociados a la gerencia en general en las organizaciones que prestan servicio a la salud debe fundamentarse en fortalecer la gestión ética, lo cual implica abordarla desde la perspectiva del servicio a las personas.

Es así como los equipos de salud de cualquier organización deben impulsar, dinamizar y consolidar la atención, al servicio de los pacientes. Por ello es indispensable que se tomen decisiones formales de orden administrativo para conformar y darle operatividad a un equipo promotor de gestión ética en todas las áreas y dependencias de la organización, con capacidad para diseñar e implantar acciones, haciendo seguimiento, evaluando y proponiendo ajustes sobre la ética y el liderazgo en las organizaciones de salud.

La ética fundamentada en principios, valores y compromisos éticos construidos de manera participativa y consensuada debe convertirse en práctica y hábito de comportamiento

Para Wigodski (2006) (29) en la asistencia sanitaria debe demostrarse en los roles éticos que sus profesionales, gestores y trabajadores asumen un rol cuidador, empleador, ciudadano y administrador. Estos roles se expresan en cuatro principios de ética organizacional que deben guiar el quehacer en las instituciones de salud:

-Proveer cuidado con compasión, en la institución de asistencia sanitaria se da una relación asimétrica entre los proveedores, que tienen habilidades y conocimientos expertos, y los pacientes, que son vulnerables no solamente porque están enfermos sino también porque usualmente carecen de ese conocimiento experto sobre aquello que les sucede, haciéndoles dependientes de que quienes los cuiden actúen en su interés.

-Tratar a los trabajadores con respeto, por ello el primer principio de proveedor de cuidados en el área de salud se funda en la ética clínica, basado en los principios, asociados a los roles de empleador, servidor público y administrador. La relación entre el gestor y el trabajador debe ser de recíproca responsabilidad, aunque con un diferencial de poder.

-Las organizaciones pueden y deben entregarles poder a sus trabajadores para que lleguen a ser actores responsables del sistema de salud, mediante la creación de un clima éticamente correcto, ayudándolos en su crecimiento profesional y ético. Ese acceso a instancias de poder por parte de los trabajadores de la salud se hace imperativo para que estos asuman la responsabilidad por sus propias acciones y no se refugien detrás de reglas, formalidades y estructuras. Tratar de cubrir las expectativas que la ciudadanía deposita en estas en general, y en los cuidadores en particular,

-Gastar los recursos razonablemente, donde el último principio se relaciona con la sustentabilidad económica que se exige a los administradores de las organizaciones de asistencia a la salud, encargados de promover el éxito de sus instituciones, considerando la disponibilidad de los recursos.

Es conviene establecer un proceso de construcción hacia la sólida gestión ética, por lo cual metodológicamente requiere ser comprendido y abordado desde múltiples dimensiones que consideren y den respuesta a las demandas de los pacientes. (30)

Y en función de esto, se presentan las cinco dimensiones metodológicas desde las cuales se ha concebido el diseño de los procedimientos e instrumentos, las cuales deben entenderse en estrecha interconexión e interdependencia:

- Una dimensión axiológica, donde se asume el ejercicio por parte de los médicos y enfermeros de la función administrativa hacia el cumplimiento de los fines dirigidos al bien común, complementando los principios y valores éticos que permitan garantizar tanto una actitud positiva del personal hacia el cumplimiento de la normatividad, como la coherencia y direccionamiento en sus actuaciones para el logro de los objetivos estratégicos de la organización.
- Una dimensión normativa, que entiende la oportunidad y pertinencia de que la organización cuente con unos preceptos (códigos) éticos referidas al deber ser de los individuos y de las organizaciones, sirviendo de orientador de las conductas.
- Una dimensión racional, que ilustra y argumenta, mediante conceptos y razones, la bondad, conveniencia y necesidad de obrar conforme a los

preceptos éticos y normas legales.

- Una dimensión emocional, propiciando cambios en las conductas, es forzoso modificar las actitudes en el usuario, así como incrementar la capacidad de ponerse en el lugar del otro y de sentir lo que sentiría el otro como consecuencia de mis actuaciones.
- Una dimensión comunicativa, que permite entender que todo proceso de construcción colectiva y de afectación a la cultura organizacional requiere de permanentes y acertadas acciones comunicativas para la circulación amplia y fluida de información en sentido horizontal, ascendente, descendente y cruzada, y para la construcción de acuerdos sobre los significados, el qué, y los sentidos, por qué y para qué, de los principios, valores y compromisos que se propongan, en este caso la atención a las personas.

4.5. Dilemas éticos relacionados a la institución (recursos y normas)

Diego Gracia, ante la complejidad del tema justicia de los servicios de salud en la distribución de los recursos, plantea el desarrollo de fuerzas en dos niveles distintos, que llama deontológico o de los principios y teleológico o de las consecuencias. Una teoría coherente de la justicia es imposible sin cualquiera de ellos. (31)

El momento deontológico: un sistema justo de servicios de salud significa, en este primer sentido, lo que se ajusta al modelo. Así, decimos de un acto que es justo cuando resulta acorde con la ley, y de esta, que es justa si es expresión de los principios morales. Injusto es, por el contrario, no ajustado a un principio general, norma o criterio.

El momento teleológico: la asignación de recursos escasos. En este sentido el término justicia tiene dos caras: una mira hacia los principios y la otra hacia las consecuencias de los actos. En el primer caso, decimos de algo que no es justo cuando viola un principio deontológico, como el de veracidad. En el segundo, aplicamos el concepto de justicia en contextos claramente teleológicos, de modo que nos parece injusto todo lo que no consigue el máximo beneficio al mínimo costo.

La justicia no consiste tan solo en el respeto de los principios morales, sino

también en las consecuencias buenas de los actos. Este segundo aspecto de la ética de la justicia tiene la ventaja de ser cuantificable mediante procedimientos matemáticos como los que utilizan los economistas o estadistas (rendimiento y la utilidad).

Puede decirse que la racionalidad económica es indispensable para la racionalidad ética, "la idea de justicia no es por completo ajena al criterio de la máxima utilidad que la económica".

La justicia distributiva debe regirse siempre por la relación costo-beneficio, por más que los recursos sanitarios sean limitados, que generalmente siempre lo son, no sería justo desviar fondos de otras partidas del presupuesto a la salud, si la relación costo- beneficio es mejor en esos otros campos, por ej. educación, vivienda. Por otro lado, hay que priorizar el uso de los recursos limitados en actividades que con un menor costo produzcan un mayor beneficio en salud. En este sentido, habría prestaciones y servicios de salud que no podrían ser exigidos en términos de justicia, si se considera la baja relación costo-beneficio, como sucedía hasta hace muy poco con los trasplantes de órganos, y las muertes cerebrales, o estados vegetativos permanentes.

Diego Gracia dice que "solo con los principios deontológicos no se construye una teoría coherente de la justicia. Hace falta el complemento teleológico que evalúe y pondere las consecuencias. Esto permite explicar la importancia que hoy tienen los estudios bioéticos sobre lo que se ha dado en llamar contención de costos y distribución de recursos escasos".

Cuando se administran los recursos de una institución de salud, no puede hacerse en forma intuitiva; la responsabilidad moral y legal es muy grande y para desempeñarla bien es necesario prepararse. No puede negarse que los resultados serán mejores entre mayor sea la preparación, los conocimientos y la experiencia profesional y en administración. Pero no es tan sencillo, ya que está completamente relacionado con el aparato burocrático de la política sanitaria, lo que en cierta medida apela al concepto de justicia distributiva.

Una preocupación de la gestión es asegurar recursos para que el equipo de salud preste los servicios planificados. Los diferentes tipos de recursos

utilizados para el cumplimiento de los objetivos deben estar en equilibrio, haciendo un uso eficaz y eficiente de los mismos, basados en la satisfacción de los involucrados, usuarios y personal.

Para los gestores, las relaciones de trabajo son fundamentales, hacer que los integrantes del equipo trabajen juntos y en cooperación. Desde el punto de vista organizacional se describen en relaciones funcionales y estructurales. Las funcionales derivan de la naturaleza técnica del trabajo y el lugar que ocupa. Las relaciones estructurales se relacionan con las normas y reglas administrativas, en especial con la autoridad y la responsabilidad asignada a los individuos.

Las personas son el recurso más importante de la institución, a través de ellos se logra el cumplimiento de las actividades y tareas para alcanzar los fines, que se traduce en la eficiencia de la institución. Eficiencia entendida como los resultados obtenidos y el esfuerzo realizado, considerando que se trata de personas y su desempeño.

Hasta finales de los años 70 la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) plantea que: "la administración de los recursos humanos en salud se limitaba a la aplicación de procedimientos, en forma rutinaria, divorciados casi siempre de los procesos de organización del trabajo y de los propios trabajadores/as. El nivel de compromiso del trabajador/a, su rendimiento, su experiencia y conocimientos rara vez eran tomados en consideración. Todo lo anterior generó un sistema de gestión de los recursos humanos vertical, burocrático y alejado de la realidad y dinámica de los servicios de salud"

Como resultados de estas críticas a la administración de estilo taylorista, se promueven cambios colocando a los recursos humanos en salud como un factor en que deberán centrarse las estrategias que hagan posible y viable el cambio de modelo de atención.

Es así que se comienza a promover el trabajo en equipo, como una forma de resolver los problemas que se presentan en la prestación de los servicios y en el mejor desempeño de sus integrantes. A su vez, el trabajado en equipo es uno de los principios básicos para el modelo de atención en el PNA, con enfoque familiar y comunitario.

En este sentido importa también considerar que la relación entre ética, eficiencia y equidad que se ha venido desarrollando, se completa con la relación entre ética y práctica clínica.

Los cinco principios éticos de tal práctica (beneficencia, no maleficencia, decir la verdad al paciente, autonomía y justicia) pueden ser resumidos en tres: beneficencia, autonomía y justicia, de acuerdo con el método propuesto por Diego Gracia, llamado "principialismo jerarquizado". En este se tiene en cuenta la necesidad de considerar una serie de principios que sirven de salvaguarda de valores importantes, y, por otra, de resolver los conflictos que se plantean en la realidad. (31)

Según el principio de beneficencia (incluye al de beneficencia y no maleficencia), los beneficios para el paciente derivados de la aplicación de una tecnología o procedimiento deben ser superiores a sus riesgos. La aplicación de cualquier procedimiento conlleva un riesgo, pero si los esperados beneficios son mayores que los riesgos no habrá conflicto en términos éticos (balance entre riesgo y beneficio).

El principio de autonomía (incluye los principios de decir la verdad al paciente y de autonomía), es decir el respetar la decisión del paciente en cuanto al tipo de tratamiento aplicado. En este principio, si bien en teoría es el paciente quien decide. Sin embargo, si no dispone de información suficiente para tomar su decisión, generalmente se deja la decisión en manos del médico, o a través de la información y consejos del mismo.

Según el principio de justicia, una actuación no es ética si no es equitativa, es decir, si no está disponible para todos aquellos que la necesiten. Teóricamente el decisor en este principio es el político o la persona responsable en la asignación de recursos, pero en la realidad el uso en la cantidad y tipo de los recursos depende en gran parte del médico.

El médico, pensando en prestar el mejor y máximo cuidado a un paciente concreto, puede, a su vez, estar evitando la disponibilidad de recursos para otro paciente que necesite ese u otro cuidado.

Este análisis, desde una perspectiva ética, señala la responsabilidad del médico y también del equipo en los servicios de salud, pero también confirma

la gran responsabilidad de los que toman decisiones en política de salud y en asignación de recursos, que deben asegurar cuidados basados en los principios éticos (de procedimientos efectivos, información a los pacientes y participación ciudadana y desarrollo de un sistema equitativo).

Otro aspecto es que, para construir una gestión ética, es necesario modificar ciertas conductas, a través de acciones en el campo organizacional para afectar directamente los comportamientos y actitudes de los profesionales. Si bien establecer normas, definir procesos organizacionales, sistemas de control y de reconocimiento es muy importante dentro de las estrategias del proceso de implantación de la gestión ética, no es suficiente.

Las normas, leyes y procesos organizacionales, van dirigidos a la reglamentación de las actuaciones de los sujetos, pero el cumplimiento depende sustancialmente del sentido, valores y principios de quienes deben ejecutarlas. Es necesario entender cuáles son las resistencias o dificultades que se presentan en las personas para implementar los cambios en una organización.

Las creencias, modelos mentales o paradigmas y principios, son estructuras de pensamiento arraigadas a lo largo del aprendizaje de cada individuo, que influyen para interpretar, dar significado y explicación a sus vivencias. También preceden a la configuración de los valores, que son criterios que la persona utiliza para evaluar como beneficiosos o inconvenientes los discursos y postulados que escucha, así como las acciones que ella misma u otras personas realizan.

Las normas personales son reglas de conducta adoptadas desde el fuero íntimo acerca de cómo comportarse en las interacciones consigo mismo y con el entorno, que disponen a las personas a mantener una u otra actitud ante las diversas situaciones que en el transcurrir de su vida deba enfrentar (...)

Las actitudes son disposiciones para la acción, que dependen de cómo nos sentimos con respecto a algo o alguien, y predicen nuestra tendencia a actuar de una determinada

manera, lo que se traduce en conductas concretas, que dependiendo de cuáles sean, generan un cierto tipo de gestión y unos determinados resultados. (32)

En suma, la instalación de un clima ético puede estar representado por el código ético, en términos reales y no solamente formales, y cuyo contenido abarca los materiales y los procedimientos necesarios para ello: los objetivos perseguidos, los valores declarados, el alcance de los servicios prestados, las reglas o principios para solucionar los problemas clínicos difíciles o los conflictos internos, el establecimiento de una mejora continua de la calidad asistencial, los mecanismos de participación de la sociedad en cuyo entorno actúa la institución sanitaria, el fomento de la corresponsabilidad y la participación de los médicos y otros profesionales sanitarios, la transparencia de las actuaciones, los medios para contrarrestar la asimetría de la relación sanitaria y el establecimiento de protocolos o guías clínicas.

5. Diseño metodológico

5.1. Diseño de la investigación

El presente estudio fue de tipo cualitativo, descriptivo, realizado a través de la de entrevistas semiestructuradas. Se intenta comprender el fenómeno a través del análisis de las respuestas de los participantes, lo que nos permite conocer sus conceptos, impresiones e ideas en relación al tema, más que cuantificar los dilemas éticos en la práctica y en la gestión del PNA.

“La investigación cualitativa se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de seres vivos, sobre todo de los humanos y sus instituciones (busca interpretar lo que va captando activamente).

Postula que la “realidad” se define a través de las interpretaciones de los participantes en la investigación respecto de sus propias realidades. De este modo convergen varias “realidades”, por lo menos la de los participantes, la del investigador y la que se produce mediante la interacción de todos los actores”. (4)

Se busca” describir, comprender e interpretar los fenómenos, a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias de los participantes”. Para ello se aplica la lógica inductiva, de lo particular a lo general, se analiza cada dato y los segmentos de datos son organizados en un sistema de categorías.

Se inicia con un protocolo común entre cuatro estudiantes que cursaban dos Maestrías: Gestión de Servicios de Salud y Salud Comunitaria en la Facultad de Enfermería, Universidad de la República. De esta manera cada maestranda tuvo sus objetivos, marco conceptual, preguntas de investigación en relación al objeto de estudio, en común e individuales respecto al objeto de estudio.

5.2. Población a estudiar

Estuvo conformada por integrantes de los equipos de salud y de gestión de servicios de la Administración de Servicios de Salud del Estado de la Red de Atención de Primer Nivel (ASSE-RAP) en el Departamento de Montevideo, Uruguay.

Se consideraron a integrantes de los equipos de salud y de gestión, ya que interesaba conocer los dilemas y problemas éticos, en especial aquellos relacionados a la institución (recursos y normas) desde los diferentes roles que desempeñan en la institución.

Los servicios considerados se seleccionaron en base a la variabilidad geográfica, perfil demográfico y número de profesionales y de usuarios en cada región (Región Oeste, Este, Centro y Sur), de la ciudad de Montevideo, en conjunto con las autoridades correspondientes.

Previamente se solicitó la autorización correspondiente a la Dirección General de RAP-ASSE (Anexo 1) y el consentimiento informado a cada persona que se entrevista; así como la autorización para grabarla (Apéndice 1).

Para la determinación de la muestra se tomó el criterio de saturación, entendiendo por saturación como el momento en el que no surge ningún elemento nuevo respecto al objeto de investigación y la información se torna repetitiva.

5.3. Criterios de inclusión

Como criterio de inclusión se plantea que los integrantes del equipo de salud y de gestión tuvieran al menos un año de trabajo en el equipo, y contemplar la participación de diferentes disciplinas.

5.4. Técnica, procedimientos e instrumento de recolección de datos

En función de los objetivos y la metodología se elaboró una entrevista semi estructurada (Apéndice 2), basada en la investigación multicéntrica de la que partimos, con preguntas que nos guiaron y que también nos permitió

introducir otras adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados. Es así que algunas preguntas no fueron consideradas en su totalidad, ya que correspondían al interés del resto de las integrantes del proyecto.

Se realizó una prueba piloto en un servicio no involucrado en la investigación, que consistió en la aplicación y evaluación del instrumento.

Posteriormente se contacta telefónicamente a la población, es decir a aquellos integrantes de los equipos de salud y de gestión de los servicios seleccionados, para acordar las entrevistas. Las mismas se realizaron en forma individual, en espacios acordados con anticipación, que permitieran el desarrollo de las mismas con reserva. Las mismas fueron grabadas por las propias autoras.

Como se mencionó, se realizaron las entrevistas con criterio de saturación, que surge cuando comienzan a obtenerse repeticiones en las respuestas y se considera que se ha alcanzado la variabilidad buscada. “La saturación, cumple de alguna manera, la misma función que la representatividad estadística de la muestra en los estudios cuantitativos” (5)

5.5. Unidad de análisis

Profesionales de los equipos de salud y de los equipos gestión

5.6. Plan de análisis

Cabe señalar que algunas preguntas del formulario no fueron consideradas en el análisis, ya que correspondían al interés y objeto de estudio del resto de las integrantes del proyecto como fuera mencionado con anterioridad.

Se realizó el análisis de contenido, identificando las unidades de significado y categorías. El análisis de contenido buscó identificar los aspectos que contribuyen a explicar el sentido y significado que les atribuyen las personas entrevistadas a los dilemas y problemas éticos más frecuentes.

Los resultados son descriptivos y plantean interpretaciones de las posibles relaciones y conexiones entre las categorías obtenidas.

Los resultados pretenden aportar información que contribuya a la búsqueda de soluciones o caminos a transitar para llegar a ellas.

5.7. Aspectos éticos

Consentimiento escrito: Para contar con la aceptación explícita de participar en la investigación, se solicitó a los profesionales a entrevistar, que den de modo escrito su consentimiento informado, siendo su participación absolutamente voluntaria. Se enfatizó en el resguardo que sus datos personales no serían publicados y su identidad que será anónima en forma y en código que sólo el investigador conoce.

6. Presentación y discusión de resultados

Se presenta la información obtenida en las respuestas a la entrevista semiestructurada realizada a trece profesionales de los equipos de salud y de gestión de los Centros de Salud RAP Metropolitana de ASSE, en Montevideo, Uruguay. Los mismos dieron su consentimiento a la entrevista, no teniendo objeción en ninguno de los casos.

En primera instancia se muestran las características de dicha población y en segundo lugar las respuestas más significativas categorizadas de acuerdo con los objetivos y lo manifestado en las entrevistas por los participantes.

6.1. Características de la población entrevistada

Entre los profesionales entrevistados predomina el sexo femenino, solo uno de ellos es del sexo masculino, 8 de los entrevistados tienen más de 20 años de trabajo en la institución, mientras que el resto hace menos de 20 años. Según las profesiones del grupo entrevistado se distribuyen en: 4 médicos, 4 licenciadas en enfermería, 1 obstetra-partera, 1 trabajadora social y 3 odontólogas.

En cuanto a la función que cumplen en el centro de salud, tenemos que 5 son profesionales que están vinculados a la asistencia directa y 8 son integrantes de los equipos de gestión. Estos integrantes de los equipos de gestión presentan títulos de formación en especialidades de posgrado, cinco de los entrevistados en Gestión de los servicios de salud, uno en Medicina Familiar y Comunitaria, uno en Medicina interna y Hematología y una en Enfermería Familiar y Comunitaria.

La mayoría de los entrevistados refieren haber recibido aportes sobre aspectos de la ética y/o bioética en su formación profesional en cursos de grado y posgrado, aunque se observa cierta dificultad al inicio de la entrevista en posicionarse en el tema.

6.2. Respuestas y análisis de contenido

Se presenta la información obtenida a través del análisis de contenido, y se

organiza en categorías generadas en función de lo manifestado en las respuestas, los objetivos y los fundamentos teóricos.

Se presentan entonces los resultados en función de la categorización realizada y respuestas textuales que den muestra de estas. Para identificar las respuestas de acuerdo con la función que cumplen se identifica con una "P" a los profesionales entrevistados que tiene la función de atención directa y con la letra "G" a los integrantes del equipo de gestión, numerando las entrevistas de acuerdo al orden de realización.

- 1) Concepto sobre dilemas y problemas éticos
- 2) Problemas éticos que se presentan en el trabajo cotidiano
- 3) Problemas éticos relacionados al sistema institucional, recursos y normas.

6.2.1. Concepto sobre dilemas y problemas éticos

En esta primera instancia se busca dar respuesta a la pregunta ¿Qué considera como dilemas y problemas éticos?

Se puede decir que, en las repuestas de los entrevistados, se ha conceptualizado el término dilemas y problemas éticos, de forma indiscriminada. Hay coincidencia con lo expresado en los fundamentos teóricos: los conceptos de dilemas y problemas éticos pueden ser en cierto punto similares, a pesar de que las definiciones de problema y dilema presentan diferencias.

En este punto es necesario retomar lo qué se entiende por dilemas y por problemas éticos.

“En ética, el dilema se presenta cuando debemos elegir entre dos alternativas, sin que haya elementos para decidirse por una u otra, al observar en ambas opciones aspectos positivos y negativos, según los valores que hayamos adoptado, y sin que el recurso a estos valores nos permita tomar una postura que no los contravenga en alguna medida”. (16)

Un problema ético es aquello que no es correcto y que afecta al individuo y a la sociedad. Algo que afecta la dignidad del individuo, afecta el bien común y en este sentido, trasciende los intereses de la institución. En un sentido amplio, un

problema ético es un acontecimiento en el que se plantea una situación posible en el ámbito de la realidad, pero conflictiva a nivel moral.

De acuerdo con Gracia (2001), los problemas éticos son conflictos de valores que, al contrario de los dilemas, tienen varias soluciones posibles y no solo las dos extremas, opuestas y excluyentes. Basta con que alguien lo defina como tal, para que una situación sea considerada como problema ético (32).

Entre las respuestas de los entrevistados aparece el concepto de dilema y/o problema ético como una manera de percibir los problemas y las soluciones de acuerdo a las diferentes ópticas y valores, y acorde con ello distintas alternativas para resolver el problema o elegir una opción determinada. Aparece la consideración y el reconocimiento de la diferencia de valores que puede tener el usuario, e implícitamente el derecho que tienen las personas, las familias y los grupos, a participar activamente desde el momento mismo de la identificación de los problemas de salud.

Me presentan, no sé, modos de ver el mundo, y los problemas que vienen a presentar y las diferentes alternativas muy disímiles de lo que uno a veces puede pensar o no, desde uno, desde sus propios valores, ¿no? (Ent. P1)

Muchas veces tiene que en la consulta contrarrestar y ver diferentes visiones que no siempre son las que uno y digo de las que uno piensa (Ent. P1)

Otras respuestas plantean que los dilemas y problemas éticos son situaciones que pueden tener por lo menos dos alternativas: entre lo correcto y lo incorrecto, lo que es bueno y lo malo. En estos aparece la asociación de dos conceptos, moral y ética. La Moral se relaciona con el término costumbre y hace referencia al conjunto de normas que establece una sociedad como un marco regulatorio del comportamiento de sus integrantes. Según R. Altisen et al "el término «ética» procede de la palabra griega «étos» que significa costumbres o conducta, y tiene etimológicamente un significado equivalente al término «moral» que deriva del latín «mos, moris». La Ética Filosófica o Filosofía Moral como disciplina estudia la moralidad de los comportamientos y trata de buscar un razonamiento sobre cómo debemos vivir, se pretende dar

razones y respuestas del por qué una acción es buena o mala, correcta o incorrecta." Plantea que "Hablar de ética es tratar sobre cómo se debe actuar, es hablar de valores que deben ser defendidos y respetados, planteándose en ocasiones dilemas que exigen respuestas responsables. La responsabilidad está necesariamente presente en la dinámica moral " (3)

Uno siente contradicciones ¿no?, entre lo que uno quisiera, lo que te vienen a plantear, lo que uno considera que es bueno, es malo, ... sería el menos mal. (Ent. P1)

Las cuestiones que uno trae en su formación, la historia previa, después la formación profesional influye o no en la consulta; y más en ese tipo de consulta (IVE) donde tiene mucho que ver con éstos. (Ent. P1)

Para saber si estamos haciendo algo ético o no ético tenemos que tener claro que es la ética para nosotros ¿no? que la ética es fundamental primero como seres humanos ¿verdad? (Ent. G2)

Se mezcla lo moral con lo profesional... Es un problema de conciencia. Es un problema de que no hiciste lo que correspondía, no hiciste lo indicado. No hiciste lo que está en la tapa del libro. No hiciste lo que doña María sabe, lo que sabe todo el mundo que está mal o está bien, o sea, no optaste por el bien de ese paciente. Sea lo que sea, ética es una sola cosa. Tener ética significa hacer lo correcto, hacer lo que se debe, a riesgo de muerte... (Ent. P8)

...Cómo nos manejamos nosotros como individuos, como ciudadanos, como padres, como hermano, como compañero, como amigo. En todas esas relaciones, en esos roles que todos tenemos en esta comunidad, o en esta sociedad, siempre tenemos que estar con ética... (Ent. G2)

Lo ético es lo que está vinculado a la moral, a lo que uno entiende como que está bien o está mal, y muchas veces en el quehacer diario se nos plantean algunos aspectos que si

uno los ve de un punto de vista están bien, pero mirados desde otro punto de vista a uno a veces le surgen ciertos cuestionamientos sobre si eso debería ser así. (Ent. G13)

Otro concepto que surge y es necesario conceptualizar es el de «Deontología», ya que también encontramos referencia al término, como un aspecto relacionado al quehacer de cada profesión, y que incide en el comportamiento y en la resolución o toma de decisiones del profesional. El término, que viene del griego déon, deontos, que significa deber, obligación, y a veces se utiliza también como sinónimo de ética y moral. En cambio, la Deontología se refiere al conjunto de deberes de una profesión expresado en un código de normas éticas que afectan a los profesionales de un determinado colectivo, que debe ser por las profesionales correspondiente, con el fin que de vigilar por la calidad del ejercicio de la profesión y su prestigio social. (31)

Algunas expresiones que aluden a este concepto, y que es nombrado como otra consideración ética:

...Y por supuesto en el área laboral, o en el área profesional también existen normas, verdad, de ética. Que más allá de la profesión que tengamos siempre la ética tiene que existir... hay códigos deontológicos verdad de cada profesión, pero siempre son normas verdad, que son las cosas que se deben realizar, lo correcto... (Ent. G2).

Dentro de los problemas éticos que podés tener como profesional, es no llegar a poder desempeñarte frente a todas las dificultades que tenés en los servicios, en las instituciones, con toda la problemática social... El ético es a veces no poder cumplir con todo esto, con la problemática que tenés... (Ent. G5).

¿Algo ético? algo que, ¿no?, hago con responsabilidad, de acuerdo a los principios, con los cuales yo me he formado en la carrera, ¿no?, algo que se desvíe y que este además perjudicando a las personas, no es cierto algo por ahí, que estoy faltando a la ética. Algo que va contra los principios del

cuidado de enfermería, perjudicando al usuario y eso creo yo que está saliendo de la ética, ¿no?" (Ent. P7).

Un dilema es para mí algo de difícil solución o que no tiene solución. Y problema ético, es cuando nos encontramos ante una confrontación a veces de intereses, por ejemplo... (Ent. G10).

Es bastante amplio, dilemas éticos tiene que ver con cualquier posible dificultad, contradicción que se pueda generar en las prácticas cotidianas, sea en lo personal, en la práctica o por intereses que puedan vincular la práctica profesional con otro tipo de intereses, personal, dilema ético es en cada momento hasta la forma que se pueda atender a una persona, o brindar lo mejor sin que haya otros mecanismos intermediarios u otro tipo de intereses... (Ent. G11).

6.2.2. Dilemas y problemas más frecuentes que se le presentan en el trabajo cotidiano

En esta categoría se busca dar respuesta a la pregunta sobre ¿cuáles son los dilemas y problemas éticos más frecuentes que usted ha encontrado en su trabajo con los pacientes y/o familias? Se evidencia la dificultad de los profesionales en reconocer dilemas y problemas éticos, y poder diferenciarlos, ya que los mencionan como sinónimos, algo coincidente con los hallazgos en otros estudios.

Las respuestas están muy vinculadas a los dilemas éticos que se presentan en el PNA, como se ha visto en el marco teórico y en los antecedentes. Esto está relacionado con las características de las situaciones de salud-enfermedad que se presentan, la distribución y organización de los recursos, así como aspectos culturales institucionales, que hacen que estos problemas sean diferentes a los que se presentan en el segundo y tercer nivel de atención.

Rogelio Altisent plantea que las cuestiones éticas que existen en el contexto de la medicina de familia y - por lo tanto - en el PNA son bastante características y propias, constituyendo incluso "un nuevo campo de cuestiones éticas muy frecuentes en la práctica diaria". (3)

Muchas de estas cuestiones, se presentan y no son reconocidas como tales, y se resuelven de acuerdo con la conciencia y experiencia de cada profesional de salud. Pero hay otras situaciones que son claramente dilemas éticos, es decir que la solución se encuentra entre dos o más principios que parecen oponerse entre sí y lo que implica una reflexión, que permita elegir una solución correcta con relación a los principios éticos universales. (3)

Tal como lo expresa Alisten, los entrevistados presentaron dificultades para plantear los dilemas y problemas éticos que se les presentan, y ante la pregunta a cómo los resuelven expresaron que 3 lo hacen individualmente apelando a su conocimiento),⁷ a través de encuentros o trabajo equipo (1 mencionó además con las redes), 2 directamente no lo tratan y 1 a través de la aplicación normas (ej Investigación administrativa)

En el estudio “Dilemas éticos de enfermería presentes en la atención primaria de salud: en la relación enfermera-cliente” (13), surge desde las/os enfermeras/os entrevistadas/os, las siguientes respuestas: “alteración de la confidencialidad y respeto al resguardo de información como secreto profesional, inequidad en la atención de clientes, priorización de la cantidad y no calidad asistencial; falsificación y adulteración de datos en base al cumplimiento de metas y cobertura asistencial en atención primaria”.

Varias de las expresiones de los profesionales entrevistados coinciden con los hallazgos de los estudios encontrados en los antecedentes.

Las respuestas de los entrevistados se organizaron en categorías relacionadas al desempeño profesional (operativo y de gestión), y los vinculados a la institución (recursos y normas)

En este espacio analizaremos los relacionados al desempeño de los profesionales. En este ámbito, se hallan más relacionados a los desafíos éticos que generan los derechos de los usuarios y los nuevos paradigmas de la relación equipo de salud-usuarios.

Altisent plantea que las cuestiones éticas más frecuentes en la relación con los usuarios en este nivel de atención se pueden clasificar en problemas o dilemas relacionados a: confidencialidad, autonomía disminuida o ausente,

comunicación de malas noticias, consentimiento informado, modificación de estilos de vida, denegación de recetas, certificación médica, atención a usuarios crónicos con dificultades para trasladarse, cuidados paliativos en el domicilio.

Las categorías seleccionadas en esta área fueron las vinculadas a:

1 Relacionamiento con los usuarios

1.1 Relaciones interpersonales y vínculo, falta de respeto de los

profesionales en el trato con el paciente

1.2 Actitud del profesional ante sus valores y los del paciente

2. Falta de formación de los equipos

3. Confidencialidad y secreto profesional

4. Complejidad extensiva

1. Relacionamiento con los usuarios

En el PNA los problemas éticos surgen en la cotidianidad, lo que hace que no sean tan fáciles de identificar como tales. En las conclusiones del estudio de Campos Pavone “se señala que a menudo los problemas éticos en el PNA son situaciones comunes e imperceptibles”. En ese estudio se sintetizan tres resultados de la investigación cuyo propósito era trazar un perfil de los problemas éticos en servicios de atención primaria de la ciudad de Sao Paulo, Brasil. Una de las categorías predominantes fue la de “Problemas éticos en la relación clínico-asistencial, y entre ellos: Relaciones interpersonales y vínculo, falta de respeto de los profesionales en el trato con el paciente. Los profesionales tienen prejuicios sobre los pacientes, la actitud ante los valores religiosos y del paciente, dificultad para establecer límites en la relación clínica, cuestionamientos hasta donde interferir en el estilo de vida de los pacientes y sus familias. Imposibilidad de continuar el acompañamiento del paciente, por determinaciones administrativas en la distribución de pacientes entre los médicos, paciente autónomo, rechazo de la indicación médica y como informar para conseguir la adhesión del paciente a las indicaciones

médicas "(33).

En las expresiones de los entrevistados aparecieron resultados similares en las relaciones entre el equipo y el usuario vinculado a la falta de respeto en el trato con los mismos y la actitud del profesional ante sus valores.

1.1 Relaciones interpersonales y vínculo, falta de respeto de los profesionales en el trato con el paciente.

En esta categoría cabe destacar que los planteos fueron realizados por integrantes de los equipos de gestión, quienes tienen dentro de sus responsabilidades dar las garantías de una atención de calidad tanto técnica como humana.

...Desde el punto de vista de la atención, dilemas éticos hay hasta como nos vinculamos o tratamos al semejante, a la otra persona, desde mi rol profesional y el otro que no sea profesional, cómo manejo el poder que me puede dar el estar frente a otra persona como técnico, como profesional, es minuto a minuto... (Ent. G11)

Problemas éticos, situaciones en los que se vulneran los derechos de los usuarios desde el lugar de poder del médico, o desde el equipo de salud en mi caso particular. (Ent. G12).

...Creo que el maltrato, y eso hay mucho, compañeros que tratan mal a los usuarios porque sí, porque tienen problemas con su vida, no sé, pero los tratan mal y eso sí me parece que además es independiente de la situación social, de vulnerabilidad, de lo que sea. Los tratan mal... (Ent. G11)

Oriol Yuguero Torres plantea que el "aumento tecnológico en los últimos años ha deshumanizado la relación asistencial"... A su vez menciona que promover "relaciones empáticas entre los profesionales sanitarios no solo mejora los resultados clínicos, sino que también pueden evitar que el profesional padezca el síndrome de burnout". Plantea la necesidad de contar con profesionales formados con nuevas tecnologías y tratamientos, pero también la necesidad de "recuperar la importancia de la comunicación y la capacidad empática de los profesionales" (34). Se ha demostrado que los profesionales

más empáticos no solo pueden conseguir mejorar la adherencia al tratamiento, y mejorar los resultados en el estado de salud de los usuarios, sino también se mejora las condiciones laborales de los profesionales.

Los resultados de la investigación “Relación clínica y problemas éticos en atención primaria realizada en Sao Paulo plantea que “Los usuarios quieren ser citados siempre para el mismo médico y que la unidad disponga de recursos para resolver sus problemas y atender sus necesidades, y que esperan que los profesionales tengan un trato educado, respetuoso, amable, humano y personalizado, que escuchen, respeten su intimidad y traten a todos sin preferencias ni diferencias”.

En una de las respuestas se menciona también problemas éticos en la relación interprofesional dentro del equipo, como la falta de respeto en el trato entre sus miembros, y la dificultad para reconocer las competencias o responsabilidades de los distintos integrantes del equipo. Están presentes las relaciones de poder dentro del equipo de salud, generalmente ejercida por profesionales médicos, generando conflictos que terminan afectando la relación asistencial.

Acá hay médicos que viste, cosas que ellos perfectamente podrían solucionar...:”la que se ocupa de ese tipo de cosas son ellos (Lic TS)” y a veces... me pasó, por ejemplo, de tener que hablar con un médico de emergencia o porque incluso me trató mal a mí, a nivel profesional por algún... paciente”... “Yo te pido que tu cumplas porque yo no puedo firmar un certificado porque no soy médico de tal patología para que podamos trasladar a esta persona. Sin embargo me la tiraste acá en el consultorio ¿no? ... no me ha pasado demasiadas veces, pero en esos casos,... tenés que como que reclamare éticamente al otro dónde está tu rol... (Ent. P1)

1.2. Actitud del profesional ante sus valores y los del paciente

Hacer el bien al paciente es un principio ético para la actuación del equipo. Pero lo que es "bien se define en el dialogo con el usuario que ahora es autónomo y puede recabar información y decidir o no la aceptación del plan que le proponen los profesionales". (35)

Tuve un problema muy importante...pero muy importante para mí, cuando empezó todo lo del aborto, todo lo de iniciativas sanitarias, porque yo particularmente, me parece que no está bueno para la gente. Nunca está bueno, que a los años igual le va a traer consecuencias psicológicas...” Entonces cuando empezaron con todo eso, yo quería trabajar porque tiene derecho la gente a elegir, entonces a mí me parece que, el que decide es la gente o sea lo que a mí me parezca no tiene por qué verse reflejado en nada. Entonces quería trabajar eso. (Ent. P3)

En este caso particular del aborto, el integrante del equipo de salud plantea el desacuerdo con la Ley del aborto, sin embargo, no realizó la objeción de conciencia, para respetar las decisiones de la gente y dar cumplimiento a la normativa.

El dilema que se presenta en los profesionales es que hay que ser muy cuidadosos para no influir ni a favor ni en contra en la decisión final, aun en este caso, que no estando de acuerdo no hizo objeción de conciencia. Se hace necesario revisar el concepto de objeción de conciencia: se plantea como el resultado de un conflicto de deberes, por un lado, el deber de no hacer algo que se considera incorrecto, y por otro el deber de respetar una norma y de no impedir el disfrute por parte de otras personas de lo que establece esa norma. “Es una acción de tipo individual y privado, que pretende una excepción a la ley general (cuya validez no cuestiona) y que se plantea ante la existencia de un conflicto de conciencia en el sujeto (la conducta que le exige la ley contradice la exigida por sus convicciones morales)”. (36)

Si lo analizamos con lo expresado por los profesionales se deja entrever que más allá de la declaración formal o legal de “objeción”, existe una lucha contra sus propios valores, pero también la voluntad de respetar y no perjudicar la decisión de la mujer (principio de autonomía) y a su vez el cumplimiento de las normas (en este caso una ley).

En algunas expresiones se hace referencia al principio de autonomía, que exige tener en cuenta la libertad y responsabilidad del usuario, que decide lo

que es lo bueno para él. El equipo de salud no puede hacer el “bien” al paciente en contra de la voluntad de este, pero tampoco es posible obligar al a hacerle un “mal” (o lo que considera como tal), pudiendo afectarse la relación entre equipo-usuario. (37)

2. Falta de formación de los equipos

Dentro de las respuestas encontramos que la falta de compromiso y de formación en aspectos éticos y disciplinares en el PNA se identifican como problemas éticos. Cualquier integrante del equipo de salud influye con su actitud ética en las intervenciones que se realizan, y se puede decir que en gran medida pueden estar determinadas, entre otros factores, en la formación y preparación que se tenga sobre el tema.

En un estudio realizado en la comunidad de Madrid, con el objetivo de comprender el significado de la bioética para los profesionales sociosanitarios y cuantificar la formación en bioética impartida en la atención primaria, tuvo como resultado “que la bioética está implícita en la actividad diaria, pero de forma inconsciente. Como estrategia para mejorar el talante ético de los profesionales se apunta el aumento de su formación en bioética”, y que la formación en bioética a los profesionales sociosanitarios en la Comunidad de Madrid es escasa. “Adquirir y ampliar los conocimientos en bioética no implica ni obliga a ser más éticos, (...) pero sin duda facilita que las decisiones difíciles que haya que tomar sean más meditadas y fundamentadas, más racionales y respetuosas con las distintas opciones y valores de los implicados.” (38)

En dicho estudio no se han destacado como problemas éticos los del trabajo en equipo, las complejas relaciones con las gerencias, o con otros profesionales, con las políticas sanitarias, etc. Refiere que tal vez “la sobrecarga y burocratización del actual sistema haga más insensibles a los profesionales frente a estos temas”, y que bastaría con una reflexión, que podría ser a través de cursos de formación, para facilitar un desarrollo de actividades sociosanitarias de mayor calidad. Mantener una autocrítica, y pensar no solo en el propio interés sino en el bien común (de los pacientes, del propio equipo, de la organización sanitaria).

En esta categoría, los gestores plantean que la actitud de los recursos humanos se debe a la falta de capacidad, de compromiso y de formación.

Algunos integrantes del equipo, de repente, no tienen el perfil para el primer nivel. Entonces, se generan situaciones problemas que a veces se podría evitar con el usuario” “Por ej: algunos integrantes del equipo no tienen la capacidad, la flexibilidad o la tolerancia que hay que tener frente a algunos usuarios de tercera edad” “que por diferentes discapacidades físicas o por problemas de soledad o problemas sociales, requieren o demandan mayor atención o mayor capacidad de flexibilidad o mayor tiempo, mayor dedicación. (Ent. G2)

Recién hace dos años, o tres, están ingresando nuevas unidades de recursos humanos pero siempre hubo idóneos en determinadas tareas, por ejemplo registros médicos, farmacia,... al tener un personal calificado va a mejorar la calidad del servicio (Ent. G6)

José M. Puig dice que "es necesario desarrollar algunas actitudes y destrezas. Me refiero en primer lugar, al desarrollo de una integridad personal, es decir al desarrollo de personas dignas, macizas, sin fisuras, capaces de liderar los procesos de cambio, creando y dirigiendo las organizaciones respectivas". Para lograr la formación de personas dignas que puedan en el tiempo cambiar las estructuras se hace necesario tener en claro cuáles son las actitudes éticas que deben poseer los agentes involucrados en procesos de cambio. Por actitudes se entienden "aquellas tendencias y predisposiciones aprendidas y relativamente fijas que orientan la conducta que previsiblemente se manifestará ante una situación un objeto determinado"(39).

También hubo expresiones de los gestores sobre la importancia de contar con recursos humanos calificados para la tarea.

Bueno... y el hecho de que tengamos personal idóneo y calificado y con cierta, por ejemplo tenemos una química responsable de la farmacia que mejoró la dinámica del trabajo. Una licenciada de registros médicos, que también

mejoró y articuló y organizó bien el trabajo, implica que se trabaje de otra forma. (Ent G6)

3. Confidencialidad y secreto profesional

Las profesionales refieren que existen situaciones en que no se preserva en forma suficiente o adecuada la información relativa a los usuarios. En este caso además de un principio ético, también es un hecho pasible de sanción por el Código Penal.

“Yo por lo menos tengo un consultorio, sé de otros colegas en otros centros de salud, que ni siquiera tienen un consultorio. Y la atención confidencial que vos podés darle o no al usuario. Esta muchacha (la que atiende en el consultorio de al lado), cuando yo atiendo alguien y me está contando algo, ella lo escucha... algunas veces me he enterado que contó algo que ha escuchado acá y me ha merecido que le diga, “tú desgraciadamente por un tema de falta de pared (risas), estás escuchando una consulta que es privada y que tiene un grado de confidencialidad ¿no? (Ent. P1)

En este caso la falta de confidencialidad se da por no contar con espacios físicos adecuados donde se pueda asegurar el derecho del usuario y, por lo tanto, un deber del profesional, de preservar la información de este. La protección de la privacidad del paciente también es una cuestión ética e incluye las dificultades que tienen los equipos para que otros integrantes del equipo no accedan a información enmarcada en el secreto profesional, o en ocasiones con la propia familia.

Tal como se expresa:

...Entonces no te plantea muchas dificultades, pero en la confidencialidad, muchas veces tenemos que explicar a la gente que la confidencialidad es muy importante; y a veces el usuario no lo entiende, viene a pedir la historia del tío por ejemplo. (Ent. G12)

Otro aspecto que se plantea como un problema ético es la de indagar sobre aspectos de la vida privada, en la intimidad de las personas o familias,

aunque sea con un fin asistencial:

Muchas veces el meterte en los problemas del usuario, querer ir más allá de lo que podés, de lo que el usuario quiere que vayas. El entrar en el domicilio, yo no trabajo en el domicilio directamente, pero a veces me parece que se vulneran derechos queriendo ayudar al usuario, le estás generando una situación de pérdida de su intimidad, de su hogar, como que a veces se nos va un poco la mano en eso de querer controlar y ver todo lo que le pasa al usuario. (Ent. G12)

Estos dilemas, tal como se menciona en los antecedentes y bibliografía, se presentan en la cotidianidad de los equipos en el PNA, donde la relación con los individuos, familia y comunidad es estrecha. Resulta difícil establecer un límite entre el usuario y los profesionales, pues en esa relación terapéutica o encuentro, es necesario propiciar un clima de confianza sin vulnerar la intimidad.

Es un derecho del paciente y, un deber del profesional y la institución la custodia de la información relativa a cada usuario. La información no debe ser revelada, salvo por razones de salud pública o por imperativo legal. Sin embargo, en la práctica siempre se está ante situaciones donde se ven enfrentados el principio de confidencialidad, con el de justicia, cuando está comprometido la salud de otros.

Otras expresiones:

En una consulta se tocan temas muy delicados, muy personales en el cual no se pueden repetir, entonces, ese personal también tiene que tener esos valores éticos ¿verdad? Todo el equipo de salud tiene que tener ética... en el sentido de la postura, del respeto, tener un poco de capacidad, vamos a decir de poder entender a ese paciente... tenemos pacientes de grupos etarios muy diferentes y también de niveles socio culturales diferentes. (Ent. G2)

Me ha pasado, de irme a casa, pensando en las cosas que me contó y pensar si no la forcé, si porque ella se sentía mal

me abusé de su angustia en ese momento, igual sé que tengo que hacerlo, y es por el bien de ella, y yo no lo voy a usar con malos fines, pero es dura esa entrevista. Por ejemplo en los casos de violencia es dura la entrevista. (Ent. G12)

Todos los integrantes de ese equipo de salud que estamos hablando en el PNA tienen que tener ética. Desde el auxiliar de enfermería que como sabemos que a veces en una consulta se tocan temas muy delicados muy personales en el cual no se pueden repetir entonces ese personal también tiene que tener esos valores éticos ¿verdad?; y ese secreto...hacia él... (Ent. G2)

4. Complejidad extensiva

El PNA a la salud tiene una extensa gama de actividades, desde la atención individual, familiar y a grupos de población o la población de referencia. Incluye actividades con enfoque preventivo en diferentes situaciones de salud-enfermedad desde el inicio hasta el final de la vida.

En esta categoría tenemos expresiones que evidencian la variabilidad de situaciones de salud-enfermedad que surgen cotidianamente y que presentan una complejidad extensiva. Según Etchebarne ante un problema de salud aparecen una serie de variables, por ejemplo: disponibilidad financiera, nivel de comprensión, redes primarias de apoyo, actitud hacia el cambio, sostenibilidad del tratamiento en el tiempo, estructura y relaciones familiares, entre otros (7).

Esto significa que la gestión de los casos necesita involucrar la participación de varias disciplinas, incluso la intervención de otros sectores de la sociedad representados por organizaciones e instituciones; que permitan un abordaje integral de la situación de la persona/familia e integrador en la consideración de los aspectos a tener en cuenta en su tratamiento y resolución.

En esta perspectiva, se puede visualizar la afirmación teórica sobre que algunos temas bioéticos que han atraído la atención de los estudiosos pertenecientes a países desarrollados, "como las técnicas de reproducción humana asistida o la clonación: en nuestro subcontinente no faltan los niños,

sino que sobran, y nuestra principal preocupación es conservarlos vivos y sanos, darles las mayores expectativas de vida, y ofrecerles –dentro de lo posible– la mayor felicidad". Nuestros problemas fundamentales se centran en la pobreza (40)

La pobreza ha sido uno de los problemas más destacables de los finales del Siglo XX, y ha significado la exclusión social de sectores de población, pasando a ser el gran problema de la Bioética. Todos los que nos encontramos en el campo de la salud, nos enfrentamos diariamente a los problemas derivados del déficit nutricional, el retardo consecuente del crecimiento de nuestros niños, las enfermedades intercurrentes y concurrentes y otras patologías relacionadas con el subdesarrollo de amplios sectores de nuestra sociedad.

Como plantea Volnei Garrafa "Cada día se hacen más frecuentes y delicados los conflictos generados entre la evolución del mundo, el progreso biomédico y los derechos humanos." Si bien el SNIS plantea mayor cobertura y accesibilidad a los servicios de salud, aún existen debilidades que plantean inequidades entre diferentes sectores de la población "...no solamente a los beneficios del desarrollo científico y tecnológico, sino también a los bienes básicos de consumo sanitario indispensables a una vida digna."(41)

La complejidad extensiva, se refiere justamente a la complejidad del proceso salud enfermedad y sus determinantes sociales. No alcanza con el accionar del equipo de salud interdisciplinario, sino que se hace imprescindible la coordinación interinstitucional y trabajo en red.

Acá los problemas generalmente son globales. Y viene la persona porque está embarazada o porque tiene un problema o no sé qué pero empieza a surgir lo económico, lo familiar, el entorno, las relaciones con el barrio. Entonces ahí aparece un montón de aspectos que son la vida misma..." Se presentan, no se, modos de ver el mundo y los problemas que vienen a presentar y las diferentes alternativas muy disímiles, de lo que uno a veces puede pensar, o no, desde uno, desde sus propios valores... (Ent. P1)

Y dentro de los problemas éticos que podes tener como profesional, es no llegar a poder desempeñarte frente a todas

las dificultades que tenés en los servicios, en las instituciones, con toda la problemática social que tenés en este momento...”

“hay momentos que te desespera, que no tenés cómo cubrir... el viernes tenía la dificultad que llaman, que había un alta de un niño de alto riesgo, que fueron a la casa del Programa Aduana, en un ambiente más frío de este que entramos este, la casa con humedad, hijo de un adolescente, un niño con oxigenoterapia, a permanencia, con malformaciones, traqueostomía, con todo eso. Y tenés que salir a buscar una estufa, pero no tenés una salida de ruta rápida entre todas las instituciones. Porque el Pereira Rosell le da el alta y que se arregle el primer nivel. (Ent. G5)

Inter-institucionalmente estamos trabajando en red.(Ent. G5)

Es la problemática social de los más sumergidos... hay mucha gente que todavía, a pesar de todo, ... de toda la ayuda económica que han tenido, el respaldo... desde la salud, de todas las instituciones, todavía tenemos un montón de gente sumergida que no está recibiendo ningún tipo de ayuda. (Ent. G5)

...Que con todo lo que tenemos, todavía no es suficiente... porque además no estamos llegando bien. ... no estamos llegando bien a la población. Los que tienen desnutrición que yo le hago comprar acá las latas de Pediasure, hay niños que le indico ocho latas de Pediasure que es un platal, más de ocho mil pesos. No lo vienen a buscar. Entonces me parece que a veces, ¿no? en todos los casos existe un fallo de alguna forma, no estamos llegando por algo. Que es un poco lo que quizá ya manejen y que estoy absolutamente de acuerdo, que es la pobreza excluida...que es esa que a pesar de que a pesar de que vos le des entre comillas y que puedas hacerle un control adecuado y aportarle lo adecuado, igual no viene. Algo pasa y tenemos que ir hacia ella. (Ent P8)

Sabemos también que hay poblaciones tan vulnerables digo que es muy difícil, digo no es una crítica que se pueda hacer,

pero el proceso se ve mucho y en ese sentido y dilemas en ese sentido a veces también el tema cuando tenemos casos extremos de esa naturaleza que se nos presentan en los equipos y suben desde los equipos hacia este nivel en el caso de tomar decisiones de tipo, poner a consideración de la justicia si eso, si esa situación la tiene que valorar un juez entonces como que desarticulamos la posible familia... (Ent G9)

A veces la parte de la justicia y la parte de la salud. Unos entienden una cosa, y otros entienden otra, porque no hay tal o cual prueba y uno desde el punto de vista de uno dice eso no puede ser, porque vos conoces la situación del día a día, de lo cotidiano, determinadas situaciones que se dan, denuncias, donde la decisión del juez se da sin tener las pruebas suficientes. (Ent.G13)

...padres que no dan de comer a sus hijos, y los hijos no comían porque la comida la sacaban de la basura. Y uno sabía que era por eso que el niño no comía, los padres decían que porque el hermano no comía, y uno veía que el niño ya tenía un trastorno del crecimiento que había afectado, la desnutrición había afectado su crecimiento, por supuesto su nivel intelectual, obviamente que después iba a haber consecuencias, todos esos aspectos que no sabe van a darse, y no tenemos herramientas... (Ent.G13)

No se trata de judicializar la pobreza pero en realidad, en esos casos extremos donde tenemos sobre todo menores o este integrantes de la familia hombres o mujeres, pero con violencia, en esos casos es como que se genera el hecho de que los pasamos a juez y después se resuelve y muchas veces queda la duda o lo observamos en el trabajo de los equipos. A veces no hay dudas de que es lo que tenemos que hacer pero en ese ir y venir. Desde el punto de vista de la gestión... (Ent.G13)

Estas expresiones reafirman la necesidad de promover y favorecer el trabajo

en equipo, donde la gestión juega un rol fundamental. Varios estudios indican que la posibilidad del trabajo en equipo está vinculada con el modelo de gestión. En el PNA es una de las características que lo definen, por lo que debe ser contemplado en la política de recursos humanos, capacitando y dando espacios de encuentro para analizar y resolver estas situaciones.

Al igual que otros estudios la problemática de violencia doméstica, la negligencia de los padres, la judicialización son situaciones que al parecer constituyen dilemas éticos muy potentes para los profesionales y para los gestores.

6.2.3 Problemas éticos relacionados al sistema institucional, recursos y normas.

Una organización sanitaria no debiera organizarse ni estructural ni funcionalmente como una organización cualquiera que ofrezca servicios. La atención sanitaria se hace a través de individuos que tienen importantes obligaciones éticas dado el servicio que prestan, por lo que es sumamente importante que estas organizaciones se doten de estructuras y patrones de funcionamiento que fomenten el comportamiento ético. (42)

Las organizaciones sanitarias son cada más complejas, lo que supone la existencia de múltiples niveles donde pueden darse dificultades de carácter ético para su funcionamiento. Dentro de estos niveles de complejidad están el trabajo en equipo, la disponibilidad y distribución de recursos, relación con la dirección, responsabilidad en la formación continua, relación con los usuarios y relación con otros niveles asistenciales.

Según Guédez (2001) el carácter ético de la empresa se construye entre las fortalezas y debilidades internas, con las amenazas y oportunidades del entorno, con el fin de promover los valores éticos en las personas que trabajan en la organización. En este sentido, se considera a la ética como ciencia normativa, ya que se ocupa de las normas del comportamiento de los individuos. En las instituciones de atención a la salud debe demostrarse en los roles éticos de sus profesionales, gestores y trabajadores asumiendo roles de cuidador, empleador, ciudadano y administrador, expresados en principios de ética organizacional que deben guiar el quehacer en las instituciones de salud. (28)

En las organizaciones, en especial de salud, la ética implica guías de comportamiento para ser aplicadas en realidades concretas y cotidianas. Por esta razón los gestores deben adoptar una actitud personal y activa que pueda influir en el modo en el cual la gente piensa sobre lo que es deseable, posible y necesario.

3.1. Problemas con los recursos

Para Wigodski (2006), se debe entregar poder a los trabajadores para que lleguen a ser actores responsables del sistema de salud, mediante la creación de un clima éticamente correcto, a través de la promoción de su crecimiento profesional y ético; para que estos asuman la responsabilidad por sus propias acciones. Por un lado, se debe tratar de cubrir las expectativas que la ciudadanía deposita en las organizaciones y en los cuidadores en particular, y por otro "gastar los recursos razonablemente, donde el último principio se relaciona con la sustentabilidad económica que se exige a los administradores de las organizaciones de Asistencia a la Salud, encargados de promover el éxito de sus instituciones, considerando la disponibilidad de los recursos". (29)

Como se señala en "Ética y Gestión sanitaria" se plantea que "es difícil pensar que se puede considerar ética una actuación que no se adapte a la observancia de las mejores evidencias científicas para la resolución de un problema; o que no se ajuste a los principios de una asistencia de calidad en la atención o en el cuidado prestado. Como tampoco podría ser considerado como ético un ejercicio profesional que no tomara en consideración la eficiencia en la utilización de los (necesariamente limitados) recursos". (43)

En ese mismo artículo se define la eficiencia "como el resultado conseguido con una actuación concreta en un caso determinado (efectividad), pero en relación con los recursos que se han consumido para conseguirlos. Así, una medida es eficiente no en sí misma, sino en relación con las demás que tengan una efectividad semejante."

Los entrevistados plantean dilemas o problemas éticos vinculados a la disponibilidad de recursos, ya sea los profesionales como los gestores. Los profesionales plantean las dificultades de la carencia de estos y cómo afecta la resolución de los problemas de salud en la atención directa a las personas:

El no poder brindar las cosas por falta de recursos me parece que sí que si sería un problema ético porque tienen que estar... Ent. P3

Tenemos niños de bajo peso, hipocrecimiento y desnutrición en la atención primaria fíjese que nos tenemos leches especiales para esos niños. O sea yo no tengo Pediasure acá en el Vademécum ASSE-RAP, yo lo hago comprar y he logrado con el consentimiento y la buena voluntad de estas químicas a pesar de en su momento fue difícilísimo. (Ent P8)

Lo administrativo también tiene sus pautas porque, por ejemplo, eh puede pasar que precises el móvil para algo,... puede pasar que en una situación x lo precises y hay que estar esperando que haber que el único móvil que hay para el centro que a su vez está para traer cosas, los materiales blancos, la medicación, que no hay en el centro papeles etc... (Ent P8)

En el mismo artículo se plantea que para "los responsables de los servicios sanitarios adquieren especial relevancia conceptos como el de eficacia, efectividad y eficiencia". Pero a su vez, quizás el de efectividad y el de eficiencia son los indicadores más significativos para los gestores. La efectividad, porque en general se desconoce sobre las actuaciones y los resultados de muchas acciones que se realizan.

Por otro lado, a los gestores les preocupa cómo incorporar el concepto de eficiencia a la toma de decisiones clínicas. "Hay que incorporar una ética de la eficiencia", y es preciso hacerlo por dos razones: para obtener un resultado concreto al menor coste y para asegurar que con los recursos disponibles se obtengan los mejores resultados posibles. Es lo que se ha venido a denominar eficiencia en la producción (de resultados) y eficiencia distributiva (o en la asignación de recursos)". (21)

De repente cuando te faltan recursos y sabes que tendrías que atender de determinada forma una situación, una situación con determinada familia, y de repente no tenés los elementos necesarios, y tenés que manejarte con lo que

tenés y llegar hasta donde podés... (Ent.G13)

Junto con estos conceptos aparece el concepto de equidad, es decir" conseguir que cualquier persona tenga la misma probabilidad de acceder a los mismos servicios, siempre que se encuentren en las mismas circunstancias. La propia definición introduce tantas variables, que siempre se mantiene un elevado grado de incertidumbre acerca de si «nuestras decisiones son equitativas».

A pesar de lo aparente, "la eficiencia y la justicia o equidad no son valores enfrentados sino perfectamente conjugables", aunque puede haber diferencias entre el ámbito público y el ámbito privado. "En el primero, los bienes deben distribuirse bajo el criterio dominante de la equidad (universalización), de manera que los beneficios no tienen que afectar solo a la mayoría (criterio utilitarista), sino a todos los pacientes o usuarios (predominio del criterio deontológico o principialista". (44)

En las respuestas de los gestores, también se plantean preocupaciones que tienen que ver con la eficiencia, sobre todo con la equidad y/o justicia. Es importante tener en cuenta el lugar que ocupan estos gestores dentro de los niveles de la gestión sanitaria, que es la mesogestión y del subsector público, es decir que la toma de decisiones en el gasto no es responsabilidad directa de ellos. Algunas de sus respuestas ponen en manifiesto sus preocupaciones al respecto, especialmente relacionados a los recursos humanos y a problemas edilicios.

Una cosa es el centro de salud, otra cosa son todas las policlínicas dependientes, y a su vez cada una de sus policlínicas tiene una realidad concreta... eso hace que sean muy polifacético las problemáticas que tengamos." "Que van desde los problemas edilicios hasta los problemas de recursos humanos... (Ent G6)

Si hablamos de las policlínicas dependientes también tenemos variedad de problemas edilicios por ejemplo ¿no? Que apuntan al bienestar y al confort y a brindarle un digno lugar al usuario y al funcionario.....Por un lado vos ves que

hay un beneficio, en cuanto a ideas de acercar al usuario, pero que te traen otros problemas que hay que solucionar. Y bueno después tenemos la dificultad del recurso humano. (Ent G6)

Recién hace dos años, o tres, están ingresando nuevas unidades de recursos humanos pero siempre hubo idóneos en determinadas tareas, por ejemplo registros médicos, farmacia,.. al tener un personal calificado va a mejorar la calidad del servicio. (Ent G6)

Hoy justamente hablábamos de eso, de la parte de la infra estructura, por ejemplo, la falta de un ventilador, de una estufa en el momento apropiado, hoy justamente hablaban de eso los compañeros en una reunión y la verdad que te remueve. (Ent G12)

A mí a veces se me plantean problemas éticos en el sentido que veo cosas que podrían mejorarse que están muy mal, y no hago intento, o hago sí, solo intento que mejoren, pero sigo mirándolas. Hoy por ejemplo se hablaba de salud laboral y del trabajo de los equipos de salud. Trabajan algunos en condiciones lamentables, y yo lo sé, trato de que se mejoren, pero siguen estando mal las condiciones, y eso muchas veces me hace plantearme si tengo que seguir, dar un paso al costado. (Ent G12)

A veces la infra estructura es de locos, se trabaja en lugares que ni siquiera están revocados, estructura de chapa, el frío y el calor se sienten, en algunos lugares estamos colgados de la electricidad (Ent G12)

Mira por un lado faltan recursos humanos, es importante faltan. Por el otro está el comportamiento o el accionar, o el compromiso que pueda tener el recurso que tenés con la tarea o el rol que está realizando o cumpliendo...Muchas veces la persona no está comprometida, no está comprometida con el cambio de modelo de atención... (Ent. G5)

Dentro de lo que es el equipo de enfermería y Nurse yo tengo un dilema ético. Porque no se está haciendo la función de la misma manera, que la que teníamos hace dos meses atrás.... la enfermera que tengo está desgastada ella fue una enfermera como la otra que renunció que tuvieron una actitud siempre y una un trabajo muy serio en lo que es en cuanto a pediatría pero a su vez están como enfermeras para los médicos de adultos de acá que atiende aquí enfrente nuestro mismo pasillo (Ent. P8)

Hay que tomar decisiones de si se tienen pocos recursos a quienes se les otorgan o a quienes no.....nosotros no tratamos de no intervenir, es difícil a veces, nos pasa por ejemplo con las derivaciones interconsulta.....Y una de las cosas que nos preocupaba era eso de a quien le doy que cosa... (Ent. P8)

En general uno habla de los materiales y de los humanos no. Si aparecen problemas vinculados, generalmente son más que nada por ausencia ¿no? (Ent. G9)

Hay que tomar decisiones de si se tienen pocos recursos a quienes se les otorgan o a quienes no.....nosotros no tratamos de no intervenir, es difícil a veces, nos pasa por ejemplo con las derivaciones interconsulta... (Ent. G9)

A veces no son suficientes, la mayor parte de las veces, pero otras veces son trancas burocráticas que si vos pones en la balanza seguir determinados pasos, y sabes que podrían no ser los correctos, o buscar una alternativa para que la persona pueda tener acceso a un plan de salud, yo voy por el lado de resolver el problema... (Ent. G11)

Y a veces, volvemos al tema del dilema ético, si es un niño, queda sin medicación, tenés que hacer una autorización, pero desde el punto de vista formal, tendría que ir a la mutualista, por algo se afilió. Esas cuestiones, de cómo manejas cada situación, es cotidiana y bueno, uno cree que hace las cosas bien, pero muchas veces... (Ent. G11)

Si, mucho menos que antes, pero nos pasó ahora, que nos faltaron medicamentos, y para mí eso es grave. Es ahí donde me cuestiono a veces... No vinieron porque no había plata, se priorizaron medicamentos....Teníamos que estar en la ventanilla de la dirección diciendo no hay, nos preguntaban dónde podían ir a buscar, y teníamos que responder no hay.....Es ahí donde hay un problema ético, porque estás diciendo una cosa que no querés decir. Está mal decir, está mal, y estás vulnerando el derecho del usuario de seguir su tratamiento... (Ent. G11)

Los estudios, y sobre todo, en las poblaciones que son nuestra meta, las embarazadas, el control ecográfico en las embarazadas, se está haciendo, pero es un drama, y quedan por el camino otros usuarios, ecografías comunes por ejemplo, ginecológicas, cuando podamos, las haremos. Y el tomar la decisión, por ejemplo de quiénes sí, quiénes no... (Ent. G12)

3.2. Con las normas y/o políticas institucionales

Dado que la institución involucrada en el estudio es perteneciente al sector público, necesariamente tenemos que referirnos a la Ética en la Función Pública. Se debe considerar los conceptos de Función Pública, Ética, Moral, Valores, Ética Pública, Honestidad y Transparencia.

Por Función Pública se entiende "toda actividad temporal o permanente, remunerada u honoraria, realizada por una persona natural en nombre del Estado o al servicio del Estado o de sus entidades, en cualquiera de sus niveles jerárquicos". "También, en un sentido amplio, la función pública puede ser entendida como la actividad del Estado ejercida con el fin de atender asuntos de interés público por medio de sus servidores".

"La Ética Pública se referirá a las pautas éticas que rigen la actuación de quienes desempeñan una función pública, es decir de los servidores públicos –que comprende los vinculados por elección popular, mediante concurso, designación directa o por cualquier otra clase de contratación, para prestar sus servicios al Estado- dentro de un marco de Honestidad, Integridad,

Transparencia y orientación hacia el bien común". (45)

En este marco se desarrollan en las instituciones un conjunto de normas que deben asegurar el cumplimiento de esa disposición. A las instituciones de salud, se le agrega además de las normas de funcionamiento relacionados a la gestión de los recursos humanos, adquisición de materiales e insumos, de mantenimiento edificios y obras, se le agregan los protocolos y guías de atención a la salud. Por esta razón, esta categoría está íntimamente relacionada con las anteriores, ya que rigen el funcionamiento general de la institución.

En las respuestas de los entrevistados encontramos problemas éticos con la burocracia, lentitud en los procesos, el reconocimiento de la existencia y el valor de la norma, pero a su vez las dificultades en el cumplimiento de estas.

En las organizaciones de atención de salud, se involucran problemas técnicos y económicos, pero también éticos. Se puede acordar " que no pueden ser moralmente sanos, socialmente justos, ni médicamente eficientes, aquellos sistemas de salud que no hagan posible, por ejemplo, que los pacientes deben hacer largas colas desde la madrugada para obtener un cupo para la atención médica; o que sean hospitalizados en camillas y en los pasillos; o que reciban un trato impersonal o vejatorio; ... o que la infraestructura, limpieza y comodidad de los establecimientos sanitarios no resguarden su dignidad, su privacidad y sus hábitos culturales"; o que la atención de su salud se vea distorsionada por una tramitación, ya sea burocrática o financiera.(46)

Es la ética la que sirve al propósito de mantener la salud y la vida de las personas, y buscar siempre el bien del paciente, respetando su inteligencia, dignidad e intimidad; no es posible pensar en una institución de salud, si no se tiene claro los conceptos humanistas que deberían inspirarla y para poder llevarlos a la práctica.

La atención de salud de la población está muy vinculada al modelo político, social y económico imperante en la sociedad, a su vez, determina el modo social cómo los médicos ejercen su profesión. Distinta será la organización de salud y el modo de ejercer la medicina en una sociedad socialista que, en una con economía de mercado, o en una sociedad autoritaria que en una sociedad

democrática donde interactúan variadas ideologías e intereses.

En las organizaciones de salud estatales se observan serias deficiencias y limitaciones, como ser: burocratización, ineficiencia administrativa, baja productividad, impersonalidad en el trato de los usuarios, deshumanización, así como una dificultad crónica del Estado para asumir los costos crecientes de la atención médica, la renovación de la infraestructura sanitaria y tecnológica y la asignación de remuneraciones satisfactorias al personal de la salud.

Como ya se ha mencionado, conviene establecer un proceso de construcción hacia la sólida gestión ética, lo que requiere metodológicamente ser abordado desde múltiples dimensiones que consideren y den respuesta a las demandas de los pacientes. (30)

El desarrollo de una cultura ética en las instituciones sanitarias “permite reducir los costes de coordinación, impide que se establezca la cultura del conflicto que enfrenta a empresarios y sindicatos, facilita las actividades de cooperación, aumenta la corresponsabilidad y la participación y, en definitiva, establece un nuevo tipo de relaciones entre todos los interesados. Estas dimensiones deben acompañarse de una normativa que guíe el proceso.

Es sabido que todo proceso planificador, independientemente de la metodología o filosofía que lo sustente, debe desarrollar normas de trabajo, de desempeño, de funcionamiento, para el cumplimiento de los objetivos. Pero además de la existencia de estas, deben apoyarse en la comunicación en todos y entre todos los niveles de la organización.

Para implementar la gestión ética en organizaciones públicas, es necesario hacerlo desde la perspectiva del cambio de la cultura organizacional. Ya que la ética es entendida como los valores, principios y normas desde el interior de las personas, corresponde situarla como un componente del nivel implícito de la cultura. La cultura de toda organización está alimentada por dos niveles esenciales: 1) Las manifestaciones explícitas u observables (la Misión, la Visión, el Código de Ética, las normas) y las prácticas organizacionales (Procedimientos, conductas, organigramas) 2) Lo que los miembros de la organización piensan y sienten -correspondiente al nivel implícito- constituido

por las creencias y valores esenciales de las personas que integran a la entidad. En esa interacción se crea la cultura institucional.

Para y lograr una gestión ética, hay que modificar conductas, es necesario desarrollar acciones en el campo organizacional para actuar sobre los comportamientos y actitudes de los servidores públicos. Establecer normas, definir procesos organizacionales, establecer sistemas de control y mecanismos punitivos y de reconocimiento es muy importante dentro de las estrategias del proceso de implantación de la gestión ética, pero no es suficiente, más allá de las normas dirigidas a la reglamentación de las actuaciones de los sujetos, pero cómo es el cumplimiento depende sustancialmente del sentido, valores y principios de los ejecutores. A su vez, el establecimiento de premios y sanciones puede llevar al cumplimiento de lo establecido, pero en forma transitoria. De ahí la necesidad de un cambio cultural que sea profundo, de principios y valores. (31)

...Cómo se manejan los protocolos en esas cosas son institucionales, de alguna manera son respuestas ineficientes del sistema a algo que tendría que ser, o que si se pensara desde un punto de vista más humano... La espera que puede tener una persona para un determinado examen... (Ent. P1)

...Elementos de materiales de insumos y de profesionales para que ese servicio sea de calidad... demora mucho el tema burocrático o instituciones, el recorrido que tiene que hacer en la institución para lograr ese cambio. Que las necesidades a veces operativas no van con necesidades desde el punto de vista administrativo. Esa yo pienso que es una de las causas que afecta mucho la ética ¿no?...Porque si un técnico te está pidiendo x equipamiento y bueno tú haces el trámite y tiene que ir a un lugar, después a una dirección a después a compras, entonces los tiempos son demasiado lentos. Eso está afectando la calidad de servicio que le estamos dando a nuestros usuarios y hay un problema ético. (Ent G2)

Las normas siempre están para darte seguridad verdad y mejorar, dar calidad al procedimiento o al proceso que se está

haciendo. Eh tienen que existir las normas, tiene que haber un orden porque eso es parte de la ética, la normativa, el orden, la prontitud, la responsabilidad. (Ent G2)

Me parece que están bien pensadas las cosas, me parece que sí, que las políticas son cosas que se van pensando bien, yo creo que las normas están bien... El tema es cuando no se puede responder por falta de un recurso verdad no se puede responder a la norma. (Ent.P7)

La normativa estaba clara, lo que no estaba bien realizado era el procedimiento... (Ent. G10)

Y a veces te quita el sueño, pero a la hora de tomar la decisión creo que no, en eso uno tiene que estar.... Lo que tratamos siempre es de aplicar la norma, muchas veces el sentido común, pero problema con la decisión no. (Ent. G10)

Faltan normas, que no están pautadas, de funcionamiento de los servicios. Tal vez somos nosotros mismos los responsables, los licenciados que estuvimos en los mismos lugares que no tratamos de hacer normas, normatizar los funcionamientos. Eso mejoraría pero hay una resistencia a la norma. (Ent.G5)

Los procedimientos formales. Pero vos por ejemplo, yo que se vos no podés permitir que una enfermera discrimine a una tuberculosa a una tuberculosa en una puerta de un laboratorio. Y no la podés echar porque acá dentro del sistema no la podés echar. (Ent. G6)

..."que este, alguien, un profesional incurra en una falta de ética y haya que esperar diez años para resolver el problema o después de eso resulta que quedo como en la nada... (Ent. G6)

..."yo no puedo entender que una persona pase seis años sin trabajar y cobre su sueldo porque tiene una actividad en otro lugar. Por ejemplo, eso me parece completamente falta de

ética... (Ent. G6)

Cuando hay un problema ético la toma de decisiones se ve afectada. Sobre todo porque uno tiene que evaluar el aspecto humano y la norma institucional, y hacer una conciliación de intereses, para nosotros muchas veces es difícil ser justo, porque creo que es un tema de justicia lo que es justo para uno y lo que es justo para otro. (Ent.G13)

Creo que conciliar aspectos humanos, institucionales, morales, y todo, a veces es difícil, no es fácil (...) aplicar una norma al pie de la letra, porque uno sabe que esa persona tiene una vida, un trasfondo, pasan cosas. Eso pasa con los compañeros, cuando tenés que aplicar normas institucionales, y vos sabes que la persona está viviendo una problemática que le impide estar cumpliendo como debería estar cumpliendo... (Ent.G13)

Aplicar las normas institucionales, es donde de pronto uno se pregunta cómo aplicar la norma contemplando el tema de lo humano...Pero por otro lado están las situaciones de los usuarios, de los pacientes, que no tienen por qué estar recibiendo una mala atención. (Ent.G13)

Entonces en general en la institución más allá de que haya discrepancias cuando uno acepta un compromiso, o un contrato acepta con todo el bagaje de reglamentación, acepta todo el paquete. a mí me toco discutirlo con muchos técnicos, que en realidad la verdad doctor en su consulta, en su clínica particular podrá disponer, pero esto es una institución tiene una reglamentación y esto es lo que está pautado... /Ent.G9)

Y es una contradicción porque en realidad implícitamente está el hecho de que si no estoy de acuerdo, si yo no estuviera de acuerdo con la reglamentación, a nivel de que no es tolerable, es obvio, cual es la alternativa ¿no? (Ent.G9)

...Cuando uno trabaja en una institución está muy privada

especialmente está muy acotada por los lineamientos de la institución. Y muchas veces hay soluciones que son, se ajustan a la persona, a la persona que estamos tratando, atendiendo o al núcleo familiar, a esa familia este y hay otras opciones que están fuera de la institución y en general la institución penaliza duramente cuando este uno deriva correctamente como ciudadano por otro lado... (Ent.G9)

No lo miremos desde (este centro de salud), sino de toda la organización...Y no estamos cumpliendo... Se supone que la atención del primer nivel es integral ¿no?, desde que el niño nace, adolescente, crece todo, en todas las etapas de su vida esa integralidad ¿no?, esa longitudinalidad no se está cumpliendo... No se está cumpliendo. Tenemos que poner un pienso, bueno, rever los sistemas a ver en que estamos fallando. Pero en esos períodos a veces son demasiados largos y hay costos. (Ent.G2)

En esta categoría el planteamiento ha sido realizado mayoritariamente por los gestores, lo que posiblemente esté vinculado a la responsabilidad y cumplimiento de sus funciones.

3.3 Continuidad asistencial (Dificultades Referencia)

La coordinación asistencial se define "como la concertación de todos los servicios necesarios para atender al paciente a lo largo del continuo asistencial, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común, sin conflictos", constituyéndose la integración asistencial como el más alto grado de coordinación. La continuidad, por otro lado, está relacionada con la forma en que los pacientes experimentan la coordinación de los servicios recibidos. (47)

En un estudio de percepción de los usuarios en Cataluña (2010) se identificaron elementos de discontinuidad en la transferencia de información clínica (29,1% y el 21,3% consideró que el médico de la atención especializada desconocía sus comorbilidades y las pruebas realizadas en la atención primaria, respectivamente), en la coherencia del cuidado (niveles de contrarreferencia de 51,2%) y en la accesibilidad entre niveles (37,8% y

17.6% consideraron largo o excesivo el tiempo de espera en atención especializada y primaria, respectivamente). Es decir que se identifican aspectos de la provisión, como accesibilidad y transferencia de información entre profesionales, que podrían indicar barreras a la continuidad y la necesidad de introducir mejoras en las estrategias de coordinación asistencial de las organizaciones sanitarias. (48)

Esta problemática la encontramos en las declaraciones de los entrevistados en nuestro estudio a través de expresiones que refieren a las dificultades que tienen los profesionales cuando realizan derivación a un especialista o a estudios de mayor complejidad tecnológica, donde se plantea una demora excesiva para la coordinación y derivación, no solo en la accesibilidad sino también la falta de comunicación entre los profesionales de los distintos niveles de atención (médico de referencia o cabecera y especialista consultantes). En el momento de la realización de las entrevistas no existía la Historia clínica ambulatoria (HCA) que busca mejorar la comunicación entre los diferentes niveles de atención y los diferentes especialistas y los propios profesionales del equipo de salud de los centros. De todas maneras, la generalización del uso aun no es total.

Esta preocupación está presente en los profesionales, como una dificultad para completar diagnóstico o tratamientos de los usuarios.

...Sigue siendo grave.” “la coordinación con otras especialidades y este... el poder derivar dentro de lo que es Odontología a otros centros que hagan especialidades que...específicas, dentro de la Odontología. No hay... Entonces me encuentro con muchos escollos y entonces alguna veces trato de solucionarlos yo con las armas que tengo... (Ent P4)

...Como otros escollos en lo administrativo es tremendo desde la atención primaria. De hecho en este momento en este momento estamos en una movilización que ya tiene mucho tiempo pero en realidad esa movilización surge todos los pediatras de hace rato, por las demoras que tenemos con las interconsultas con los niños de Pereira Rossell, sobre todo en

algunas especialidades... (Ent P8)

En los integrantes de los equipos de gestión se comparte la preocupación sobre la continuidad de los cuidados, al que se le agrega además la “responsabilidad” que, como gestores que sienten ante los usuarios y no poder dar la respuesta a los mismos.

Nosotros acá, en el primer nivel, muchas veces tenemos que derivar, referenciar pacientes. ... un dilema que tengo hoy por hoy, lo vivo día a día, es la referencia y la contrareferencia. Que yo me siento como responsable, como que me da vergüenza, a veces sentir un usuario que me dice "Ay, doctora, hace ocho meses, nueve meses que solicite el ecocardio y no tengo..." y yo le digo "tiene razón" pero me pongo en el lado, que si fuera un familiar mío, si fuera mi tío, si fuera mi abuela. Y sos la cara visible, quieras o no, frente al usuario...Me siento como que no estoy cumpliendo con mi gestión, que está siendo mala en ese aspecto. De no brindarle lo que necesita el usuario en el tiempo que corresponde...no es lo lógico, todos tenemos el mismo derecho y la accesibilidad y la prontitud son cosas que en un servicio de salud tienen que existir ¿no?, en un centro de salud, en una organización de salud. (Ent. G2)

Cuando va una persona cualquiera a la referencia y a vos te viene la contra referencia vacía, sin ningún registro, ahí estás permanentemente, primero con ganas de propinar algún insulto a quien debió haberlo hecho y no lo hizo, claro, porque ahí es la salud de la persona la que está en juego... (Ent. G11)

...Por ejemplo en el manejo de los tiempos de espera para determinadas consultas, que uno sabe están afectando lo que es el resultado de la atención de ese usuario, eso muchas veces podría llegar a implicar un tema ético porque muchas veces uno se pregunta si está haciendo las cosas bien. (Ent. G13)

En un estudio realizado por Sollazzo, Ana; Berterretche, Rosario (2011) plantea que se han definido acciones que apuntan a superar la “segmentación del sistema y la fragmentación de los cuidados” a través de los cambios en el financiamiento, el derecho a la cobertura, el acceso, etc.”. “Sin embargo en un nivel “operativo” la segmentación presente antes de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, así como el bajo nivel de coordinación de los cuidados no se han modificado”. A su vez lo relacionan a las “capacidades de gestión a nivel institucional y con factores organizacionales”, teniendo en opinión de los entrevistados un gran peso la cultura organizacional. La no existencia en el país de “recursos humanos” en cantidad ni cualitativamente preparados para responder a esta estrategia es una debilidad importante. Una vez creadas las condiciones a nivel macrosocial nos encontramos en el desafío de actuar sobre la integración de los servicios y la continuidad del cuidado. (49)

En otro estudio realizado para conocer la coordinación entre niveles asistenciales desde la perspectiva de directivos y profesionales de organizaciones sanitarias integradas en Catalunya, Barcelona, plantea que la coordinación entre niveles es definida de diversas formas por los informantes. Coinciden en considerar que es complicado pero necesario para la mejora de la eficiencia, y que, dentro de los factores que influyen están los valores de los profesionales y la existencia de mecanismos apropiados en las instituciones para que sea posible. (50)

Se atribuyen a la complejidad de la coordinación entre niveles asistenciales a la separación histórica entre niveles y profesionales (atención primaria frente a especializada, médicos frente a enfermeros, etc.), que ha contribuido a conformar valores opuestos a la colaboración y el trabajo en equipo. Algunos autores relacionan esta separación con la formación de los diferentes grupos profesionales, el uso de métodos de trabajos distintos y el desconocimiento y la desconfianza mutuos.(51)

Si hacemos referencia a los principios éticos, el principio de justicia es el que está implicado. “Las desigualdades en el acceso al cuidado de la salud y el incremento de los costes de estos cuidados han ocasionado en el ámbito de la sanidad el debate sobre la justicia social.” “Beauchamp y Childress entienden

que la justicia es el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona. Una injusticia se produce cuando se le niega a una persona el bien al que tiene derecho o no se distribuyen las cargas equitativamente”. (52)

En los siguientes cuadros se presentan los dilemas y problemas éticos expresados por los entrevistados (Cuadro N°1) y los mencionados por las diferentes profesiones, identificando la función que cumplen, incluyendo aquellos que no fueron contemplados en las categorías (Cuadro N°2)

Cuadro N°1- Síntesis de conceptos, dilemas y problemas más frecuentes expresados por los entrevistados

Concepto sobre dilemas y problemas éticos	Dilemas y problemas más frecuentes relacionados al desempeño profesional		Dilemas y problemas éticos relacionados a los recursos y normas	
	Dilemas	Problemas	Dilemas	Problemas
-Percepción de los problemas y las soluciones de acuerdo a las diferentes ópticas y valores -Tener dos alternativas: entre lo correcto y lo incorrecto, lo que es bueno y lo malo -Relacionado al quehacer de cada profesión (código deontológico)	- Actitud del profesional frente a valores del paciente -Confidencialidad y secreto profesional (invadir intimidad)	-Falta de respeto de los profesionales en el trato con el paciente. - Falta de formación de los equipos - Complejidad extensiva	- Distribución y eficiencia, relacionado a la equidad y/o justicia - Dificultades en el cumplimiento de la normativa	- Burocracia, lentitud en los procesos administrativos - Continuidad asistencial (referencia y contrareferencia)

Elaborado por Lic .Enf .Esp. Esther Lacava

Cuadro N°2- Dilemas y problemas éticos más frecuentes según profesiones

Profesiones	Tipología de dilemas y problemas éticos más frecuentes	
	Expresiones contemplados en las categorías	Otras expresiones
Médicos	<p>-como nos vinculamos o tratamos al semejante, a la otra persona, desde mi rol profesional (G)</p> <p>-confidencialidad (G)</p> <p>-Invasión en la privacidad (G)</p> <p>-Como otros escollos en lo administrativo es tremendo desde la atención primaria (P)</p> <p>-No poder brindar las cosas por falta de recursos me parece que sí que sí sería un problema ético porque tienen que estar (P)</p> <p>-el equipo de enfermería no se está haciendo la función de la misma manera, que la que teníamos hace dos meses atrás.... la enfermera que tengo está desgastada (P)</p> <p>-Problemas edilicios por ejemplo ¿no? Que apuntan al bienestar y al confort y a brindarle un digno lugar al usuario y al funcionario (G)</p> <p>-Siempre hubo idóneos en determinadas tareas, por ejemplo registros médicos, farmacia,.. al tener un personal calificado va a mejorar la calidad del servicio. (G)</p> <p>-A mí a veces se me plantean problemas éticos en el sentido que veo cosas que podrían mejorarse que están muy mal, y no hago intento, o hago sí, solo intento que mejoren, pero sigo mirándolas (G)</p> <p>-Sí, mucho menos que antes, pero nos pasó ahora, que nos faltaron medicamentos, y para mí eso es grave. Es ahí donde me cuestiono a veces... No vinieron porque no había plata, se priorizaron medicamentos (G)</p> <p>--Los procedimientos formales. Por ejemplo, no puedes permitir que una enfermera discrimine a un paciente Y no la puedes echar porque acá dentro del sistema no la puedes echar. (G)</p>	<p>- Asistencia y compromiso con los usuarios (G)</p> <p>-Diferencias en la atención entre lo público y lo privado(G)</p> <p>-Paternalismo en la búsqueda de empoderamiento de las familias(G)</p> <p>-Generar incentivos, por ej. el pago del acto médico(G)</p> <p>- Vulneración de los derechos de los usuarios desde el lugar de poder del médico(G)</p> <p>- Vacíos legales. (P)</p>
Lic. en Enfermería	<p>Pobreza (G)</p> <p>-Judicializar la pobreza en determinadas situaciones (violencia y abandono) G</p> <p>- Dificultad en el desempeño profesional por problemas sociales e institucionales (G)</p> <p>- los tiempos de espera para determinadas consultas, que uno sabe están afectando lo que es el resultado de la atención de ese usuario (G)</p>	<p>-El problema es el recurso humano, hacer las cosas con compromiso con seriedad</p> <p>-un médico que recibía pacientes crónicos, escribía las planillas, y en realidad</p>

	<p>-uno tiene que evaluar el aspecto humano y la norma institucional, y hacer una conciliación de intereses, para nosotros muchas veces es difícil ser justo (G)</p> <p>-Aplicar las normas institucionales, es donde de pronto uno se pregunta cómo aplicar la norma contemplando el tema de lo humano...Pero por otro lado están las situaciones de los usuarios, de los pacientes, que no tienen por qué estar recibiendo una mala atención (G)</p> <p>-La normativa estaba clara, lo que no estaba bien realizado era el procedimiento... (G)</p> <p>-Faltan normas, que no están pautadas, de funcionamiento de los servicios. Tal vez somos nosotros mismos los responsables (G)</p>	<p>nunca había ido</p> <p>-Saber que los derechos de los niños están siendo vulnerados...por ejemplo uno dice cómo ese niño va a volver a ese ambiente donde fue abusado.</p>
Lic. en Trabajo Social	<p>Falta de respeto y trabajo en equipo (P)</p> <p>-Falta de espacio físico (P)</p> <p>-Cómo se manejan los protocolos en esas cosas son institucionales, de alguna manera son respuestas ineficientes del sistema a algo que tendría que ser, o que si se pensara desde un punto de vista más humano (P)</p>	<p>-Respetar los procesos de las personas contra las ganas de decirle a esa mujer tenés que...por ej en el tema de la violencia doméstica (P)</p>
Odontólogas	<p>-no tienen el perfil para el primer nivel. Entonces, se genera situaciones problemas que a veces se podría evitar con el usuario (G)</p> <p>-un dilema que tengo hoy por hoy, lo vivo día a día, es la referencia y la contrareferencia (G)</p> <p>-Elementos de materiales de insumos y de profesionales para que ese servicio sea de calidad... demora mucho el tema burocrático o instituciones, el recorrido que tiene que hacer en la institución para lograr ese cambio (G)</p> <p>-Cuando uno trabaja en una institución está muy privada especialmente está muy acotada por los lineamientos de la institución. Y muchas veces hay soluciones que son, se ajustan a la persona, a la persona que estamos tratando, atendiendo o al núcleo familiar (G)</p>	<p>-Escollos que se tratan de solucionar con las armas que se tiene</p> <p>-Dificultades por falta de recursos donde derivar determinadas situaciones</p>
Obstetra-partera	<p>-Respetar el derecho a ser atendidos, y respetados en sus decisiones, a pesar de no estar de acuerdo</p> <p>-trato inadecuado del equipo en emergencia</p>	

Elaborado por Lic Enf.Esp Esther Lacava

7. Conclusiones

El objetivo principal del trabajo fue conocer si los integrantes del equipo de salud y de gestión de los centros de salud del PNA seleccionados identifican dilemas y problemas éticos en su práctica cotidiana, en especial los vinculados a la gestión de los recursos y normas institucionales. El propósito es desarrollar un mayor conocimiento sobre la presencia de estos y su incidencia en los procesos de gestión, asistenciales y de satisfacción de los profesionales.

Considerando la evidencia y la bibliografía analizada en la discusión previa, con relación a la pregunta de investigación, encontramos cierta coincidencia en la existencia de los dilemas y problemas éticos en servicios del PNA seleccionados.

La metodología cualitativa del estudio permitió realizar una mirada crítica sobre la existencia de problemas y dilemas, desde la óptica de la ética, a través de las respuestas y relatos obtenidos. La recogida de la información se realizó mediante el registro documentado a través de una entrevista semiestructurada, la cual se aplicó a los profesionales del área asistencial y de gestión de los centros de salud.

El análisis y reflexión se apoya en el marco teórico del trabajo, con aquellas conceptualizaciones necesarias para entender un tema tan complejo como son los dilemas éticos en las instituciones sanitarias, en este caso del PNA.

De acuerdo con la información recabada en el trabajo podemos comprobar que los equipos de los centros de salud, ya sea profesionales y gestores se ven enfrentados a diferentes dilemas y problemas éticos en su actividad cotidiana.

Resultó significativo conocer las expresiones de los profesionales de servicios del PNA que cumplen las funciones en la atención directa a los usuarios y en la gestión del centro. Si bien muchos de los dilemas éticos identificados son comunes a ambos grupos, la mirada de estos resulta diferente, acorde a su función.

El PNA es definido por la Ley 18.211 el principal escenario de la reforma por la proximidad de sus servicios al lugar donde transcurre la vida cotidiana de las personas, por ser la puerta de entrada, con diferentes niveles de complejidad y capacidad resolutoria de los problemas de salud. Por esa razón conocer las expresiones de responsables de la gestión y de profesionales que se desempeñan en la atención en dichos servicios, puede ser un insumo a considerar para contribuir al cambio de modelo de gestión y de atención (2).

En el trabajo se reconoce el derecho que tienen las personas, las familias y los grupos, a participar activamente desde el momento mismo de la identificación de los problemas de salud y resolución de estos. Se plantea como dilema el hecho de percibir los problemas y las soluciones de acuerdo con las diferentes ópticas y valores, con los usuarios y dentro del propio equipo, y acorde con ello distintas alternativas en la toma de decisiones para resolver el problema o elegir una opción determinada.

“Se presentan, no sé, modos de ver el mundo, y los problemas que vienen a presentar y las diferentes alternativas ” “muchas veces tiene que en la consulta contrarrestar y ver diferentes visiones que no siempre son las que uno y digo de las que uno piensa. (Ent P1)”.

En la tesis de doctorado de Pablo Requena Meana, define que "una persona autónoma, es aquella capaz de deliberar sobre sus propios fines y actuar de acuerdo con ellos. El respeto de la autonomía supone, por tanto, dar peso a sus preferencias, y es capaz de deliberar sobre sus propios fines y actuar de acuerdo con ellos". (53)

Childress (54), denominó “el principio de respeto de la autonomía” donde el agregado de “respeto” hace que se entienda este principio no sólo como una cierta actitud ante las elecciones autónomas de los demás, sino además, no interferir en ella. Este aspecto puede constituir un verdadero desafío ético, ya que la relación entre el equipo de salud, y en especial el médico, es una relación desigual y de poder, donde los usuarios o familias no tienen la misma información sobre aspectos vinculados a la salud y en general las decisiones de estos se apoyan en la del médico en la información que este le brinda. Hay

una tensión entre el deber y los derechos, entre lo ético (conciencia) y lo legal o normativo (institucional).

Hay un vínculo muy estrecho con lo moral, la ética como aquello que no es correcto y que afecta al individuo y a la sociedad. Algo que afecta la dignidad del individuo, afecta el bien común y en este sentido, trasciende los intereses de la institución, aquí también prima la conciencia sobre lo funcional o legal.

En los relatos se menciona el cumplimiento de los principios deontológicos, entendido como el quehacer de cada profesión, y su incidencia en el comportamiento y en la resolución o toma de decisiones del profesional. Varas Vidal (21) plantea que los profesionales se diferencian por "su modo de situarse ante el usuario en salud", y no necesariamente de los conocimientos científico-técnicos ni de los medios disponibles. Lo que señala el contraste es un marcador moral que llamamos actitud", que también se relaciona con otro problema planteado que es el relacionamiento del equipo con los usuarios, sentido como "maltrato" en algunos relatos. Esta preocupación fue manifestada en especial por los gestores. Ricardo González Menéndez (55), expone que hay una tendencia mundial al deterioro de las relaciones interpersonales en la gestión de salud, y que es necesario incorporar modelos humanistas en las instituciones.

La confidencialidad y secreto profesional, son otros de los dilemas expuestos y que también estarían relacionados con la actitud, y en el caso del estudio, además, sucede por problemas de escasa capacidad de la planta física. Hay que recordar que el equipo y la institución son la custodia de la información de cada usuario.

Las características de la atención que se realiza en el PNA, el estrecho relacionamiento que se establece a lo largo del transcurso de la vida, pone en evidencia y en cuestionamiento la dificultad para establecer límites en la relación clínica, hasta donde indagar sobre aspectos de la vida privada:

Muchas veces el meterte en los problemas del usuario, querer más allá de lo que podés, de lo que el usuario quiere que vayás... (Ent.G12)

La formación del equipo y la falta de compromiso también fueron señaladas. Se plantea que falta formación en el equipo de salud para el trabajo en el PNA y en los aspectos éticos, y se introduce "el compromiso", como otro concepto, que podría asociarse al término de responsabilidad y el cumplimiento de su rol. Los últimos planteos fueron expuestos mayoritariamente por integrantes del equipo de gestión.

...no llegar a poder desempeñarte frente a todas las dificultades que tenés en los servicios, en las instituciones, con toda la problemática social que tenés en este momento...

(Ent.G 5)

Este comentario revela un problema que tanto los profesionales como los gestores viven en lo cotidiano en los servicios, y que es propia del trabajo en el PNA. Es lo que se define como complejidad extensiva, y que comprende toda la problemática a la que debe abordarse por los equipos, donde la pobreza está incluida en esa realidad compleja. Para los dilemas que se presentan en esta área es fundamental la implementación efectiva de la interinstitucionalidad, que es una responsabilidad de la gestión, que debe asegurar la misma a nivel de los diferentes niveles de gestión, es decir establecer los mecanismos para que sea efectiva para los equipos y para la población.

A nivel de la mesogestión, se encontrarían los problemas relacionados a la gestión institucional: problemas con referencia y contrareferencia (continuidad asistencial), con los recursos y con las normas.

Coordinación, continuidad e integración asistencial son términos que se suelen utilizar indistintamente para referirse a una misma idea: la conexión de la atención que recibe un paciente desde múltiples fuentes de provisión. (56)

Es necesario, la existencia de una red de servicios organizada por niveles de complejidad, tecnología apropiada para cada nivel y potenciar la capacidad resolutive en cada uno de ellos (57). Los profesionales del área asistencial plantean el dilema de no poder brindar una atención integral al no completar la valoración de sus usuarios, en caso de estudios o derivaciones a

especialistas, o no poder tener la información de los mismos (contrareferencia). Por otro lado, los gestores se sienten responsables de esta situación:

..." yo me siento como responsable, como que me da vergüenza, a veces sentir un usuario que me dice "Ay, doctora, hace ocho meses, nueve meses que solicite el ecocardio y no tengo..."... (Ent.G2)

Debe existir una articulación entre los niveles del sistema, a través de mecanismos de información, coordinación, y una organización en red. En la actualidad se cuenta con historia clínica electrónica, buscando establecer una comunicación más fluida entre los profesionales del propio equipo, los de otros niveles y el propio usuario.

El principio de justicia está implicado, dado que, a pesar de tener accesibilidad y cobertura universal, el acceso a determinadas prestaciones no está asegurado totalmente. La continuidad asistencial también es valorada por los usuarios, que son los que experimentan la coordinación de los servicios que recibe.

Los dilemas encontrados en relación con las normas están relacionados al reconocimiento del valor de la existencia de las mismas, pero por otro lado la burocracia (traducida en demora de trámites), para la adquisición de recursos materiales, humanos y para la sanción a los mismos.

...Las normas siempre están para darte seguridad verdad y mejorar, dar calidad al procedimiento o al proceso que se está haciendo... ... (Ent.G2)

...demora mucho el tema burocrático o instituciones, el recorrido que tiene que hacer en la institución para lograr ese cambio... ... (Ent.G11)

Un servicio de salud es complejo, con problemas técnicos y económicos, pero también éticos. No se puede pensar en brindar una atención eficiente, si la institución sanitaria no resguarda la dignidad, privacidad y hábitos culturales de sus pacientes.

La construcción de una gestión ética implica el desarrollo de una dimensión normativa, es decir la pertinencia de contar con códigos éticos en la organización que sea orientador de las conductas y actitudes del personal. Estas normas incluyen derechos y deberes que afectan al equipo de salud y a los usuarios.

Los problemas con los recursos tienen que ver con la carencia y gestión de los mismos, ya sean humanos (por carencia o por ausentismo), materiales, edificios, medicamentos, puede resumirse en esta expresión:

...El no poder brindar las cosas por falta de recursos me parece que sí que sí sería un problema ético porque tienen que estar... ... (Ent.P 3)

Para los responsables de los servicios sanitarios debe ser una preocupación la calidad asistencial otorgada a los usuarios, implicando los principios éticos referidos a no maleficencia y justicia.

Incorporar el concepto de eficiencia en la toma de decisiones clínicas para obtener un resultado concreto al menor coste y para asegurar que con los recursos disponibles se obtienen los mejores resultados posibles. Es lo que Gracia ha denominado eficiencia en la producción (de resultados) y eficiencia distributiva (o en la asignación de recursos") (47).

Por otro lado, también implica incorporar el concepto de equidad, es decir" conseguir que cualquier persona tenga la misma probabilidad de acceder a los mismos servicios, siempre que se encuentren en las mismas circunstancias. Este concepto introduce tantas variables, que hace cuestionar acerca de la equidad en la gestión de los recursos, que es sabido siempre son escasos.

A modo de síntesis se puede afirmar que el presente estudio cualitativo, muestra que los equipos del PNA incluidos en él, presentan dilemas y problemas éticos, muchos de ellos compartidos por las diferentes y profesiones.

Tanto los profesionales en la gestión clínica, como los integrantes de los equipos de gestión compartieron esos dilemas, cada uno desde el lugar que ocupan en la organización. Tal vez los gestores expresaron mayor problemas y dilemas éticos vinculados a la normativa, ya sea reconociendo la necesidad de su existencia, así como la burocratización de los procesos administrativos. El conocimiento de los problemas y dilemas éticos que presentan los profesionales del PNA en Montevideo, permite conocer las cuestiones que enfrentan los mismos ante las diferentes situaciones de salud-enfermedad en su relación profesional e institucional.

Los resultados de esta investigación pueden generar mecanismos de revisión de las prácticas, y ser un insumo para generar mecanismos institucionales para abordar los dilemas o problemas éticos que se presentan.

La estrategia de una gestión ética favorecería un mayor clima de tolerancia, diálogo, comprensión, aceptación, respeto y cooperación mutua, para abordar los diferentes dilemas éticos que se presenten. Debería establecerse la consideración de los valores éticos en la institución a través del establecimiento de normas de comportamiento, pero a su vez, asegurar la formación continua de los equipos y la generación de espacios para tratar y analizar los problemas éticos que se plantean en el transcurso de la vida institucional.

La propuesta de una gestión fundamentada en la ética puede resultar un gran aporte en la reforma del SNIS, ya que incide en el modelo de financiamiento, de gestión y fundamentalmente en el cambio de modelo de atención.

Con relación al proceso de tesis, cabe señalar que ha sido largo e interrumpido por determinadas situaciones personales y laborales que enlentecieron el proceso, con periodos de discontinuidad. Más allá de este hecho considero alcanzado los objetivos del estudio.

8. Referencias bibliográficas

1. Rotondo MT. Comisiones nacionales de bioética. En: Jornada Regional de Bioética, 1a. [Internet]. 2008. Disponible en: <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/Rotondo2-5-08.pdf> [consulta: 7 feb 2017].
2. Sistema nacional integrado de salud. Ley N° 18.211 de 13 diciembre de 2007. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61> [consulta: 23 set 2016].
3. Altisent R, Delgado Marroquín MT, Jolín Garijo L, Martín Espíldora MN, Ruiz Moral R, Simón Lorda P, et al. Sobre bioética y medicina de familia (4). Atención Primaria [Internet] 2000; 25(6): 438-47. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/45336950_Sobre_bioetica_y_medicina_de_familia_IV [consulta: 12 feb 2017].
4. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la investigación. 5a. ed. México: McGraw Hill; 2010.
5. Parada M. Metodología cualitativa en investigación científica. En: Bobenrieth Astete M, ed. Cómo investigar con éxito en ciencias de la salud. [Internet]. 2011. p. 340-66. Disponible en: https://www.google.com/search?client=firefox-b-ab&ei=g6TSXZuJFqC_5OUPkreT-AU&q=Parada+M.+Metodolog%C3%ADa+cualitativa+en+investigaci%C3%B3n+cient%C3%ADfica&oq=Parada+M.+Metodolog%C3%ADa+cualitativa+en+investigaci%C3%B3n+cient%C3%ADfica&gs_l=psy-ab.3...1698.2468..3068...0.2..0.276.716.2-3.....0....1..gws-wiz.....0i71.wW5EIMUxLPE&ved=0ahUKEwjb1pW29vPIAhWgH7kGHZLbBF8Q4dUDCAo&uact=5 [consulta: 12 feb 2017].
6. Martínez M. La investigación cualitativa (síntesis conceptual). Rev Investigación en Psicología [Internet] 2006; 9(1): 123–46. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Investigacion_Psicologia/v09_n1/pdf/a09v9n1.pdf [consulta: 12 feb 2017].

7. Etchebarne L. Temas de medicina preventiva y social. 3er. ed. Montevideo: FEFMUR; 2001.
8. Potter VR. Bioética puente, bioética global y bioética profunda. Cuadernos del Programa Regional de Bioética 1998; (7): 21-5.
9. Vega Romero R. Dilemas éticos contemporáneos en salud: el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social. Gerencia y Políticas de Salud [Internet] 2002; 1(2): 49-65. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2901> [consulta: 10 jun 2019].
10. Monteiro Alves MA, Barbosa Moura RCh, Barroso Teixeira MG, Vieira Cunha NF, Pinheiro Bezerra AK. Dilemas éticos vivenciados por enfermeros y presentados en publicaciones en enfermería. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet] 2008; 16(6): 1054-9. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/es_19.pdf [consulta: 10 jun 2019].
11. Schramm Fermin R, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cad Saúde Pública [Internet] 2001; 17(4): 949-56. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5301.pdf> [consulta: 16 mar 2019].
12. García de la Puerta M. Análisis de dilemas éticos en atención primaria. Medicina de Familia [Internet] 2000; 1(1): 89-93. Disponible en: <https://www.samfyc.es/pdf/GdTBio/201031.pdf> [consulta: 16 mar 2019].
13. Varas Travella D, Vidal Diaz C, León Correa FJ. Dilemas éticos de enfermería presentes en la atención primaria de salud. [Internet]. 2018. p. 55-75. Disponible en: http://www.bioeticachile.cl/felaibe/documentos/3_Enferm_y_aps.pdf
14. Rotondo MT. Relaciones profesionales: conflicto de intereses. Rev Méd Urug [Internet] 2006; 22(2): 88-99. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902006000200004 [consulta: 16 mar 2019].
15. Gómez Haedo C. Los comités de bioética: perspectivas. [Internet]. 2008. Disponible en: <https://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos4/art>

- [11.pdf](#) [consulta: 16 mar 2019].
16. Diccionario de la Real Academia Española. [Internet]. 2018. Dilema. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=DmQvDQm> [consulta: 2 feb 2017].
 17. Glosario de filosofía. [Internet]. 2018. Dilema. Disponible en: <http://www.webdianoia.com/glosario/display.php?action=view&id=87&form=action=search|by=D> [consulta: 2 feb 2017].
 18. Garzón N. Toma de decisiones éticas. En: Peña B. Ética y bioética. [Internet]. 2002. p. 171-90. Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/783/10/263_9_Capi_8.pdf [consulta: 2 feb 2017].
 19. González Arencibia M. Guía de aprendizaje de ética informática, una experiencia aplicable a la gestión empresarial. [Internet]. 2008. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2008a/347/#indice> [consulta: 2 mar 2017].
 20. Donda CS. Introducción a la bioética aplicada. [Internet]. 2015. Disponible en: <https://vdocuments.es/02-introduccion-a-la-bioetica-aplicada.html> [consulta: 10 jul 2018].
 21. Gracia D. Introducción a la bioética. [Internet]. Disponible en: <http://www.ugr.es/~eianez/Biotecnologia/bioetica.htm#gracia> [consulta: 1 dic 2018].
 22. Levcovitz E, Antoniol G, Sánchez D, Fernández Galeano M, Benia W, Braida J, et al. Atención primaria de salud en Uruguay: experiencia y lecciones aprendidas. Montevideo: OPS; 2011.
 23. Librillo de Derechos de usuarias y usuarios [Internet]. Ministerio de Salud Pública. 2018. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/librillo-de-derechos-de-usuarias-y-usuarios> [citado el 23 de junio de 2019]
 24. Gracia D. Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. Bol Oficina Sanit Panam [Internet] 1990; 108(5/6): 570-85. Disponible en:

- <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/16815/v108n%285-6%29p570.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [consulta: 14 abr 2019].
25. Villar H. Gestión de servicios de salud: doctrina y política en salud. [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.universidad.edu.uy/renderResource/index/resourceId/20958/siteId/1> [consulta: 10 may 2019].
 26. Tobar F. Modelos de gestión en salud. [Internet]. 2002. Disponible en: https://www.academia.edu/7023762/MODELOS_DE_GESTION_EN_SALUD_TOBAR [consulta: 10 may 2019].
 27. Cordera A, Bobenriet M. Administración de sistemas de salud. [Internet]. 1983. Disponible en: http://www.altadireccion.com.mx/sites/default/files/admon_hospitales/sistemas_alud.PDF [consulta: 10 may 2019].
 28. Guedez V. La ética gerencial: instrumentos estratégicos que facilitan decisiones correctas. Caracas: Planeta Venezolana; 2002.
 29. Wigodski T. Ética en las organizaciones de asistencia sanitaria. [Internet]. 2007. Disponible en: <http://www.dii.uchile.cl/~ceges/publicaciones/95%20ceges%20TW.pdf> [consulta: 25 may 2019].
 30. Mendez Gongora A. Modelo de gestión ética para entidades del estado fundamentos conceptuales y manual metodológico. [Internet]. 2006. Disponible en: https://www.academia.edu/38558768/Modelo_de_Gesti%C3%B3n_%C3%89tica_para_Entidades_del_Estado_Fundamentos_Conceptuales_y_Manual_Metodol%C3%B3gico [consulta: 10 jun 2019].
 31. Gracia D. Fundamentos de Bioética. 3ª ed. Madrid: Triacastela; 2008.
 32. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica, ética en la práctica clínica. Barcelona: Triacastela; 2004.
 33. Zoboli Campos Pavone EL. Relación clínica y problemas éticos en atención primaria, São Paulo, Brasil. Aten Primaria [Internet] 2010; 42(8): 406-12. Disponible en:

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656710001083?via%3Dihub> [consulta: 16 may 2019].
34. Yuguero Torres O. Aspectos éticos en la gestión de la salud. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/aspectos-eticos-en-la-gestion-de-la-salud/> [consulta: 16 may 2019].
35. Pose C. Lo bueno y lo mejor: introducción a la bioética médica. Madrid: Triacastela; 2009.
36. Talavera P. La objeción de conciencia y su repercusión en el ámbito sanitario. En: Bellver Capella V, ed. Bioética y cuidados de enfermería: los desafíos de la práctica. [Internet]. 2013. v. 2. p. 241-62. Disponible en: http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat6/pdf/libro_7_6.pdf [consulta: 12 feb 2019].
37. Barbero Gutiérrez J, Garrido Elustondo S, Miguel Sánchez C de, Vicente Sánchez F, Macé Gutiérrez I, Fernández García C. Efectividad de un curso de formación en bioética y de la implantación de una checklist en la detección. Aten Primaria [Internet] 2004; 34: 20-5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-efectividad-un-curso-formacion-bioetica-13062832> [consulta: 16 mar 2019].
38. Ogando Día B, García Pérez C. Necesidades de formación en bioética en la Comunidad de Madrid. Aten Primaria [Internet] 2005; 35(5); 240-5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656705703334?via%3Dihub> [consulta: 20 may 2019].
39. Puig JM. La educación moral en la enseñanza obligatoria. Barcelona: Horsori; 1995.
40. León Correa FJ, coord. Bioética y sociedad en Latinoamérica. [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.bioeticachile.cl/felaibe/documentos/libros/congreso/FELAIBE%20Bioet%20Social.pdf> [consulta: 20 may 2019].

41. Garrafa V, Manchola C. Bioética y asimetría (negativa) de poder: explotación, desigualdad y derechos humanos. Rev Redbioética/UNESCO [Internet] 2016; 1(13): 66-74. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/pdf/RevistaBioetica13.pdf> [consulta: 11 may 2019].
42. Pereda Vicandi M. Dificultades éticas en las organizaciones sanitarias asistenciales públicas. Rev Calid Asist 2014; 29(6): 355-61. Disponible: <https://www-sciencedirect-com.proxy.timbo.org.uy:88/science/article/pii/S1134282X14001110> [consulta: 17 may 2019].
43. Del Llano Señarís J, Millán Núñez Cortés J. Ética y gestión sanitaria. Med Clín [Internet] 2002; 118(9): 337-8. Disponible en: <http://www.fgcasal.org/fgcasal/publicaciones/eticaygessan.pdf> [consulta: 16 jun 2019].
44. Del Llano J. La asignación de recursos sanitarios: eficiencia y equidad. En: Hidalgo Vega A, Corugedo de las Cuevas I, Del Llano Señarís J, ed. Economía de la salud. [Internet]. 2000. p. 29-64. Disponible en: http://www.fgcasal.org/publicaciones/Libro_Economia_de_la_salud.pdf [consulta: 1 dic 2018].
45. Abellán F, coord. Ética de la gestión sanitaria. [Internet]. 2015. Disponible en: http://www.fundacionmercksalud.com/wp-content/uploads/2017/06/11_Etica_de_la_gestion_sanitaria.pdf [consulta: 22 abr 2019].
46. Goic A. Ética de la organización de la atención de salud. Rev Méd Chile [Internet] 2004; 132: 388-92. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v132n3/art16.pdf> [consulta: 16 jun 2019].
47. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of the continuity of healthcare. [Internet]. 2002. Disponible en: https://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_continuity_of_healthcare_e.pdf [consulta: 10 jun 2019].

48. Hernández MB, Vargas Lorenzo I, Sánchez Pérez I, Henao Martínez D, Coderch de Lassaletta J, Llopart López JR, et al. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de salud en Cataluña. Rev Esp Salud Pública [Internet] 2010; 84: 371-87. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v84n4/original1.pdf> [consulta: 8 jun 2019].
49. Sollazzo A, Berterretche R. El sistema nacional integrado de salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. Ciência Saúde Coletiva [Internet] 2011;16(6): 2829-40. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63019110021> [consulta: 8 jun 2019].
50. Henao Martínez D, Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. Gac Sanit [Internet] 2009; 23(4): 280–6. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/gas/2009.v23n4/280-286/es/> [consulta: 1 jun 2019].
51. Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I, Farré Calpe J, Terraza Núñez R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. Rev Esp Salud Pública [Internet] 2005; 79: 633-43. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000600003 [consulta: 1 jun 2019].
52. Siurana Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas [Internet] 2010; (22): 121-57. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-92732010000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en [consulta: 10 jun 2019].
53. Requena Meana P. El principialismo y la casuística como modelos de bioética clínica: presentación y valoración crítica [tesis] [Internet]. 2005. Disponible en: <http://www.eticaepolitica.net/bioetica/TesRequena.pdf> [consulta: 20 jun 2019].
54. Childress JF. The place of autonomy in bioethics. Hastings Center Report [Internet] 1990; 20(1): 12-7. Disponible en: <https://www-jstor-org.proxy.timbo.org.uy:88/stable/3562967?origin=crossref&seq=1#metad>

[ata_info_tab_contents](#) [consulta: 20 jun 2019].

55. González Menéndez R. Humanismo y gestión de salud: pasado, presente y futuro. Rev Cubana Salud Pública [Internet] 2006; 32(4). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400006&lng=es [consulta: 20 jun 2019].
56. Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit [Internet] 2006; 20(6): 485-95. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000600012 [consulta: 20 jun 2019].
57. Villar H. Gestión de servicios de salud. Montevideo: Zona Editorial; 2012. p.118.

9. Bibliografía Consultada

Andréu Abela J. Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada.

Fundación Centro Estudios Andaluces, Universidad de Granada [Internet] 2000; 10(2): 34. Disponible en: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2018/02/Andreu.-analisis-de-contenido.-34-pags-pdf.pdf> [consulta: 12 jun 2019].

Antón Almenara P. Enfermería, ética y legislación. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1994.

Barrnechea C, Menoni T, Lacava E, Monge A, Acosta C, Crossa S, et al. Actualización en salud comunitaria y familiar: herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2009.

Caviedes Duprá R. Priorización en salud: un dilema ético. En: Lolas Stepke F, Martin D, Quezada Á, ed. Estudios de bioética social prioridades en salud y salud intercultural. [Internet]. 2007. p. 97-103. Disponible en: www.uchile.cl/documentos/version-en-pdf_76704_6_1225.pdf [consulta: 12

jun 2019].

Daniels N. Parámetros de justicia y monitoreo de la equidad: Apoyo a un programa de la OMS. Salud y Gerencia 1998; 16:7-12.

El sujeto, la ética y la salud. En su: Granda E. La Salud y la vida. Quito: Ministerio de Salud Pública de Ecuador; 2009. p. 97 -110.

Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. México: Siglo XXI; 1966.

González JL. Ética ecológica para América Latina. Buenos Aires: Espacio Editorial;1994.

Heller A. A filosofía radical. [São Paulo: Editora Brasiliense;1983.

Kliksberg B. Más ética, más desarrollo. 2a ed. Buenos Aires: Temas grupo; 2004.

Mendicoa GR. Sobre tesis y tesistas: lecciones de enseñanza – aprendizaje. Buenos Aires: Espacio; 2006.

Morin E. La noción del sujeto. En: Fried Schnitman D,comp. Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Buenos Aires: Paidós;1994.

Passos Nogueira R. Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud. [Internet]. 1997.Disponible en:
[http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Perspectivas%20de%20la%20gestion%20de%20calidad%20total%20en%20los%20servicios%20de%20salud%20\(1\).pdf](http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Perspectivas%20de%20la%20gestion%20de%20calidad%20total%20en%20los%20servicios%20de%20salud%20(1).pdf) [consulta: 12 jun 2019].

Pastor LM, Leon FJ. Manual de ética y legislación en enfermería. Madrid: Mosby;1997.

Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria: conceptos, métodos y estrategias. [Internet]. 1988. Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/Raynald_Pineault/publication/44481847_La_planificacion_sanitaria_conceptos_metodos_estrategias_por_Raynald_Pineault_Carole_Daveluy/links/59316adc0f7e9beee776f41f/La-planificacion-sanitaria-conceptos-metodos-estrategias-por-Raynald-Pineault-Carole-Daveluy.pdf [consulta: 12 jun 2019].

Porta L, Silva M. La investigación cualitativa: el análisis de contenido en la investigación educativa. [Internet]. 2003. Disponible en: <http://abacoenred.com/wp-content/uploads/2016/01/An%C3%A1lisis-de-contenido-en-investigaci%C3%B3n-educativa-UNMP-UNPA-2003.pdf.pdf> [consulta: 10 jun 2019].

Portillo J. Ética y salud pública. Barcelona: Paidós;1999.

Rawls J. A Theory of Justice. Cambridge: Oxford University Press;1971.

Rebellato JL, Giménez L. Ética de la autonomía: desde la práctica de la psicología con las comunidades. Montevideo: Nordan;1997.

Rebellato JL. Ética de la liberación. Montevideo: Nordan; 2000.

Rojas C, Orellana T, Mera P. Los lugares creados por la libertad. Cuenca: Universidad del Azuay;1994.

Rumbold G. Ética en enfermería. México: McGraw Hill Interamericana; 2000.

Santos Guerra MA. La observación en investigación cualitativa: una experiencia en el área de salud. Aten Primaria [Internet] 1999; 24 (7): 425-30. Disponible en: <http://www.unidadocentemfyclaspalmas.org.es/resources/2+Aten+Primaria+1999.+IC+La+Observaci%C3%B3n.pdf> [consulta: 16 mar 2019].

Taylor CH. Sources of the self: the making of modern identity. Cambridge: Cambridge University Press: 1992.

Thompson JB, Thompson HO. Ética en enfermería. México: El Manual Moderno;1998.

Touraine A. Crítica de la modernidad. Madrid: Temas de Hoy; 1993.

Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional. [Internet]. 1999. Disponible en: <https://metodologiaecs.files.wordpress.com/2014/11/vallesmiguel-tc3a9cnicas-cualitativas-de-investigaci3b3n-social-1999.pdf> [consulta: 12 jun 2019].

Vélez Arango AL. Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el Estado social de derecho. Rev Hacia la Promoción de la Salud [Internet] 2007; 12: 63-78. Disponible en:

10. Apéndices

Apéndice 1 - Presentación y consentimiento informado

Le estamos invitando a participar en: **Dilemas éticos que se le presentan a los profesionales de equipos de salud del PNA**. Se trata de una investigación cualitativa que se realiza en Centros de Salud de RAP-ASSE de Montevideo.

Tiene como finalidad conocer los dilemas éticos que se dan con mayor frecuencia.

Su participación es completamente voluntaria y anónima.

Las autoras realizan la recolección de datos y se comprometen a resguardar la confidencialidad de los datos personales.

Cada entrevista será grabada y luego transcrita en forma literal, palabra a palabra.

Desde ya agradecemos su valiosa participación.

Conformidad

Firma.....

Apéndice 2 - Guía de la entrevista

“Dilemas y problemas éticos en equipos de dirección del PNA” Montevideo.

Identificación _____ del _____ servicio:
.....

Entrevistadoras: / N° de entrevista.....

Caracterización de los entrevistados: Señale con una **X** las respuestas que correspondan a su realidad.

Sexo: F () M ()

Años de trabajo profesional:

Profesión: Médico _____; Enfermera _____; Nutricionista _____;
Asistente social _____. Otro: (especificar) _____

Especialización _____ (Citar área)

Magister _____ (Citar área)

Doctorado _____ Otro _____

En qué Centro de Salud desempeña su trabajo: _____

Dilemas éticos en relación a la atención de personas y/o familia

¿Qué entiende por salud? *1

¿Qué entiende por dilemas éticos y problemas éticos?

Indique cuáles han sido los dilemas y problemas éticos más frecuentes que usted ha encontrado en su trabajo

¿Cómo ha solucionado esos dilemas y problemas éticos? (Especifique cada uno de ellos)

¿los comparte con su grupo de pares en búsqueda de solución? ()

¿intenta solucionarlos en forma individual? ()

¿los comunica a alguna autoridad competente a nivel institucional? ()

¿utiliza otro mecanismo? ¿cuál? ()

¿Ha tenido algún tipo de formación previa que le ayude a resolver esos dilema y problemas?

¿Se le plantean algunos dilemas y problemas éticos con los demás profesionales del equipo de salud? En caso positivo, indique cuáles.*2

¿Tiene algún espacio de debate de esos problemas comunes dentro del equipo de salud? *2

En su práctica profesional: ¿Existen dilemas éticos relacionados con los recursos o institución a la que usted está vinculado? *3

En caso que su respuesta anterior haya sido positiva, indique cuáles son los dilemas más frecuentes.*3

¿Existe algún mecanismo institucional para resolver esos dilemas?

Los problemas o dilemas éticos ¿han afectado sus decisiones en su trabajo? *4

Si la respuesta es sí: ¿Cómo? *4

Si la respuesta es no, ¿Por qué? *4

SUGERENCIAS/ RECOMENDACIONES

Para facilitar la resolución de los dilemas éticos presentes en el trabajo de nivel primario de atención en salud: ¿Cuál es su sugerencia?

1. Para la atención de personas y/o familias en general

2. Para los profesionales del equipo de salud

3. Otros

Aclaración sobre las preguntas:

*1 para problema “Dilemas éticos vinculados al concepto de salud”

*2 para el problema “Dilemas éticos en el equipos de salud”

*3 para el problema “Dilemas éticos vinculados a los recursos y normas institucionales.

*4 para el problema “Dilemas éticos que inciden en la toma de decisiones

Apéndice 3 - Instructivo

Solicitar entrevista con las Direcciones de los servicios de salud seleccionados.

Se realizarán de a dos entrevistadoras: una dirige la entrevista y la otra realiza registros.

Identificar a los profesionales que se encuentran en el servicio

Presentación de las entrevistadoras y de la investigación al equipo de salud

Búsqueda de un espacio adecuado para las entrevistas.

Verificación del funcionamiento del equipo de grabación.

Identificación de los posibles entrevistados y acuerdo de realización.

Lectura del consentimiento informado, firma del/la entrevistado/a

Inicio de la entrevista, bienvenida.

Llenado del formulario, primeras cuatro preguntas.

Iniciar la grabación.

Leer las preguntas específicas sobre dilemas éticos. Desde la pregunta 5 al final. Leer cada pregunta y esperar la respuesta. Se puede repetir la pregunta o las últimas palabras del entrevistado/a.

En la pregunta número 7 es necesario leer todo el texto junto, incluidas todas las opciones.

La pregunta N°14 también es necesaria leer todo el texto junto.

Una vez culminada la entrevista, se ofrece leer lo registrado. Se finaliza la entrevista. Agradecimiento.

11. Anexos

Anexo 1 - Autorización institucional para la realización del estudio

Montevideo, 03 de abril de 2013

**Directora de Red de Atención del Primer Nivel
de la Administración de Servicios de Salud del Estado
Dra. Alicia Sosa .
Presente.-**

Las que suscriben, autoras del proyecto de investigación que se adjunta, solicitan a Ud. autorización para ejecutar dicha propuesta en Centros de Salud de la ciudad de Montevideo, en el mes de mayo del año 2013.

La propuesta surge en la Universidad Andrés Bello de Santiago de Chile, es una investigación multicéntrica y se está realizando en varios países de Latinoamérica. Esta propuesta sugiere realizar entrevistas a profesionales de equipos del primer nivel de atención, en relación a su percepción sobre dilemas éticos. Es parte inicial de tesis de maestría de cada una de las autoras.

Si se considera de interés, se podría coordinar una reunión para seleccionar los servicios.

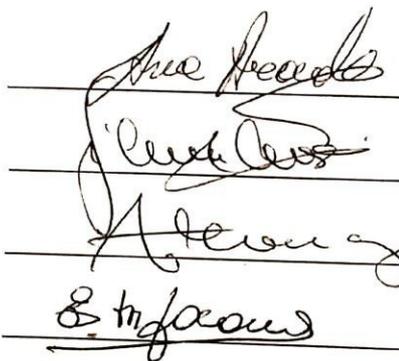
Esperando una pronta y favorable respuesta, saludan atte:

Lic. Enf Ana Arada

Lic. Enf. Silvia Crosa

Lic. Enf. América Monge

Lic. Enf. Esther Lacava



Silvia I. Crosa Barca
Licenciada en Enfermería

16/4/13. Con el visto bueno a lo solicitado. Por a Lic. Esther Lacava, af
devidendo a las licencias por elegir nuestro UB por realizar tan dista
investigación

Dra. Alicia Sosa
Sub Directora
Región Metropolitana
Red del Primer Nivel de Atención ASSE