



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



**PROBLEMAS Y DILEMAS ÉTICOS EN
INTEGRANTES DE EQUIPOS DE DIRECCIÓN DEL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

Autor:

Lic. Enf. Esp. Silvia Irene Crosa Barca

Tutor:

Prof. Agda. Blanca Acosta

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

Montevideo, 2019

Agradecimientos

En primer lugar el agradecimiento es para Cristina Barrenechea, Teresa Menoni y Esther Lacava quienes desde la Dirección del Departamento de Enfermería Comunitaria han sido una fuerza impulsora y una referencia continua.

A mis compañeras docentes del Departamento de Enfermería Comunitaria; especialmente a Alicia Guerra, Ana Arada, América Monge, Ingrid Gabrielzyk, Mariana Mugico, Rosana Rodríguez, Rosemary Carrillo, Silvia Mora; por la paciencia, perseverancia, contención, apoyo y aprendizajes.

A la tutora Blanca Acosta, también por ser un motor propulsor, por acompañar y estimular todo el proceso, enseñar a investigar desde la perspectiva cualitativa y sobre todo por su compromiso y dedicación.

A la Dirección de la Red de Atención del Primer nivel de atención de la Administración de Servicios de salud del Estado y a los Centros de Salud por hacer posible este trabajo.

A las personas entrevistadas por la excelente recepción, disponibilidad a la participación, por la amplitud en las respuestas, el tiempo y la dedicación.

Acta defensa tesis

Integración del tribunal

Informe del tribunal

--

Lista de tablas y cuadros

Cuadro 1. Identificación de las personas entrevistadas. Dilemas éticos en integrantes de equipos de dirección del primer nivel de atención. Mdeo 2019.....	54
Cuadro 2. Problemas éticos de gestión cotidiana en integrantes de equipos de dirección RAP- ASSE. Mdeo 2019.....	57
Cuadro 3. Mapa conceptual Problemas éticos relacionados al área profesional.....	61
Cuadro 4. Dilemas éticos relacionados a aspectos sociosanitarios.....	69
Cuadro 5. Relación entre los dilemas éticos y conceptualización. Dilemas éticos en equipos de dirección del primer nivel de atención. Mdeo 2019.....	74
Cuadro 6. Mapa conceptual sobre conceptos sobre dilemas éticos.....	75
Cuadro 7. Mapa conceptual Dilemas éticos en la toma de decisiones.....	82

Lista de abreviaturas y siglas

ASSE-RAP: Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de Salud del Estado

CYMAT: Condiciones y medio ambiente de trabajo

DDHH: Derechos humanos

DSS: Determinantes sociales de la salud

JUNASA: Junta Nacional de salud

OMS: Organización Mundial de Salud

OPS: Organización Panamericana de salud

PIAS: Plan Integral de Atención a la Salud

PNA: Primer nivel de atención a la salud

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

Resumen

Este trabajo de investigación explora los dilemas éticos en los equipos de dirección del primer nivel de atención. Es el informe final de Tesis de Maestría de Gestión de los Servicios de Salud de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. Se busca descubrir y conocer las circunstancias y acciones de los integrantes de equipos de dirección y por ello se realiza una investigación cualitativa descriptiva, que se enmarca dentro del paradigma interpretativo: que plantea que el mundo social está constituido por significados simbólicos observables en el accionar, en los vínculos e interacciones y en las expresiones de las personas.

Se realizan entrevistas abiertas en las que se indaga sobre los conceptos sobre dilemas éticos, sobre los dilemas éticos que se les presentan y si tienen incidencia en la toma de decisiones en integrantes de los equipos de dirección de los servicios del primer nivel de atención, en los Centros de Salud del subsector público, pertenecientes a la Red de Atención del Primer nivel de Atención de la Administración de Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE), en Montevideo. Son grabadas y transcritas literalmente, utilizando un criterio de saturación.

Los dilemas éticos en la atención a la salud ocupan un amplio campo del conocimiento. Sin embargo, en lo relativo a los dilemas éticos que se presentan en el primer nivel de atención aparece una evidencia científica menor. Las características propias de este conjunto de servicios que están relacionadas al proceso de trabajo, organización de los recursos, del proceso salud-enfermedad y la complejidad extensiva que incluye el trabajo coordinado con otras disciplinas y sectores hacen que los dilemas éticos presenten diferencias con los generados en el segundo y tercer nivel de atención.

El conocimiento sobre los dilemas éticos permite trabajar aspectos que son base del pensamiento y acción en gestión ética. Conocer los dilemas éticos que se presentan a los equipos de dirección del primer nivel de atención permite desarrollar acciones que minimicen o eliminen sus efectos. La influencia en la

toma de decisiones permite reconocer fortalezas de estos equipos y hacer explícito un aspecto poco visible de la gestión, contribuyendo a su identificación y tratamiento.

Palabras claves: Dilemas éticos – Gestión – Primer nivel de atención – Toma de decisiones.

Abstract

This research work explores the ethical dilemmas in the management teams of the primary care.

It is the final report of the Master Thesis of Management of Health Services of the Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. It seeks to look for and discover the circumstances and actions of the members of management teams and therefore a descriptive qualitative research is carried out, which is part of the interpretative paradigm. This paradigm states that the social world is constituted by symbolic meanings observable in the action, in the links and interactions and in the expressions of the people.

We conducted open interviews in which there are questions asked about the concept of ethical dilemmas, about the ethical dilemmas presented to them and if they have an impact on the decision-making of members of the management teams of the services of the first level of attention, in Health Centers of the public subsector (belonging to the Red de Atención del Primer nivel de Atención de la Administración de Servicios de Salud del Estado -RAP-ASSE, of Montevideo).

They are recorded and transcribed literally, using a saturation criterion.

Ethical dilemmas in health care occupy a wide field of knowledge. However, with regard to the ethical dilemmas that appear in the first level of attention, there is less scientific evidence. The characteristics of this set of services that are related to the work process, organization of resources, health-disease process and the extensive complexity that includes coordinated work with other

disciplines and sectors, make ethical dilemmas differ from those generated in the second and third level of attention.

Knowledge about ethical dilemmas allows working aspects that are the basis of thought and action in ethical management. Knowing the ethical dilemmas that are presented to the management teams of the first level of attention allows to develop actions that minimize or eliminate their effects. The influence in the decision making allows to recognize the strengths of these teams and to make explicit a little visible aspect of the management, contributing to its identification and treatment.

Ethical dilemmas - Management – Primary care - Decision making.

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN	11
2. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	16
3. JUSTIFICACIÓN.....	18
4. FUNDAMENTO TEÓRICO	22
4.1 GESTIÓN	22
4.2 GESTIÓN EN SALUD	25
4.3 GESTIÓN EN SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	28
4.4 ÉTICA Y GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	31
4.5 PRINCIPIOS ÉTICOS	36
4.6 DILEMA ÉTICO– PROBLEMA ÉTICO.....	38
5. ANTECEDENTES.....	43
6. METODOLOGÍA	48
7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	54
8. CONSIDERACIONES FINALES	83
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
11. APÉNDICES	92
DILEMAS ÉTICOS EN RELACIÓN A LA ATENCIÓN DE PERSONAS Y/O FAMILIA	93

1. Introducción

El presente trabajo es el informe 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.

Es un trabajo final individual que se realiza a partir de un trabajo de investigación planteado en grupo de cuatro estudiantes de las Maestrías en Salud Comunitaria y Gestión de Servicios de Salud. Se elabora un proyecto de investigación común dentro del cual cada maestranda presenta sus aspectos particulares a investigar. Si bien hay objetivos comunes, cada estudiante plantea preguntas de investigación individuales, a la que le corresponden objetivos específicos individuales, así como, preguntas en el instrumento de recolección de datos que son, por lo tanto, individuales. Se parte de un protocolo común y se transita por la etapa de ejecución en conjunto, pero el análisis y elaboración de este informe es individual.

Surge de una investigación multicéntrica propuesta por Prof. Dr. Francisco León Correa, Dr. en Filosofía y la Dra. Alejandrina Arratia Figueroa, EU Enf., Dra. en Filosofía de Enfermería de la Universidad Andrés Bello (Chile). Esta propuesta originalmente plantea: objetivos, lugar de realización (primer nivel de atención, metodología, técnica y guía de entrevista. Se solicita autorización para realizar agregados a esta propuesta (objetivos y preguntas de investigación particulares de cada maestranda), la que es aceptada si no se modifican las preguntas iniciales.

De esta manera se construye una investigación con enfoque cualitativo porque intenta descubrir, interpretar y conocer las circunstancias y acciones de las personas. Se enmarca dentro del paradigma interpretativo el cual plantea que el mundo social está constituido por significados simbólicos observables en el accionar, en los vínculos e interacciones y en las expresiones de las personas. Comprende que la realidad es subjetiva y múltiple, susceptible de verse desde distintas perspectivas; para ello utiliza los significados que se pueden extraer de las opiniones, percepciones, experiencias en relación al contexto en el que se desarrollan.¹

El conocimiento que se alcanza utilizando una investigación cualitativa se caracteriza por darle lugar a lo inesperado, a lo que surge de la construcción que hacen las personas respecto de las prácticas, sentimientos y creencias de acuerdo al objeto de estudio en determinada realidad social.

Los dilemas éticos en la atención a la salud ocupan un amplio campo del conocimiento. Son clásicos los desafíos éticos que imponen los avances en genética y cuando las innovaciones tecnológicas nos lleva a discernir entre qué es algo vivo, el inicio y el fin de la vida por ejemplo con la clonación y uso de células madre o cuando los estudios involucran la biología o la mente de personas e incluso los que implican la toma de decisiones en poblaciones. Los cambios en las funciones y actividades profesionales producidos por el avance de la investigación e innovación científicas pueden ser tan rápidos y producirse en tan breves plazos de tiempo, que pueden generar una sensación vertiginosa. Puede generar dudas sobre lo que es legal o no, entre lo que puede o no hacerse, entre lo que es correcto y lo que no lo es.

La bioética comprende todos los temas que se originan en la atención a usuarios, en la relación de éstos con el equipo de salud, en el relacionamiento del equipo y con las instituciones prestadoras de servicios. Si bien su mayor desarrollo se observa en las últimas décadas, se siguen incorporando áreas y temas de interés como son: salud pública y salud ocupacional, la vida animal y vegetal, contribuyendo en la formación de conciencia ecológica.²

Sin embargo, en lo relativo a los dilemas éticos que se presentan en el primer nivel de atención aparece una evidencia científica 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 en el proceso de atención, hacen que los dilemas éticos vinculados a este nivel de atención sean diferentes a los que se presentan en el segundo y tercer nivel de atención.

Altisent plantea que las cuestiones éticas que existen en el contexto de la medicina de familia y por lo tanto, en el primer nivel de atención; son bastante características y propias, constituyendo incluso “un nuevo campo de cuestiones éticas muy frecuentes en la práctica diaria³. Expone como en las actividades cotidianas de estos equipos de salud, dirigidas a usuarios, familias y grupos de

población, se genera una influencia mediada por la actitud ética en las intervenciones que se realizan. Y como éstas se ven influenciadas por la formación y preparación que tengan en cada equipo de salud y de dirección del servicio del primer nivel de atención; así como también se ven influenciadas por el conocimiento y ejercicio que los usuarios tengan de sus derechos.

La ley 18.211 regula el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y 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 primer nivel de atención”⁴

Con la implementación de la reforma sanitaria, se presenta desarrollo en estructura y organización de los servicios del primer nivel de atención en el subsector público, a los efectos de aumentar la cobertura, accesibilidad y competencias. Es un área de trabajo que se complejiza y aumenta sus actividades, lo que genera cambios y nuevos desafíos cotidianamente.

El primer nivel de atención a la salud (PNA) está conformado por todos los servicios denominados policlínicas y centros de salud, que tienen como definición principal un territorio y una población de referencia. Desarrollan una variada gama de actividades, desde la atención individual, familiar y a los grupos de población en el territorio; con enfoque preventivo abarcando promoción, protección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social; así como, los cuidados paliativos acompañando al individuo y familia en la enfermedad grave y muerte. La continuidad asistencial plantea tener una relación dinámica con el segundo y tercer nivel de atención, mediante derivación, interconsulta, estudios diagnósticos y tratamiento.

La complejidad extensiva de las situaciones de salud-enfermedad requiere del abordaje en trabajo en equipo interdisciplinario, así como de interacciones con otros servicios de salud dada la distribución regional de recursos, llamada coordinación intersectorial o interservicios. Eventualmente la complejidad extensiva plantea el problema enlazado con otras áreas de la vida, por lo que involucra la interacción entre sectores de la sociedad, a los efectos de potenciar recursos y acciones en lo que se denomina coordinación extrasectorial,

característica particular en éste nivel de atención. Los dilemas éticos que se presentan en el primer nivel de atención pueden tener entonces características propias, y por lo tanto, presentar singularidad.

Los centros de salud de la Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de Salud del Estado de la región metropolitana (ASSE-RAP metropolitana) son 14 servicios del subsector público de atención a la salud, que se ubican en Montevideo, Ciudad del Plata (San José) y Paso Carrasco (Canelones). Se distribuyen en tres regiones: este, oeste y centro-sur.

Del punto de vista organizativo, los centros de salud son las estructuras de mayor complejidad del primer nivel de atención del subsector público. Le corresponde un área de intervención territorial y dentro de ella, se encuentra diferenciada la zona de intervención del propio centro y la de las policlínicas y consultorios de medicina familiar que dependen del centro de salud. Cuentan con personal y recursos para desarrollar actividades en el centro de salud y la red de policlínicas zonales, con una distribución horaria que abarca desde la mañana hasta la tarde; algunos centros incluyen servicio de emergencia con funcionamiento de 24 h o parcial.

Cuentan con un equipo de dirección formado por: dirección, subdirección y administración (excepto dos centros que sólo cuentan con dirección y administración). Que dependen jerárquicamente de la dirección regional y a su vez, de la Dirección de ASSE-RAP metropolitana.

Este trabajo es el informe final de la investigación en equipos de dirección de los Centros de Salud de la Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de Salud del Estado (ASSE-RAP) de la región metropolitana en la cual se indagan los conceptos sobre dilemas éticos, cuáles son los más frecuentes y la incidencia de esos dilemas en la toma de decisiones.

Se realizaron ocho entrevistas abiertas en siete Centros de salud, seleccionados según distribución geográfica. Se solicitaron previamente las autorizaciones institucionales y el consentimiento informado de las personas consultadas. Las entrevistas son abiertas, poco estructuradas, fueron grabadas y transcritas literalmente, palabra a palabra; utilizando un criterio de saturación, durante el periodo de agosto de 2014 a abril de 2017. Los resultados se presentan según las

categorías definidas en concordancia con las preguntas de investigación y se analizan desde el marco conceptual.

El conocimiento sobre los dilemas éticos permite trabajar aspectos que son base del pensamiento y acción en gestión ética. Surgen dilemas éticos relacionados al área profesional y área sociosanitaria, con relación en la coordinación interservicios y extrasectorial. Conocer los dilemas éticos que se presentan a los equipos de dirección del primer nivel de atención permite desarrollar acciones que minimicen o eliminen sus efectos. La formación en bioética debería ser una prioridad para todos los integrantes del equipo de salud y específicamente para los integrantes de los equipos de dirección. La gestión ética, como construcción colectiva, involucra el trabajo en calidad en los servicios de salud. Como principal dilema vinculado a la toma de decisiones, aparecen las dificultades en la referencia. La influencia de los mismos en la toma de decisiones permite reconocer fortalezas de estos equipos y hacer explícito un aspecto poco visible de la gestión, contribuyendo a su identificación y tratamiento.

2. Presentación del problema y preguntas de investigación

En este capítulo se encuentra la delimitación del problema, objeto y preguntas de investigación. Y a los efectos de plantear el alcance se presentan los objetivos de la investigación.

El planteo del objeto de la investigación pretende presentar la delimitación de los hechos que son estudiados. Posteriormente se encuentra la delimitación semántica cuando se especifica el significado de sus principales conceptos en el marco conceptual.

Problema de Investigación

Dilemas éticos en equipos de dirección de servicios del primer nivel de atención.

Objeto de investigación

Los dilemas éticos que se presentan a los integrantes de los equipos de dirección de servicios del primer nivel de atención del subsector público, en la gestión cotidiana, la conceptualización y formación en ética y la relevancia de estos dilemas éticos en la toma de decisiones.

Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son los dilemas éticos más frecuentes que han encontrado en su trabajo como integrantes de los equipos de dirección de los Centros de Salud de RAP- ASSE metropolitana?
- ¿Que entienden los entrevistados por dilemas éticos?
- ¿Cuál es la relevancia de los dilemas éticos en la toma de decisiones?

Objetivo general

Contribuir al conocimiento de los principales dilemas éticos que presentan los equipos de dirección del Primer Nivel de Atención de los Centros de Salud ASSE-RAP del Departamento de Montevideo, en el periodo comprendido entre 2014-2017.

Objetivos específicos:

1. Describir los dilemas éticos que son mencionados por los integrantes de los equipos de dirección del primer nivel de atención, en los Centros de Salud ASSE-RAP metropolitana, del Departamento de Montevideo.
2. Analizar los conceptos sobre dilemas éticos que tienen los integrantes de los equipos de dirección del primer nivel de atención, en los Centros de Salud ASSE-RAP metropolitana, en el Departamento de Montevideo.
3. Identificar la relevancia que presentan los dilemas éticos en la toma de decisiones de los equipos de dirección de los servicios del primer nivel de atención, en los Centros de Salud ASSE-RAP metropolitana, en el Departamento de Montevideo.

3. Justificación

La ciencia y la tecnología presentan avances e innovaciones que originan situaciones nuevas. Al cambiar las situaciones conocidas y agregarse otras que no existían, se generan situaciones conflictivas del punto de vista social, legal o ético. En la salud específicamente, se presentan logros y cambios alcanzados en pequeños tramos de tiempo y puede perderse claridad en la realización o interpretación de acciones o hechos. Esta condición puede ser causa del surgimiento de dudas, matices o claroscuros sobre lo que tiene validez, certeza o es correcto.

Los dilemas éticos en la atención a la salud siempre han estado vinculado a lo que se considera vida, muerte, avances en genética, investigación sobre personas y como tomar decisiones sobre los grupos poblacionales. Posteriormente, se desarrollan estudios relacionados a la relación equipo de salud y usuarios, economía y salud por ejemplo en lo que refiere a disponibilidad y distribución de recursos. Los más recientes y novedosos son los estudios de la ética en relación con la ecología, la globalización, los derechos de futuras generaciones y la salud del medio ambiente.²

Estudiar principios morales, normas y reglas éticas siempre es necesario en salud.

Dada las características de las actividades y las problemáticas de salud-enfermedad en el primer nivel de atención, los dilemas éticos pueden ser diferentes a los que se presentan en otros niveles de atención.

En el segundo y tercer nivel de atención, se presenta una complejidad intensiva de las problemáticas; mientras que, en el primer nivel de atención se presenta una complejidad extensiva. Este concepto plantea que las situaciones de salud-enfermedad a resolver en el primer nivel de atención serían las más frecuentes y las que involucran menor complejidad tecnológica, sin embargo desde la perspectiva de los determinantes sociales de salud (DSS), se comprende que los procesos salud-enfermedad están mediados por éstos, están interrelacionados con la estructura económica y la distribución de bienes. Comprender que

sucede en las personas se complejiza por el contexto de vida en el que nacieron, heredaron, y que pueden modificar y construir. Es así que el análisis y las acciones de estas situaciones se amplifican y se diversifican, involucrando interacción conjunta y coordinada de varios sectores por fuera del ámbito sanitario.⁵ La complejidad extensiva puede agregar dilemas éticos en el primer nivel de atención. La influencia de los determinantes sociales de la salud (DSS); las condiciones personales, familiares, poblacionales y territoriales se encuentran permeables a condicionantes estructurales e intermedias que determinan modos de vida. Se generan inequidades sanitarias que son “resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas”.⁶ Desde esta perspectiva para que el abordaje sea integral y no solamente sintomático, debe comprender el abordaje desde otras instituciones y desde otros sectores de la sociedad complejizando la comprensión, análisis y abordaje; y requieren de trabajo interdisciplinario y de coordinación interinstitucional y extrasectorial.

Rogelio Altisent plantea que las cuestiones éticas que existen en el primer nivel de atención son bastante características y propias, constituyendo incluso un área nueva de estudio y en base a ellos, desarrolla una propuesta respecto a los dilemas éticos que se les presentan a los médicos de familia.⁷

De todas formas los estudios relativos a la ética en el primer nivel de atención no presenta gran desarrollo. Sin embargo, es un área de trabajo que involucra gran número de trabajadores, número de actividades en aumento y la respectiva complejidad en las organizaciones.

Conocer los problemas y dilemas éticos que se presentan en la gestión realizada desde los equipos de dirección del primer nivel de atención permite construir una tipología sobre los que se presentan con mayor frecuencia, nuclear los principales vacíos de normativa y las decisiones que han tomado frente a estos conflictos, determinando diferencias y similitudes. Es un avance en el conocimiento de una temática poco explorada, que permite generar mecanismos de revisión, redacción y puesta en vigencia de normativas o recomendaciones.

La información siempre es un insumo valioso, con la misma se pueden establecer mecanismos institucionales para resolverlos, entre los que se encuentran los comités o comisiones de bioética.

Los resultados de este trabajo también generan información para los usuarios externos, reconoce las certezas e incertidumbres que se generan en el proceso de atención y que es direccionado desde los equipos de gestión. 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 no está claro, insume tiempo, por ejemplo, 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. Todo lo que no está bien definido genera dudas, distintas formas de proceder o soluciones y puede dar lugar a la generación de conflictos que producen efectos nocivos en el mundo profesional y en la vida cotidiana de las personas. Las resoluciones pueden afectar los vínculos dentro del equipo de salud o el relacionamiento con la dirección y el marco normativo institucional, y esto puede generar problemas en el trabajo en equipo, en el desarrollo de los objetivos institucionales y de atención a la salud. Estos elementos plantean que los dilemas éticos presentan costos sociales y económicos, fundamentados en la inequidad para usuarios e integrantes del equipo de salud.

Generar conocimiento de estas dudas, cuáles son y qué soluciones se han encontrado o se visualizan posibilitará analizar, diseñar y recorrer caminos en la relación equipo de salud-usuario/familia, avanzar en la calidad de atención y en la mejora continua de los servicios de salud y colabora en la mejora de las condiciones laborales y desempeño laboral y en la gestión de los servicios del primer nivel de atención.

El Comité de Ética del Ministerio de Salud Pública y su División Normas e Investigación pueden tomar conocimiento de los resultados y generar acciones a partir de la información que se desprende de este trabajo. Los resultados permiten incluir la temática en actividades académicas en grado y posgrado y se

contribuye a la generación de conocimiento con el promotor de la idea original, el Dr. Francisco León de la Universidad Andrés Bello de Chile.

Como plantea Potter “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

4. Fundamento teórico

4.1 Gestión

Establecer claridad en lo que se quiere conseguir, especificar objetivos y trazar caminos para alcanzarlos son premisas básicas de gestión. Los gestores son personas que están diseñando y desarrollando en forma continua estrategias que permitan alcanzar los objetivos definidos. Si bien conocer el punto inicial y establecer la situación deseada a alcanzar es importante, lo que adquiere mayor relevancia es el proceso que se desarrolla y puede desarrollar. Implica abordar la idea y a tarea con y a través de individuos, grupos y otros recursos para conseguir los objetivos de la organización.

Gestión y administración suelen utilizarse como sinónimos. Sin embargo, presentan diferencias vinculadas al cuerpo teórico que involucran.

Balderas plantea que gestión es la forma de “hacer efectiva la administración”, es el conjunto de decisiones que se toman a los efectos de resolver un problema o conseguir un propósito o negocio⁹ Gestión también es definido como las acciones que persigue un objetivo y que presenta una influencia en la utilización de los recursos.¹⁰

Marriner aporta un concepto que es asimilable al de administrador ya que plantea que se ocupa de las estructuras, planes, programas, normativa y funcionamiento de una organización.¹¹

Frederic Taylor, Henry Fayol y Charles Babagge son representantes de la escuela clásica de administración, y en síntesis, plantean que gestionar consiste en tomar decisiones que buscan maximizar la producción de bienes y servicios. Pasa el tiempo, las organizaciones se complejizan, los contextos cambian, así como la comprensión y consideración de las mismas y se incorporan conocimientos desde la perspectiva militar, de la ingeniería y economía; se avanza en tecnología. Más reciente es la incorporación de ciencias sociales como son la antropología, sociología y psicología, que aportan a la comprensión

del ser humano y de los grupos que conforman y hacen al funcionamiento de las organizaciones. ¹²⁻¹³

La preocupación central en todas las épocas ha sido estudiar para conseguir los mejores y mayores resultados, el criterio de eficiencia y en forma más reciente, aparece el concepto de calidad asociado a los resultados y a la atención en contextos cambiantes.

Desde la perspectiva de analizar los cambios en las organizaciones, administrar es ordenar, disponer recursos en forma racional como plantea Villar¹⁵.

Se distingue entre administración como conjunto de conocimientos y herramientas normativas centradas en la planificación, el control de los procesos y la consecución de resultados. La gestión como un agente de adaptación y cambio, como proceso que involucra la construcción de caminos, se refiere a la conducción de personas de tal forma que involucra la sincronización de voluntades.¹³

Desde esta conceptualización, los integrantes de los equipos de dirección son personas que ocupan cargos que involucran la administración de recursos y la gestión, o sea la conducción de las personas que componen la institución.

Desde este punto de vista, la formación y el conocimiento de la administración son importantes pero no suficientes. Cuan mayor es la complejidad de la organización, por la división del trabajo, porque adquiere mayor complejidad ya sea por que incorpora mayor número de integrantes, mayor especificidad; más importante es desarrollar la coordinación de racionalidades.¹³

Por ello conducir, orientar las actividades de acuerdo a los objetivos, evaluar su alcance y la utilización de los recursos y alcanzar resultados eficaces y con eficiencia logrando efectividad; implica conocimientos, entrenamiento y experiencia.

Las habilidades de gestión, según Jiménez son tres: técnicas, humanas y conceptuales. La capacidad de utilizar conocimientos, métodos, técnicas que son adquiridas con el aprendizaje, entrenamiento y experiencia se refiere a las técnicas. Las habilidades humanas requieren desarrollar capacidad para motivar e influir en los demás, involucra actuaciones adecuadas en base al

conocimiento y condiciones personales y ejercitadas. Las habilidades conceptuales involucran la capacidad de comprender las complejidades de la organización, de la tarea y dónde encaja el papel propio dentro de ella, este conocimiento permite actuar de acuerdo a los objetivos de la organización.¹⁴

Se considera que la función de gestión es esencialmente tomar decisiones, como eje constitutivo en el funcionamiento de la organización. Como plantea Tobar, el factor humano es cada vez el aspecto más estudiado, más complejo y con mayor reconocimiento dentro de cualquier organización.¹³

Hasta la década del '80, la mayoría de las organizaciones se pensaba desde un esquema mecanicista, dónde los problemas se centraban y pensaban desde un núcleo reducido de personas, los directivos y el resto de los integrantes de la organización debían funcionar como engranajes en una actividad rutinaria y acrítica. A partir de ahí se incorpora el concepto de calidad, iniciando una verdadera carrera en el desarrollo de este concepto. Primero se le da mayor énfasis al control de la calidad, luego se trabaja la garantía y después aparece en la mejora continua.^{11, 12, 14, 16}

Desde la conceptualización de la mejora continua de la calidad, todos los integrantes de la organización deben estar comprendidos en la definición y redefinición del ser de la institución (misión), del hacer (funciones y actividades) y del estar (estructura del trabajo, división del trabajo, cultura interna y relacionamiento con el ambiente externo). Desde esta perspectiva, los gestores son conductores del ser, del hacer y del estar institucional.

Para lo cual es necesario el desarrollo de cualidades en los gestores, como son: proporcionar una dirección clara, seleccionar y distribuir al personal más adecuado, preparar y apoyar al personal, tomar decisiones claras cuando son necesarias, mantener un alto nivel de integridad, estimular la comunicación abierta, proporcionar reconocimiento objetivo, establecer controles y correcciones sobre la marcha, estimular la innovación y nuevas ideas y tener consciencia de las implicancias económicas de las decisiones.¹⁶

4.2 Gestión en salud

Los servicios de salud son organizaciones complejas y en continuo cambio. Esta complejidad creciente y cambio tiene como base el conocimiento dado por los avances en ciencia y tecnología, en comprensión y práctica de aspectos que involucra el proceso salud-enfermedad, derechos y también está influenciado por la evolución de los sistemas de salud. Estas características le adjudican especificidad a la gestión en salud.

Se comprende que todo sistema de salud o conjunto de servicios de salud presentan tres niveles o componentes: técnico, económico y político. El técnico se refiere al modelo de atención, el económico al modelo de financiamiento y el político al modelo de gestión¹³

El modelo de atención es de los tres niveles, el aspecto que se considera estrictamente del ámbito sanitario. Involucra qué tipo de prestaciones se deben brindar, la organización en niveles de atención, cómo se clasifican las instituciones prestadoras de servicios, cómo se debe dividir y organizar el trabajo para dar la respuesta a demandas y necesidades de la población. Incluye el estudio centrado en el proceso de atención, cómo se brinda, cuál es el nivel de fragmentación, cobertura y distribución de prestaciones, así como son los criterios de referencia y contrareferencia.

El modelo de financiamiento incluye definiciones que refieren a especificar origen y composición de los fondos económicos, distribución, cuánto y cómo se debe gastar en salud.

El modelo de gestión se compone por el estudio y definición de las prioridades en salud, cuáles son los valores y principios respecto a la toma de decisiones, quiénes y cómo se realizan.¹³

Se puede analizar el modelo de gestión desde una perspectiva global, cuando se estudian principios y valores del sistema de salud y todo lo que concierne al ser, estar y hacer del mismo. Por ejemplo, es relativo al modelo de gestión cuando se estudia o define el rol del Estado en la legislación y regulación del sistema. También cuando se define estructura, composición y funcionamiento del sistema.

Desde el punto de vista de los servicios de salud, el modelo de gestión comprende la definición de la misión y visión, estilos de dirección, estructura, métodos y procedimientos de funcionamiento; cultura organizacional y la historia en la construcción como proceso.

De esta manera se comparte que el modelo de gestión tienen tres niveles: macro, meso y microgestión. La macrogestión involucra las definiciones y prácticas del Estado en salud, ya sea por la definición de políticas que regulan la provisión de servicios o características del sistema de salud, además incluye las definiciones en políticas públicas en lo involucra la salud y la vida. Por ello, llega a involucrar todos los conceptos y acciones del programa de gobierno, abarcando conceptos globales de ser humano, derechos y obligaciones, acciones y propuestas hasta como se conforma el sistema de salud, financiación y provisión de servicios.

La microgestión es la más específica y es la que realizan los profesionales de salud. También es llamada gestión clínica y se encuentra formada por las decisiones cotidianas profesionales. Involucra el conocimiento y la actualización del mismo, el trabajo con otras disciplinas y profesiones, el abordaje integral o parcial de los problemas por lo que involucra forma en la toma de decisiones, participación del usuario (principio de autonomía), recursos: disponibilidad y utilización, trabajo en equipo y relación entre niveles asistenciales.

La mesogestión es también llamada gestión institucional. Incluye la administración y gerenciamiento de instituciones prestadoras de servicios sanitarios integrando en conjunto el sector salud. Los servicios de salud plantean fines y objetivos, para conseguirlos es necesario priorizar, decidir, coordinar y motivar a los integrantes y a los usuarios para alcanzarlos, en este sentido, la mesogestión es el aspecto que está más involucrado en este estudio.¹³

La literatura sobre temas de gestión es amplia y variada, hay varios modelos o formas de tomar decisiones. Del punto de vista del tiempo, al inicio, los conocimientos se basan en la administración. Mediante el pensamiento científico se busca conseguir métodos, procedimientos e instrumentos que permitan tomar decisiones racionales y fundamentadas. Lograr la eficacia y

eficiencia implica generar múltiples formas de división del trabajo, establecer normas y monitoreo de actividades.

A medida que avanza el tiempo se comienza a valorar el rol de las personas que componen la organización, se incluye conceptos y habilidades en el trabajo creativo y pensado por los propios actores, en una apuesta a la mejora continua y a la gestión de calidad.

De forma concreta, en esta síntesis de la evolución de la teoría de las organizaciones se aprecia el traslado conceptual de la administración como forma de ordenar y disponer recursos racionalmente hacia la gestión como toma de decisiones en la conducción de personas, desde la definición de valores y objetivos, articulando intereses y resolviendo situaciones y conflictos. Desde este punto de vista se considera que una organización es mucho más que la suma de recursos, para que tenga y se desarrolle viva, evolucione y perdure se debe comprender su esencia –formada por los valores, propósitos, fines, cultura– y desde esa comprensión, articular actividades, intereses y motivaciones para conseguir los mejores objetivos.

Según Tobar, el gestor se ocupa y preocupa de la conversión, esto es, transformar recursos en objetivos y en ese sentido, es necesario articular, comprender, sincronizar acciones.¹³ Plantea además, que los cambios organizacionales no son cambios administrativos, los cambios no se realizan sólo en las herramientas, los cambios involucran modificaciones o variaciones en las conductas de las personas. Las personas que integran una organización piensan, actúan, quieren y sienten distinto. Por eso la conducción de personas presenta tantos aspectos a conocer y estudiar. Involucra conocimiento, convencimiento, motivación, protección y enseñanza.¹³

Los valores se expresan en hechos y actitudes y se construyen generalmente en el accionar con otros y a lo largo del tiempo, por ello es necesario incorporar y desarrollar la perspectiva ética en la formación y trabajo cotidiano de administradores y gestores.¹⁷

4.3 Gestión en salud en el primer nivel de atención

“El primer nivel de atención 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 resolutiveidad 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.”⁴

El primer nivel de atención cómo “organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población determinada y que deben ser accesibles a la población”.¹⁴

Está conformado por un conjunto de servicios de atención a la salud que tienen como características tener definida un área geográfica y una población; distribución de recursos de acuerdo a las condiciones y necesidades determinadas en cada caso y en forma global y brindar servicios “con enfoque de atención integral y preventivo, con enfoque de riesgo o gestión de riesgo”. Una característica indispensable del primer nivel de atención, es la accesibilidad en todas sus consideraciones (geográfica, económica, administrativa y cultural), el trabajo en equipo interdisciplinario, la coordinación con otros niveles de atención (referencia y contraferencia) que posibiliten la continuidad de la atención y coordinación intersectorial como forma de coordinar análisis y acciones con otros sectores productivos lo que permite efectivizar políticas de salud.¹⁸

Estas características le confieren aspectos característicos y distintivos a la administración y gestión del primer nivel de atención. Involucra analizar la situación de salud del área asignada, recursos disponibles, determinar necesidades y problemas, establecer prioridades, adecuar la definición de fines y políticas de salud a esa realidad, coordinar los recursos propios, con otros servicios asociados regionalmente, con otros niveles asistenciales y con otros sectores de la sociedad, conducir un grupo de profesionales y técnicos de forma que permita brindar respuestas adecuadas: completa, integrada y continua, flexible y eficiente y que apuesten a la excelencia.^{16, 18, 19}

Para trabajar acciones en el desarrollo de la protección, promoción, curación y reinserción social, desde un concepto amplio de salud que integra condiciones de vida y determinantes sociales de salud, se hace necesario involucrar y estimular la participación comunitaria como enfoque empoderador. Involucra el respeto a la autonomía de las personas, al derecho a la vida y a la salud y un papel respetuoso y democrático desde sector salud de distribución del poder y capacidad de gestión. Para conseguir mejoras en el estado de salud se deben generar desde los propios involucrados conocimientos y cambios, la salud no puede ser impuesta ni ser ajena al accionar de la propia población, estimulando la autorresponsabilidad individual, familiar y comunitaria.¹⁹

La variedad de situaciones de salud-enfermedad en el primer nivel de atención suelen – al decir de Etchebarne – presentar una complejidad extensiva.⁵ Implica que las situaciones de salud – enfermedad se encuentran complejas en forma extensa por las condicionantes y determinantes del proceso salud-enfermedad, extendiendo el problema hacia otros servicios y sectores de la sociedad, por ejemplo: escasa disponibilidad financiera, bajo nivel de comprensión, ausencia de apoyo, poca actitud hacia el cambio, incapacidad de sostener el tratamiento en el tiempo, familia con escasez de integrantes o poco continente, etc.⁵

La epidemiología tradicional se enfoca en los procesos individuales, factores de riesgo y aspectos sólo relativos al individuo, concebido como independiente del ambiente. Lo social aparece como variables que tienen incidencia en los procesos de salud-enfermedad de las personas. Por otro lado, la epidemiología social interpreta que los procesos grupales son parte constitutiva de lo individual de forma que “que es proceso complejo, socialmente determinado, aspecto que muchas veces desaparece del pensamiento en la salud pública, debido al predominio de una visión biomédica, que reduce la problemática al estrecho límite de los trastornos o malestares individuales, su curación y la prevención individual”.²⁰

Estas situaciones del proceso salud-enfermedad, se encuentran extensivamente complejas por estar mediadas por los Determinantes Sociales de Salud (DSS). Éstos están conformados por los determinantes estructurales y las condiciones

de vida. Son condiciones que se establecen previamente al individuo, “provocadas por una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y servicios. Estas desigualdades generan injusticias que afectan las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural»”.²¹ Determinan vulnerabilidades, diferencias en el acceso y provisión y generan inequidades que se transmiten de generación en generación. Estas situaciones injustas se observan cotidianamente en los servicios del primer nivel de atención del sector público. En dónde la influencia de variables sociales, familiares, económicas, como, por ejemplo: redes primarias insuficientes, escasa actitud hacia el cambio, dificultad para sostener el tratamiento en el tiempo, estructura y relaciones familiares, escasa disponibilidad financiera, nivel de comprensión pobre, etc. Parecen vinculadas al ámbito personal o familiar sin embargo, el análisis de las causas de las causas nos refieren a condiciones estructurales e intermedias.²¹

Por ello, la gestión en el primer nivel de atención incluye la coordinación y el trabajo conjunto con otros sectores, como son: educación, trabajo, vivienda, seguridad, desarrollo social, protección a la infancia, etc. Esta coordinación extrasectorial es de relacionamiento y cooperación mutua, involucra la potenciación de recursos y optimización de respuestas. Se diferencia de la coordinación intrasectorial, que se refiere al trabajo conjunto con otros efectores sanitarios del mismo subsector, ya sea instituciones del primer nivel de atención o de otros niveles de atención. También se diferencia de la coordinación intersectorial que es la que se realiza con otros servicios de prestación de servicios de salud que pertenecen a organizaciones del sector salud, inclusive de distintos subsectores; coordinaciones que tiene en común, un interés geográfico, zonal o regional, ya que comparten el mismo territorio y las mismas condicionantes del proceso salud-enfermedad.²²

La gestión del primer nivel de atención involucra entonces, todos los aspectos del propio servicio y la articulación funcional con otras instituciones dentro y fuera del sector salud.

Dentro de los aspectos de la gestión del propio servicio de primer nivel de atención se destaca el desarrollo de estrategias que promuevan el trabajo en equipo interdisciplinario e interprofesional, como aspecto fundamental en la consecución de los objetivos y por las características propias del proceso de atención. Este enfoque permite conseguir una “respuesta metadisciplinaria, es decir, mayor y mejor que la de la propia incumbencia por separado” promoviendo la atención con enfoque integral e integrador de la atención a las personas.¹⁹

En el marco de la Reorientación de Atención Primaria de Salud (APS), la Organización Panamericana de Salud (OPS) define las competencias de los equipos de salud, para que sean adecuadas a los elementos esenciales que definen los Sistemas de Salud basados en la APS. Para dar respuesta a las situaciones de salud-enfermedad de las personas asignadas en determinada área geográfica en forma accesible y de modo que posibilite lograr la cobertura universal, plantea que la atención debe ser integral e integrada, con énfasis en la promoción y prevención, con orientación familiar y comunitaria, con mecanismos activos de participación y acciones intersectoriales, en un marco legal e institucional claro que esté planteado de organización y gestión óptimas, con políticas y programas defensores de la equidad como principio de justicia distributiva, mediante la conducción de personal idóneo y la administración de recursos adecuados y sostenibles.²² La gestión en el primer nivel de atención incluye el desarrollo y la promoción de estas competencias y por ello, adquiere especificidad respecto a otros niveles.

4.4 Ética y gestión de servicios de salud

La palabra ética presenta dos raíces que provienen del griego: êthos y êthos. Como plantea Cristina Donda al ser una palabra que presenta doble raíz, tiene dos sentidos: lugar dónde se habita, como nación o país. Y también significa carácter, modo de actuar de la persona. El concepto de êthos refiere a la actitud, el lugar de donde se presenta a sí mismo y al mundo.²³

Ética (*êthos*) involucra todas las decisiones de los seres humanos respecto a la vida y sus costumbres. Y *éthos* adquiere el significado de hábito. De esta manera, *êthos* y *éthos* se relacionan ya que significa actitud, carácter que se forma a través del hábito.

“En el lenguaje filosófico se usa hoy *éthos* 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 *éthos* es un fenómeno cultural (el fenómeno de la moralidad) que suele presentarse con aspectos muy diversos pero que no está ausente en ninguna cultura”.²⁴

La manifestación del *éthos* se refiere a la moral, son las actitudes, creencias, convicciones morales. Involucra la existencia de ciertos códigos normativos que plantean lo que es moral y lo que no es y de esta manera, es considerado un fenómeno cultural. Justamente los procesos de socialización de los integrantes de un grupo pasan por conocer, reconocer y practicar pautas, reglas, principios que regulan conductas y comportamientos. Es la definición de lo que “debe hacerse” y sirven para determinar lo “bueno” de lo “malo”, lo “correcto” de lo “incorrecto”. Permite a los integrantes de un grupo valorar y emitir juicios, practicar convicciones que son esenciales para la vida en grupo y generan sentimientos de aprobación, admiración, imitación o de censura, remordimiento y culpa. Son el fundamento de las acciones que se realicen posteriormente.

Las decisiones en el ámbito de los servicios de salud están supeditadas – según Sánchez-Caro - a tres condicionamientos: la ciencia o sea el mejor conocimiento científico disponible, la garantía de la autonomía del usuario en cuanto a opciones y elecciones y la distribución correcta de los recursos. La calidad en los servicios de salud puede ser entendida “como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”²⁵

La teoría principialista – como principal teoría bioética en el ámbito sanitario – permite dar respuesta a estas condiciones ya que aplicar los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia; permite tomar decisiones éticas.

La ética en la gestión sanitaria implica “la toma de decisiones científicas basadas en la evidencia, la correcta utilización de los recursos para que produzcan mayor eficacia y eficiencia y la calidad en la asistencia prestada lo que conduce a la excelencia en el quehacer sanitario”²⁶

Por lo que plantean estos autores, lo que no esté basado en la ciencia, no es ético; como tampoco lo es si involucra malgastar recursos. Cuando el Estado es el proveedor de servicios aún más importante es la provisión y distribución de los recursos y que se consideran siempre escasos. Tomar decisiones en cuanto involucra utilización de recursos está relacionado al concepto de equidad y al principio de justicia. La equidad garantiza el acceso a las prestaciones de acuerdo a las diferencias de cada grupo o persona y de esta manera, se puede hacer efectivo el derecho a la protección a la salud. Por ello, un sistema sanitario es equitativo cuando permite una igualdad de prestaciones en todo el territorio y para todos los habitantes y pone en práctica la igualdad cuando reconoce los derechos de los habitantes y éstos a su vez, los conocen.

La gestión ética se encuentra en un nivel individual en lo que implica guías de comportamiento para ser aplicadas en realidades concretas y cotidianas. Por esta razón los gestores, en lo que respecta a la conducción del equipo de salud, deben adoptar una actitud personal y activa respecto a las mismas y mantener un sistema de información continuo sobre las decisiones y acciones del equipo de salud en lo que conforma la gestión ética desde el punto de vista organizacional.

La ética organizacional está comprendida por los valores, principios y normas aplicados por las personas que la conforman; y en conjunto forma la cultura de la organización. La gestión ética de las organizaciones de salud comprende la capacidad para diseñar e implementar acciones, hacer seguimiento, evaluar y proponer ajustes sobre la ética y el liderazgo en las mismas⁵

Según Wigodski, en la asistencia sanitaria se demuestra la ética de sus profesionales, gestores y trabajadores cuando asumen los roles de cuidador, empleador, ciudadano y administrador. Plantea que estos roles se expresan en cuatro principios de ética organizacional que deben guiar el quehacer en las instituciones de salud:

- **Proveer cuidado con compasión:** hace referencia a atención tomando en cuenta al otro y a sus intereses. Tener presente la relación asimétrica que existe entre proveedores de servicios - que tienen habilidades y conocimientos expertos - y los usuarios que son vulnerables; no solamente porque están enfermos o porque necesitan los servicios de salud, sino también porque usualmente carecen del conocimiento experto. Esta vulnerabilidad los hace en gran medida dependientes de quienes lo curan y cuidan.
- **Tratar a los trabajadores con respeto:** Gestores y trabajadores deben mantener relaciones de recíproca responsabilidad, aunque los primeros tienen diferente gradiente de poder dada la jerarquía de los puestos de trabajo. Los gestores deben asegurar condiciones de trabajo seguras, remuneraciones justas y disciplina en el trabajo. Los trabajadores deben tener poder para ser actores responsables del sistema de salud, mediante la creación de un clima éticamente correcto, ayudándolos en su crecimiento profesional y en el desempeño ético, asumiendo la responsabilidad por sus propias acciones, respeto por los derechos de usuarios y se desarrollen procesos de atención éticos y por consiguiente, de calidad.
- **Actuar con espíritu de bien público:** La asistencia sanitaria es un bien social que las personas necesitan para prosperar y obtener el máximo de sus oportunidades. Las prestaciones de servicios de salud es una condición para el funcionamiento de la sociedad, que independientemente de generar utilidades; se espera que cumpla con rol ciudadano, por ejemplo, con la adecuada disposición de los desechos sanitarios, atención de situaciones de urgencia o brindar servicios gratuitos para quienes no puedan costearlo.
- **Gastar los recursos razonablemente:** considerando la disponibilidad de los recursos, alcanzar los objetivos. Básicamente es el concepto de eficiencia que como ya se ha visto, mantiene estrecha relación con la ética organizacional.²⁶

Como plantea Villar, cuando es necesario tomar una decisión, previamente se plantea uno o varios problemas que requieren de acciones para corregir o

mejorar la situación. Hay situaciones que permiten tomar decisiones programadas y esto significa que se pueden prever de antemano, son generalmente repetitivas y mediante la formulación de políticas, normas y procedimientos se determina el accionar cada vez que se presentan. Pero también se plantean situaciones no habituales que requieren un proceso formado por etapas basadas en el método científico.¹⁵

Estas son: identificación del problema, análisis de la situación, exploración de alternativas, consideración de las consecuencias, elección de la alternativa más deseable, aplicación de la decisión, controlar la implementación de las acciones y evaluación de los resultados.¹¹

Un dilema ético se plantea cuando no existe una decisión correcta, existe conflicto entre dos o más principios éticos o hay dos soluciones igualmente insatisfactorias. Si bien las posiciones éticas no resuelven los conflictos, proporcionan medios para estudiarlos y analizar las posibles soluciones en relación a las necesidades, derechos y valores que se consideren con mayor fuerza.

Algunas de las teorías éticas que sustentan la toma de decisiones son:

- Deontológica: se examina la intención de la acción en vez de su finalidad, en base a los derechos, deberes y obligaciones de las personas y la dignidad de los seres humanos.
- Teleológica: de ellas derivan las reglas y normas de conducta a partir de las consecuencias utilitarias de las acciones.
- Utilitarismo: considera un acto bueno si causa menor daño y proporciona un bien a la mayoría de las personas.
- Teoría de contrato social: favorece a las personas más frágiles, se basa en la justicia distributiva y pretende dar más a quienes menos tiene.
- Ley natural: lo correcto se considera cuando están de acuerdo con la naturaleza humana, las personas deben ser buenas, evitar el mal y alcanzar su potencial
- Principalismo: involucra la toma de decisiones utilizando los principios éticos que son normas morales. En forma combinada es mejor que la utilización de teorías éticas. El informe elaborado por la Comisión de

Protección de los Sujetos de la Investigación Biomédica y Conductual de Estados Unidos, en 1979 describe tres principios básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En el mismo año, Tom Beauchamp y James Childress publicaron Principales of Biomedical Ethics planteando los cuatro principios clásicos: el principio de respeto a la autonomía, no maleficencia, beneficencia y el de justicia.²⁷

- Autonomía: involucra libertad personal, de elección y responsabilidad individual.
- Beneficencia: plantea que las acciones están guiadas a hacer el bien.
- No maleficencia: si no se puede hacer el bien, por lo menos no se debe perjudicar.
- Justicia: igualdad para los que son iguales y en base a la equidad, los desiguales en base a sus diferencias.

Posteriormente se incorporan otros, como son:

- Confidencialidad: asegurar la privacidad.
- Fidelidad: mantener los compromisos y promesas.
- Respeto por los demás: reconoce el derecho de las personas a tomar sus propias decisiones.
- Utilidad: plantea que el beneficio común debe estar por encima del individual.

Las instituciones de salud tienen el propósito de brindar servicio a los usuarios. En cualquier nivel de atención, la gestión debe estar basada en un conjunto de valores - que sustentan la base moral – en los principios del Sistema de Salud y en los avances del conocimiento. Actuar correctamente en gestión implica ética personal y organizacional y por lo tanto está vinculado a la calidad de atención.²⁵

4.5 Principios éticos

El enfoque principialista de la bioética tiene varios exponentes. Los principios

de ética biomédica de Beauchamp y Childress es uno de los textos más representativos.

Los principios éticos en salud son guías generales de la actuación de todos los actores en el proceso de atención. Autonomía, beneficencia, justicia y no-maleficencia son los principios que regulan las acciones mediante normas de comportamiento. Estas normas incluyen derechos y deberes que determinan las relaciones entre el equipo de salud y las personas, así como, regulan formas de actuar.

Los principios no-maleficencia y justicia, son presupuestos éticos de la relación asistencial, por lo tanto, la anteceden. Están presentes antes de plantearse la relación o encuentro. El principio de no-maleficencia se refiere al respeto por la vida, habitualmente asociada a la frase «primum non nocere» traducida como “en primer lugar, no hacer daño”. Evitar el dolor, daño, incapacidad y muerte es un fundamento básico y universal que se asocia con evitar la negligencia o sea, evitar los comportamientos que implican un riesgo para otros.²⁸

El principio de justicia plantea que toda vida se debe tratar con la misma consideración, por lo tanto, sin discriminaciones. Tiene en cuenta que la vida y la salud son bienes personales y también sociales. Este principio pretende conseguir el bien social, tiene en cuenta la equidad, que lleva a proteger más a los más desfavorecidos.²⁸

Beneficencia y autonomía se encuentran a nivel particular ya que se encuentran más vinculados a la relación profesional-persona. El principio de beneficencia propone que las actuaciones de profesionales y técnicos siempre tienen como fin generar un beneficio. Esto va más allá del actuar bien, la corrección técnica; incluye también el bien desde el punto de vista objetivo. El principio de autonomía plantea que las personas pueden ejercer libertad y responsabilidad respecto a su propia atención y tiene que haber margen para que pueda tomar decisiones para sí mismo. En caso de conflicto, un profesional no puede hacer “bien” al paciente en contra de la voluntad de éste, pero tampoco es posible obligar al profesional a hacer un “mal” (o lo que considera como tal), pudiendo llegar a romperse la relación profesional. Los límites de la autonomía pueden

ser tema de desacuerdo o conflicto, como en caso de atención de niños, pacientes mentalmente incapaces, en coma, etc.^{27, 28}

4.6 Dilema ético – Problema ético

La palabra dilema proviene del latín *dilemma*, y éste del griego *dílēmma*. Según la Real Academia Española *significa*: “situación en la que es necesario elegir entre dos opciones igualmente buenas o malas”. También “argumento formado por dos proposiciones contrarias disyuntivamente, de tal manera que, negada o concedida cualquiera de las dos, queda demostrada una determinada conclusión”.²⁹

En ética, dilema se conceptualiza como la elección entre dos alternativas sin que haya elementos para decidirse por alguna de las dos. “En ambas opciones se observan 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”.³⁰

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”. Agrega que: “En la vida cotidiana profesional y personal, con frecuencia enfrentamos situaciones conflictivas o dilemas que exigen decisiones. La necesidad de esa toma de decisiones ocurre frente a dilemas que surgen cuando se tienen dos o más alternativas que presentan condiciones de incertidumbre para actuar bien. 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”.³¹

El dilema está planteado por la duda, hay condiciones de incertidumbre frente a dos opciones que se presentan. El dilema ético es una duda en la decisión de actuar bien, para hacer lo mejor o lo que se considera que es mejor.

La palabra *problema* según el Real Academia de lengua española, tiene diferentes conceptualizaciones: “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, también es el planteo de una situación cuya respuesta es desconocida y que quiere obtenerse a través de métodos científicos”.³²

Sin embargo, un problema ético, es aquello que no se considera correcto y que afecta al individuo, al bien común y, por lo tanto, a las instituciones y a la sociedad. En un sentido amplio, es una situación que presenta un conflicto moral y hace que el protagonista se enfrente ante una duda o disyuntiva, necesita razonar y evaluar las soluciones posibles. Como lo plantea Mario González Arencibia: “el sujeto protagonista se encuentra ante un escenario decisivo ante el cual sólo existen dos, y nada más que dos opciones siendo ambas soluciones igualmente factibles y defendibles”.³³

4.7 Dilemas éticos en el primer nivel de atención

Los procesos de atención y trabajo del primer nivel de atención presentan cierta singularidad respecto a los que se presentan en otros niveles de atención. Es posible inferir que los dilemas éticos presenten también, ciertas características propias.

La atención de la bioética se ha concentrado en los conflictos relacionados en los avances tecnológicos por ejemplo los generados en el campo de la genética, los vinculados al inicio o el fin de la vida, experimentos con humanos o en la toma de decisiones poblacionales.

Como plantea Benítez, aún es insuficiente el estudio de los problemas éticos que se generan por la atención que recibe en el primer nivel de atención, por la atención del propio proceso salud-enfermedad, en la relación del equipo de salud con los usuarios, a los problemas relacionados con la justicia sanitaria.³⁴

El artículo 36 de la Ley 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud plantea que: “El primer nivel de atención 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 resolutividad 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 comunitarios⁴.

Autores españoles describen los dilemas o problemas éticos más comunes en médicos de familia. Plantean que quienes se desempeñan en el primer nivel de atención “...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”³⁵

Plantean que las cuestiones éticas que existen en el primer nivel de atención son bastante características y propias, constituyendo incluso un nuevo campo de cuestiones éticas muy frecuentes en la práctica diaria.

Las acciones se hallan influidas por la actitud ética de cada uno de los integrantes del equipo y del grupo en conjunto. Plantean que las cuestiones éticas más frecuentes en este nivel de atención se pueden clasificar en problemas o dilemas relacionados a cuestiones éticas relacionadas a la relación con el/la usuario/a; como son: “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” y dilemas vinculados a otras cuestiones, como ser: “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.”³⁵

En esta clasificación se aprecia que algunas situaciones dilemáticas son comunes con otros niveles de atención, sin embargo, otras son específicas del primer nivel de atención, como por ejemplo: modificación de estilos de vida,

denegación de recetas, atención a usuarios crónicos con dificultades para trasladarse, cuidados paliativos en el domicilio y actitud sobre prevención.

En “Dilemas éticos de enfermería presentes en la atención primaria de salud: en la relación enfermera-cliente”, surge en las enfermeras entrevistadas 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”³⁶

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.”³⁶

De este estudio se desprende 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.

Variadas situaciones en el primer nivel de atención, que pueden generar dudas sobre el accionar individual o como equipo. Si al plantear una recomendación o consejería, la persona manifiesta que no piensa seguirla y que se le indique un medicamento o tratamiento; puede generar dudas en el proceso de atención: ¿qué hacer? ¿Continuar insistiendo o acceder a la petición? ¿Se puede negar a acceder a lo que solicita? ¿Debe sugerir al usuario que cambie de profesional ya que no entiende los motivos o enoja la decisión del usuario?

Estos aspectos pueden ser generadores de situaciones conflictivas, así como el ejercicio de los derechos de las personas y los cambios en la relación equipo de salud-usuario. 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 ésta se va conformando en política sanitaria. Clasifica los distintos tipos de justicia según distintos modelos económicos y del

pensamiento. Plantea que la manera de resolver conflictos entre principios debe estar antecedida por el establecimiento de jerarquías. “En general, los principios deontológicos: los Derechos Humanos, se consideran deberes prima facie. Cuando estos deberes primarios no entran en conflicto entre sí, entonces obligan moralmente.” Ahora cuando el respeto de uno implica la lesión del otro, recomiendan ordenarlos jerárquicamente. Cuando esto no es suficiente, entonces se los puede jerarquizar en base al análisis de las consecuencias de los distintos actos.³⁷

5. Antecedentes

Respecto al conocimiento actual del problema se destaca a nivel internacional: “Dilemas éticos contemporáneos en salud: el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social”. En ella, 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 ésta 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 aun 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.³⁸

“Dilemas éticos vivenciados por enfermeros y presentados en publicaciones de enfermería” es un estudio que tuvo como objetivo identificar los dilemas éticos de la enfermería encontrados en publicaciones en el período 2002 a 2006. 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 continúan actuando en base a una cultura fundamentada en el modelo hegemónico de producir salud. Relacionan la ética y la enseñanza-aprendizaje en la enfermería, la ética y el cuidado de enfermería.³⁹

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, el modelo principialista clásico. 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. Hay una preocupación por la eficacia y de la efectividad de las medidas de protección sanitaria adoptadas. Rescatan los contenidos morales del principio de responsabilidad y del principio de protección, como forma de recuperar el sentido de responder voluntariamente a las necesidades de los otros. 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”.⁴⁰

“Sobre bioética y medicina de familia” escribe un grupo de trabajo que reflexiona sobre Bioética y Medicina de Familia a solicitud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunidad. Es un documento que aporta elementos teóricos de la dimensión ética de las ciencias de la salud, como marco de diálogo y discusión con otras áreas y especialidades en el ámbito sanitario y de las humanidades. 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 además de otros temas una metodología para afrontar dilemas éticos y presentan un cuadro de los principales dilemas éticos, clasificados: en relación con los usuarios y vinculados a otras cuestiones.⁴¹

Morata García de la Puerta en “Análisis de dilemas éticos en atención primaria” presenta una guía 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.⁴²

En “Dilemas éticos de enfermería presentes en la atención primaria de salud: en la relación enfermera-cliente”. Tesis de grado de Enfermería de la Universidad Andrés Bello, Chile. Es un estudio cualitativo en dónde se determina los principales dilemas éticos que enfrentan los profesionales de enfermería en su quehacer laboral. Realizaron 8 entrevistas semiestructuradas a profesionales enfermeras de seis centros de atención primaria. Exponen que 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 enfrentadas los profesionales enfermeras en su quehacer laboral. Estos son identificados como: 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.³⁶

En el ámbito nacional, se destacan los trabajos publicados por la Dra. Teresa Rotondo. En “Relaciones profesionales: conflictos de intereses” define que éstos últimos son “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)”. Los códigos deontológicos como conjunto de principios, derechos, deberes y normas profesionales que son elaboradas por los propios integrantes de la profesión reconocen en general los deberes y responsabilidad profesional de abordar las situaciones de los usuarios tomando en cuenta también sus intereses, sin ningún tipo de discriminación respecto a edad, sexo, religión, nacionalidad o cualquier otro concepto

clasificadorio. Estos deberes pueden entrar pueden entrar en conflicto con los deberes legales, éticos o profesionales, lo que le produce un dilema social, profesional y ético. Estos problemas potenciales se pueden presentar como conflicto entre:

- obligación de defender y la confidencialidad
- intereses del usuario y lo que impone el empleador o institución.
- intereses del usuario y la sociedad
- valores y aspiraciones usuario-equipo de salud

Los mejores abordajes para reducir al mínimo los conflictos de intereses son los que incluyen convergencia de múltiples estrategias. Por ej.: Educación moral de los profesionales de la salud sumada a mayor sentido de responsabilidad y honestidad intelectual. ⁴³

6. Metodología

6.1. Tipo de investigación

La presente investigación es un estudio descriptivo, cualitativo con un abordaje fenomenológico.

Es descriptivo porque especifica, detalla, registra, analiza e interpreta la naturaleza actual de los procesos para luego explicarlos y clasificarlos.⁴⁴

El abordaje cualitativo permite profundizar en el mundo de los significados de las acciones y relaciones humanas a fin de comprenderlas y explicar la dinámica de las relaciones sociales. Trabaja con las vivencias, experiencias, con la cotidianidad como resultado de la acción humana objetivada.⁴⁵

“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”.¹

La metodología cualitativa responde al interés de comprender de forma extensa y profunda los hechos. Al examinar expresiones, interpretaciones y significados, estudia las situaciones desde la perspectiva de los participantes. El abordaje es de tipo fenomenológico ya que interesa encontrar en las percepciones de las personas las experiencias y el significado de un fenómeno.⁴⁵

Se entiende que la realidad es construida por las personas, quienes son creadoras activas del mundo social. Por medio del pensamiento y la acción se da forma al mundo que nos rodea: se atribuyen significados subjetivos a los eventos y se actúa de acuerdo con tales interpretaciones. En el proceso de relación entre los individuos, estas significaciones y acciones modifican el contexto social y la cultura.⁴⁶

Los estudios cualitativos son especialmente relevantes para los profesionales de la salud que centran su labor en la comunicación y la interacción con las personas. Ya que permiten examinar las experiencias humanas, proporcionando comprensión amplia y la visión profunda de los hechos. Desde esta visión, la realidad es subjetiva y múltiple, susceptible de verse desde distintas perspectivas; para ello utiliza los significados que se pueden extraer de las opiniones, percepciones, experiencias en relación al contexto en el que se desarrolla.

Según Martínez “La perspectiva cualitativa resulta fundamental en las ciencias de la salud ya que nos ayuda a saber cómo la gente (sana, enferma, trabajadora, desocupada, sanitarista, etc.) construye y vive su propia cotidianidad, manteniendo y mediatizando las estructuras que le toca vivir”.⁴⁷

Este trabajo se refiere al estudio de los dilemas éticos más relevantes en la gestión cotidiana de servicios del primer nivel de atención, los conceptos y formación y la incidencia de los dilemas éticos en la toma de decisiones de los integrantes de equipos de dirección del PNA, como un aporte a los conceptos de gestión ética.

En un inicio, se trabaja en un protocolo común entre cuatro maestrías que cursan dos Maestrías: Gestión de Servicios de Salud y Salud Comunitaria en la Facultad de Enfermería, Universidad de la República. El proyecto presenta aspectos comunes e individuales respecto a: marco conceptual, objeto de estudio, preguntas de investigación, objetivos específicos, recolección de datos y análisis.

Una vez que el proyecto es aprobado, se solicita autorización a la Dirección General de RAP-ASSE para realizar el estudio (ver en apéndices N° 1)

Se realiza una prueba piloto en profesionales pertenecientes a la Intendencia de Montevideo, lo que determina algunas modificaciones en el instrumento de recolección de datos y en aspectos logísticos al realizar las entrevistas.

6.2. Contextualización del estudio

Este estudio se desarrolla en Centros de salud pertenecientes a ASSE-RAP Metropolitana. Totalizan 14 servicios que tienen en su área de influencia un

conjunto variable de policlínicas dependientes y en algunos casos, también coordinan con policlínicas de la Intendencia de Montevideo ya que se encuentran dentro de la zona de influencia. La mayoría de los centros de salud tienen un equipo de dirección conformados por dirección y subdirección y en algunos centros cuentan solamente con dirección.

6.3. Población de estudio

En el enfoque cualitativo, se acepta que el objeto de investigación es un sujeto interactivo, motivado e intencional, que asume una posición y respuesta frente a las preguntas que se realizan. En el proceso de comunicación entre investigador e investigado, el lenguaje es una forma de producción y reproducción del mundo social, implica esquemas interpretativos de lo que es dicho, es un mediador de los procesos de recolección, análisis e interpretación de las pruebas.⁴⁸

La población está formada por los integrantes de los equipos de dirección. Estos son profesionales que integran los equipos de dirección de los servicios del primer nivel de atención pertenecientes a la Red de Atención Primaria de la Administración de Servicios de Salud del Estado Metropolitana (RAP-ASSE). Si bien se consideran los equipos de dirección, las personas que lo integran si bien tienen funciones diferentes: dirección y subdirección; en la práctica actúan como dirección en dos turnos y como un equipo con lineamientos comunes.

La selección de las personas entrevistadas se realiza de acuerdo a dos criterios: dispersión geográfica, de modo que se realicen entrevistas en la zona este, oeste y centro sur y por número de trabajadores en cada centro, comenzando con los que presentan mayor número. Por lo que se realizan entrevistas en las tres regiones en que se divide RAP-ASSE Metropolitana: oeste, centro-sur y este; se inicia con los servicios que tienen mayor número de profesionales.

Se utiliza como criterio de inclusión: que los profesionales entrevistados tengan por lo menos un año de trabajo en el equipo de dirección y que acepten participar del presente estudio.

6.4 Recolección de datos

Se realizan entrevistas con criterio de saturación, durante el periodo de agosto 2014 a abril del 2017. La saturación comprende que las entrevistas deben terminar en cuanto comienzan a repetirse las respuestas, es el momento en el que no surge ningún elemento nuevo respecto al objeto de investigación y la información se torna repetitiva. Entonces se considera la muestra como suficiente ya que interesa captar lo que surge, comprender su sentido y significación. Cuando comienzan a obtenerse repeticiones, 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”¹

Las entrevistas son abiertas y poco estructuradas, teniendo como guía un instrumento de recolección de datos (ver en apéndices N° 2). Las mismas son conducidas por las autoras del proyecto, organizadas en duplas; tomando roles distintos en la misma y acordados previamente: una entrevistadora guía la entrevista, otra tiene a cargo la grabación. Al finalizar el encuentro, hay una puesta en común entre ambas investigadoras, sobre cumplimiento de los objetivos y realización de las preguntas.

Previamente, se contacta a las personas seleccionadas para acordar la entrevista individual y en un espacio y tiempo adecuado, que permita el desarrollo de la misma con reserva. Cada persona lee y firma el consentimiento informado, que involucra realización de la entrevista, la temática y la autorización para grabar y utilizar literalmente segmentos para el análisis (ver consentimiento en apéndices N° 3).

Las entrevistas grabadas son transcritas literalmente, esto significa que se pasa el audio a texto palabra a palabra, incluyendo repeticiones, tartamudeos, interjecciones, etc.

6.5. Análisis

Se realiza análisis de contenido, identificando unidades de significado y categorías. Este tipo de análisis es una técnica de interpretación y comprensión

del texto como forma de registro, teniendo en cuenta el contexto en el que se produce (tanto en lo manifiesto como en lo latente) el discurso. Busca identificar los aspectos que contribuyen a explicar el sentido y significado de las preguntas de investigación.⁴⁸

La lectura repetida de las transcripciones permite seleccionar segmentos en los cuales se identifican unidades de significado, que permiten responder las preguntas de investigación. Posteriormente se construyen cuadros de análisis y se identifican categorías que nuclean las mismas unidades de significado. Se identifican patrones y se identifican los soportes conceptuales que dialogan con las categorías, de modo que permiten reformular algunas en nuevas categorías. Posteriormente se plantea triangular entre las propias preguntas de investigación y con características del perfil de los entrevistados. Posteriormente para mejorar la visualización de todos los elementos: categorías y análisis se construyen mapas conceptuales ya que permiten esquematizar y visualizar conexiones y agrupamientos.

Se parte de un protocolo común pero cada maestranda trabaja individualmente los datos, en el hallazgo de los resultados y plantea análisis e interpretación de las posibles relaciones y conexiones entre las categorías obtenidas. De esta manera, el protocolo y recolección de datos tienen componentes grupales aunque definiciones individuales. El análisis e interpretación y construcción de informe de investigación son individuales.

6.6. Aspectos éticos de la investigación

El consentimiento informado permite a las personas analizar su participación en la investigación en base a sus valores, intereses y preferencias.⁴⁹

Por ello, se informa a los participantes de la finalidad, temática, tiempo que insume en general la entrevista y beneficios esperados. De esta manera, se obtiene una decisión libre y voluntaria en la participación, lo que se encuentra justificado en el respeto a las personas y a sus decisiones autónomas. La confidencialidad de los datos se expresa en que no se identifica a los

entrevistados, solo se presentan datos agrupados y los segmentos extraídos, se identifican con códigos que son de manejo interno de la investigación.

La rigurosidad metodológica de esta investigación se basa en dos aspectos:

1. **Confirmación:** Cuando otro investigador puede ver cómo ha llegado a los hallazgos en base a los registros y documentaciones. El exámen de la selección, de los datos obtenidos en las transcripciones son trabajados y analizados con la tutora durante la investigación y realización de este informe.
2. **Transferibilidad:** La posibilidad de transferir o extender los resultados a otros contextos o grupos se realiza mediante descripción del lugar y características de las personas entrevistadas. En la investigación cualitativa los lectores son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. ⁵⁰

7. Presentación de resultados y discusión

Se realizan ocho entrevistas a integrantes de equipos de dirección de Centros de Salud RAP-ASSE Metropolitana. Montevideo, Uruguay. En el período de agosto 2014 a abril del 2017, utilizando un criterio de saturación. Es de destacar la aceptación encontrada en los profesionales entrevistados, no existiendo ningún rechazo para la recolección de datos.

1. De los entrevistados

Se destaca que siete son de sexo femenino y uno del sexo masculino.

Las profesiones de los entrevistados son Odontología, Medicina y Licenciatura en Enfermería. El promedio de años de trabajo profesional es de 26 años, destacándose que tres entrevistados tienen entre 14 y 20 años de trabajo en la profesión y cinco de los entrevistados entre 21 y 39 años.

Todos presentan títulos de posgrado, cinco de los entrevistados en Gestión, uno en Medicina Familiar y Comunitaria, uno en Medicina interna y en Hematología y una en Enfermería Comunitaria.

En el cuadro número 1 se resume las características de las mismas.

Cuadro 1. Identificación de las personas entrevistadas. Dilemas éticos en integrantes de equipos de dirección del primer nivel de atención. Mdeo. 2019.

	Sexo	Profesión	Años de trabajo profesional	Posgrado	Formación en ética	Cargo	Región en donde se encuentra el servicio
E1	F	Odontología	24	Odontopediatría Maestría en	Si, en posgrado	Dirección	Centro

				Gestión			
E2	F	Lic. Enf.	39	Especialidad Enf. Comunitaria	Si, en grado	Adjunta a la Dirección Encargada de área	Oeste
E3	F	Medicina	32	Medicina familiar y comunitaria Maestría en Gestión	Si, escaso	Dirección	Oeste
E4	F	Odontología	14	Ortodoncia Especialidad en Gestión	Sí, pero influye más formación personal	Dirección	Este
E5	F	Lic. Enf.	17	Especialidad en Gestión	Si, en grado	Dirección Regional	Centro Sur
E6	M	Medicina	15	Medicina familiar y comunitaria	Nos falta mucho	Dirección	Este
E7	F	Medicina	30	Medicina Interna y Hematología	No	Dirección	Oeste
E8	F	Lic. Enf.	38	Especialidad en Gestión	Si, en posgrado	Dirección	Este

Fuente: Elaboración propia en base a las entrevistas realizadas

Respecto a si han recibido formación en ética, se destaca que todos exceptuando un caso, plantean haber recibido alguna formación en ética, ya sea en el grado o en posgrado. Nadie reporta haber realizado un curso o formación específica. Coinciden que la formación recibida es escasa, mínima y en un caso, que influye más la formación personal que lo que se pueda recibir en lo académico. De las respuestas se destacan dos categorías:

Recibe formación en ética en el grado o posgrado

Y como ejemplos se presentan: “Lo que he estudiado, lo de grado”^{E2}

“En la parte de la especialidad, no lo suficiente”^{E3}

“Solamente la que tenemos en la carrera.”^{E5}

“Creo que nos falta mucho”^{E6}

“Ética y calidad, sobre todo la calidad, lo que implica la ética tanto en información en el posgrado de gestión como mi formación en el posgrado de odontopediatría”^{E1}

“Absolutamente nada... Aprendí cuando te das cuenta lo que tenés que hacer, porque vas viendo, vas tomando ejemplo, pero nunca tuve una mención a la ética.”^{E7}

Formación ética es personal

“En realidad yo creo que es algo que uno va construyendo con los bagajes de la persona, de dónde viene y no es que condicione tampoco, pero somos... como que uno va integrando y trabajando a la interna...”^{E4}

Fundamentar la necesidad e importancia de que los integrantes del equipo de dirección como los del equipo de salud, tengan formación en bioética como parte de los conocimientos y competencias a tener y desarrollar, parece bastante obvia. El abordaje de la gestión desde la calidad de atención, plantea hacer lo correcto correctamente, desde este punto de vista se considera un elemento a fomentar en formación y capacitación permanente.²⁵

Incluso el campo de la bioética se ha ido ampliando cada vez más, incluyendo no sólo los temas de la ética clínica sino también la vinculada a las instituciones, sistemas de salud, abarcando también los espacios vinculados a derechos, ética global y ambiental. Cómo aspectos vinculados al desarrollo de la vida, le concierne al sector salud y específicamente al primer nivel de atención. Francisco León plantea que transmitir y formar en valores, desarrollar actitudes y comportamientos éticos y generar pensamiento crítico respecto a los problemas o dilemas que pueden presentarse es necesario para desarrollar un trabajo responsable y fundamentado en la ciencia.⁵¹

2. Hallazgos

2.1. Problemas éticos de gestión cotidiana en el primer nivel de atención

En relación a la pregunta: ¿Cuales son los dilemas éticos que aparecen en el desarrollo de su trabajo cotidiano?

Los integrantes de los equipos de dirección entrevistados plantearon respuestas que se agruparon según se muestra en el cuadro 2.

Cuadro 2. Problemas éticos de gestión cotidiana en integrantes de equipos de dirección RAP- ASSE. Mdeo. 2019	
Área profesional	Falta de confidencialidad
	Inadecuadas competencias para el trabajo en primer nivel de atención
Área sociosanitaria	Complejidad extensiva en el primer nivel de atención
	Dificultades con la referencia
	Problemas con los recursos
	Problemas con la infraestructura

Fuente: Elaboración propia en base a la clasificación de categorías.

Área Profesional:

Falta de confidencialidad

Las personas entrevistadas se refieren a que existen situaciones en que no se reserva en forma suficiente o adecuada la información relativa a algún usuario.

“... 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.” E1

“... muchas veces tenemos que explicar que el tema de la confidencialidad es muy importante, y el usuario no lo entiende, viene a pedir la historia del tío por ejemplo” “...meterte en los problemas del usuario, querer ir más allá de lo que podés, de lo que el usuario quiere que vayas. Al entrar al domicilio... pero a veces me parece que se vulneran derechos queriendo ayudar al usuario, le estás generando una situación de pérdida de intimidad, 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...” E7

Es una forma de revelar el contenido de la historia clínica. Además de ser un hecho éticamente incorrecto, también es penable por la ley. La falta de confidencialidad se encuentra regulada en el artículo 18 inciso D de la Ley 18.335 Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud, plantea que “La historia clínica es de propiedad del paciente, será reservada y sólo podrán acceder a la misma los responsables de la atención médica y el personal administrativo vinculado con éstos, el paciente o en su caso la familia y el Ministerio de Salud Pública cuando lo considere pertinente. El revelar su contenido, sin que fuere necesario para el tratamiento o mediar orden judicial o conforme con lo dispuesto por el artículo 19 de la presente ley, hará pasible del delito previsto en el artículo 302 del Código Penal”⁵²

El artículo 302 del Código penal, Libro II, Capítulo XI Delitos contra la Libertad; establece en el capítulo III: Delitos contra la inviolabilidad del secreto. Expresa que: “(Revelación de secreto profesional) El que, sin justa causa, revelare secretos que hubieran llegado a su conocimiento, en virtud de su profesión, empleo o comisión, será castigado, cuando el hecho causare perjuicio, con 100 U.R. (cien unidades reajustables) a 600 U.R. (seiscientas unidades reajustables) de multa”⁵³

En varias investigaciones se encuentra la falta de confidencialidad como dilema ético: Altisent Trota et al. en su estudio sobre dilemas éticos en médicos de familia.⁴¹ Varas y Vidal encuentran en “Dilemas éticos de enfermería presentes en la atención primaria de salud: en la relación enfermera-cliente” entre los asociados con mayor frecuencia la alteración de la confidencialidad y respeto al resguardo de información como secreto profesional.³⁶ Contreras Aravena en “Problemas ético clínicos en la atención primaria del centro de salud familiar de Paine” considera que el respeto de la confidencialidad depende de desarrollar una actitud de respeto hacia la persona, por lo también involucra falta de virtuosismo o profesionalismo. ⁵⁴ Si los problemas de los usuarios se divulgan, se minimizan y se comentan en lugares que pueden ser escuchados o vistos por otras personas, se están permitiendo actuaciones que implican los derechos de los usuarios, la ética del equipo de salud y como tales son un tema de gestión.

Inadecuadas competencias para el trabajo en primer nivel de atención

Se encuentra en la postura del profesional, con la desvalorización del usuario y donde está involucrada la concepción del otro, su valor e integridad.

...“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” ^{E1}

Son aspectos de valor la capacidad de escucha y de establecer una conexión con el usuario, tratando de comprender la visión del otro y estableciendo una relación de confianza que genere empatía; en cualquier nivel de atención. Específicamente en el PNA, los vínculos pueden ser más cercanos dados por la cercanía de los servicios a la vida cotidiana de las personas. Rodríguez Arce plantea que es mediante una relación de mutuo respeto y de confianza dónde se produce un proceso de atención en el cual el usuario y su familia se beneficien desde un ejercicio libre de autonomía. A su vez, si desde el equipo se aplica el principio de justicia: a cada quien lo que necesita, lo que guía la equidad.⁵⁵

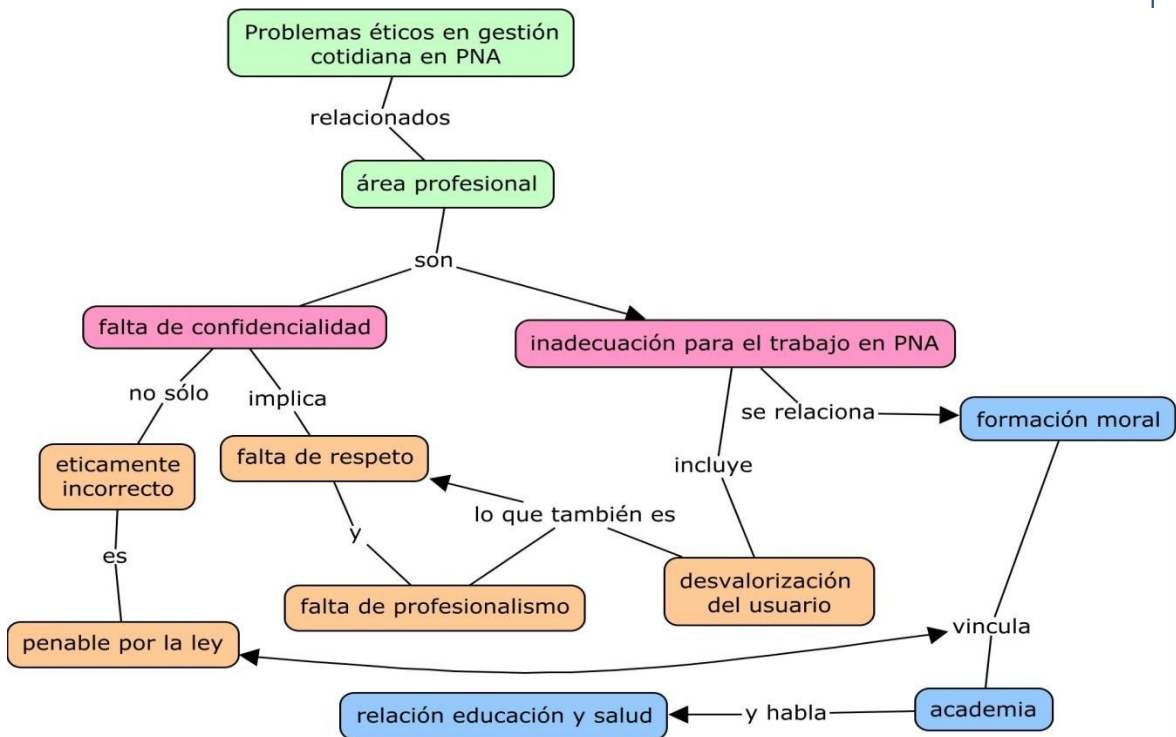
Si no se genera un espacio de interacción respetuosa, donde realmente se dialogue, genere un intercambio con el usuario desde el ejercicio de los derechos, se está vulnerando el principio de autonomía. Porque no se permite que el usuario pueda ser capaz de deliberar con libertad sobre sus objetivos, opciones ni actuar en consonancia. Por eso, en el Informe Belmont, se le llama también el principio de respeto por las personas.

Aparece una desvalorización en la relación profesional-usuario relacionada probablemente a la condición socio-económica de la persona. En este sentido, quizás el principio de beneficencia también está afectado. Desde la perspectiva de la gestión, aparece otro problema: si en los procesos de atención se están vulnerando los principios de autonomía y beneficencia, la calidad asistencial puede verse perjudicada y presentarse un desvío de los objetivos de atención.

Altisent aporta que “para un análisis completo es necesario tener en cuenta lo que hemos denominado cuestiones operativas, dónde juega un papel importante las cualidades personales del profesional y su capacitación, así como las características del equipo y la organización institucional”. Plantea que la formación académica debería tener en cuenta las actitudes éticas, tanto para orientar a los profesionales como en la evaluación de las cualidades de los especialistas en formación.⁵⁶

En nuestro país, las instituciones de salud desarrollan programas de capacitación que, si no los incluyen, deberían trabajar conceptualmente, estimular y desarrollar estos aspectos vinculados al trato humano y a la adecuación para el trabajo en el primer nivel de atención.

Cuadro 3. Mapa conceptual: Problemas éticos relacionados al área profesional



Fuente: Elaboración propia en base a la clasificación de categorías

Estos dos aspectos relacionados con el área profesional remiten a la vinculación sector salud y enseñanza, ya sea académica o anterior. Desde el punto de vista de la gestión, es importante identificarlos para generar estrategias que intenten modificarlas o minimizarlas, estableciendo estrategias de capacitación y aprendizaje, integrarlo en las descripciones de cargo, en las evaluaciones de desempeño, estimularlo en las reuniones de equipo y en la organización institucional.

Área sociosanitaria:

Complejidad extensiva en el primer nivel de atención

“...dentro de los problemas éticos que puedes 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... te llaman, que hay un alta de un niño de alto riesgo, la casa en un ambiente frío, con humedad, hijo de una 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” E2

La complejidad extensiva involucra una mirada en conjunto, con trabajo en equipo interprofesional e interdisciplinario, también con otras organizaciones pertenecientes a otros sectores y dentro del propio sector salud.²¹ Involucra distintas miradas y abordar el problema desde cada perspectiva y encontrar estrategias en forma conjunta, potenciando los recursos que cada uno dispone y brindando una respuesta integral.

Las direcciones de los servicios del primer nivel de atención son responsables por las coordinaciones interinstitucionales e intersectoriales. También se relaciona con las relaciones entre niveles de atención y se refiere a dificultades con la referencia. La situación mencionada también es un problema de referencia desde el segundo nivel de atención hacia el PNA, si un egreso hospitalario de riesgo se informa con escaso tiempo se dificulta la preparación del hogar y de la familia para el mismo.

Las condiciones materiales de vida, la escasez de recursos de algunas familias y de las instituciones del subsector público se hacen presentes, así como la dificultad de coordinar en tan cortos plazos con otros sectores de la sociedad como: seguridad social, protección a la infancia, desarrollo social, etc.

No aparecen referencias en otros trabajos con esta denominación, si hacen referencia a la integralidad de las soluciones.

Dificultades con referencia

Vinculado a la continuidad asistencial, la referencia es la derivación del usuario ya sea a una consulta con otro profesional o para realizarse un estudio diagnóstico o tratamiento. La solicitud se introduce en el sistema informático y genera una demanda en espera. Cuando se asigna un cupo, el usuario es informado desde el centro de salud: fecha, hora y lugar en que se realizará la

derivación. Cuando pasa un tiempo considerable y no es notificado, el usuario puede realizar un reclamo, generalmente en la dirección, porque entiende que la demora es excesiva.

“... hace ocho meses, nueve meses que solicite el ecocardio y no la 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 tú sos la cara visible, quieras o no frente al usuario sos tú...” “... todos tenemos el mismo derecho y la accesibilidad y la prontitud son cosas que en un servicio de salud tienen que existir ¿no?, no lo miremos desde este centro de salud sino de toda la organización; y no estamos cumpliendo...” “esa integralidad ¿no?, esa longitudinalidad no se está cumpliendo...” *E1*

Un aspecto de la coordinación asistencial es la coordinación de la gestión clínica e involucra, entre otros aspectos, el seguimiento del usuario cuando hay transiciones entre niveles asistenciales. El tiempo de espera es un atributo que tiene influencia en la continuidad asistencial, ya que se refiere a la experiencia del usuario y su familia de cómo se produce la coordinación asistencial. Los integrantes de los equipos de dirección asumen la responsabilidad institucional en la escucha, búsqueda de las causas de la demora y posibles soluciones cuestión que es importante como respuesta para el usuario. Pero no dar a cada quien lo que necesita, implica un problema de justicia. Como lo plantea García Marzá “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.” Cuando una persona no recibe el bien al que tiene derecho o no se distribuyen las cargas equitativamente aparece una injusticia.⁵⁷

En los servicios públicos, los recursos siempre se consideran escasos. En nuestro país, en octubre de 2008, se aprueba el Plan integral de atención a la salud (PIAS) que incluye el catálogo de prestaciones que cada prestador integral debe brindar a sus usuarios. Las instituciones adquieren responsabilidades al firmar el contrato de gestión con la Junta Nacional de Salud (JUNASA) para poder ser incluidos dentro del Sistema nacional integrado de salud (SNIS). Si bien estas definiciones intentan disminuir las injusticias distributivas entre los subsistemas e instituciones; aún se presentan diferencias entre el sector público y privado, incluso dentro del mismo subsector público, que implican un tema

de justicia distributiva.

Altisent también identifica este problema con la denominación: relación con otros niveles asistenciales.³⁴ Es un tema estudiado por varios autores.⁵⁸⁻⁵⁹

La implementación de la agenda electrónica, la informatización de los procesos de atención y la generación de la demanda en espera, probablemente han contribuido en la conexión entre niveles, pero si las demoras persisten, los reclamos se mantienen. Antes de la agenda electrónica, la coordinación asistencial dependía del usuario, de sus posibilidades personales y familiares ya que para conseguir cupo, debía buscarlo personalmente o con alguien de su confianza. Para algunos usuarios trasladarse a los servicios del primer y segundo nivel de atención para efectivizar la referencia, se transformaba en un obstáculo importante de accesibilidad administrativa.

Posteriormente, en un avance de estas coordinaciones, se le asignaba a cada centro de salud un cierto número de cupos para las derivaciones solicitadas. Y era el equipo de dirección quien los distribuía. De esta manera, se promueve mayor accesibilidad ya que no depende de las posibilidades personales del usuario, pero generaba continuas solicitudes de audiencia con los equipos de dirección de los servicios del PNA. Porque los tiempos de espera se mantienen ya que los cupos no son suficientes para cubrir todas las solicitudes. Aplicar los principios de beneficencia y no maleficencia puede ser considerado tan lógico como incuestionable, pero difíciles de lograr cuando los recursos son insuficientes.

En los servicios públicos, la justicia y la equidad son responsabilidad del Estado como garante del bien común. Montero, Suazo y Reinoso plantean que “la única salida viable que nos dejan las limitaciones de recursos sin ser maleficientes, es que la equidad se haga norma y se estandarice la distribución de servicios según sectores, aportes y necesidades”⁶⁰

En el transcurso de la realización de este trabajo, se siguen produciendo cambios respecto a este tema. Paulatinamente se ha instalado la agenda electrónica, de forma que la demanda se ingresa y queda en espera en el sistema informático. Luego adjudica el cupo según disponibilidad. Sin duda, es una distribución más igualitaria pero no necesariamente más justa. Como ventaja de

la informatización de agendas, permite conocer en los niveles de gestión de la meso y macrogestión dónde se generan las demandas insatisfechas y los problemas de accesibilidad.

Siurana plantea que los sistemas de salud, las instituciones sanitarias que lo componen deben reformarse si no tienen capacidad de garantizar la igualdad de oportunidades para todos sus miembros. Y de esta manera minimizar los problemas de justicia distributiva ya que aumentan “bajo condiciones de escasez y competición”²⁸

El actual diseño del SNIS con dos subsectores y el pago por prestaciones por usuarios y metas, ha aumentado la competición. Las dificultades en la referencia pueden tener relación con los problemas de distribución de recursos y número de personal. En ese sentido, desde el Estado como garante, se encuentra involucrado el Ministerio de salud como organismo rector y la Universidad como formadora de recursos.

En Formación de recursos humanos y Atención Primaria de salud se plantea que “la implementación de cambios profundos como los planteados por APS están directamente relacionados con las estructuras de los Estados nacionales, específicamente su capacidad rectora y fortaleza organizativa, su nivel de desarrollo socio político, el grado de cohesión y disciplina social y el nivel de apropiación de la salud como un derecho ciudadano. Esto explica la diferencia en el tipo y grado de integración de la propuesta de APS y las diferencias a la hora de implementar políticas de salud.” El tema de recursos humanos está firmemente asociado a las definiciones de política que van dando forma a los sistemas de salud (modelos de atención, gestión y financiamiento). En este sentido, la coherencia entre definiciones de política e instrumentos legales y financieros de que se dispone en cada realidad (marcos regulatorios) son los elementos centrales a ser analizados en función de mejorar las prácticas vigentes”⁶¹

Problemas con los recursos

Como ya se ha planteado, los recursos institucionales son finitos en cualquier sector económico, y en el sector salud, considerados escasos. En relación a la

categoría anterior: dificultades con la referencia, aparecen problemas vinculadas a los propios recursos disponibles en el PNA.

“...demoras que tenemos con las interconsultas... sobre todo en algunas especialidades, oftalmología por ejemplo,... el área de psicomotricidad... hay especialidades que están muy saturadas: oftalmología, neuropediatría, fonoaudiología, psicomotricista, fíjense que yo tengo chicos que me repiten el año porque demora ocho meses, seis meses, un fonoaudiólogo, un psicomotricista para que me lo vea con un trastorno motriz porque agarra mal el lápiz o esto o aquello. O porque tiene un trastorno del lenguaje como decía para fonoaudiólogo*limitaciones en las medicaciones... hay medicaciones que las precisas como sine qua non y no las tenés en el vademécum... por ejemplo el Pediasure para los desnutridos” E8

“...nos faltaron medicamentos y para mí eso es grave... no vinieron porque no había plata, se priorizaron medicamentos y dentro de los priorizados, faltaron igual. 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. Y cómo hago nos preguntaban y respondíamos que no sabemos” “el acceso a los especialistas, los estudios, y sobre todo en la población que son nuestra meta, las embarazadas, el control ecográfico de las embarazadas; se está haciendo, pero es un drama. Y quedan por el camino otros usuarios: ecografías comunes por ejemplo” E7

Desde la implementación del SNIS, se aprecia un incremento del presupuesto en el subsector público; específicamente en ASSE, por ejemplo, entre 2005 y 2015 se incrementó 170 % la inversión, según el informe de Rendición de Cuentas 2015 enviado al Parlamento. ⁶³ A pesar de este incremento, igualmente los recursos deben ser considerados escasos para el prestador público más grande del país. El acceso a las prestaciones está determinado por la oferta y a la demanda. Desde que se implementa el SNIS, se disminuye el número de personas sin cobertura, lo que contribuye al aumento de la demanda y se reduce en gran medida la múltiple afiliación; lo que conduce a un proceso de ordenamiento de la demanda.

Contar con recursos escasos genera dilemas éticos en los equipos de dirección. Hay una demanda insatisfecha y los usuarios solicitan soluciones. ¿Cómo dar respuesta a toda la demanda con la oferta disponible? Como ya se ha mencionado, está involucrado el principio de justicia y de justicia distributiva; pero también está comprendido el de beneficencia, en lo que respecta al respeto y protección de las personas más vulnerables.

La implementación de la agenda informática proceso que se iniciaba mientras se realizaban la recolección de datos, debe estar generando cambios en estas situaciones. Como ya se ha planteado, la participación del Estado es necesaria en la regulación y distribución de recursos, y también queda involucrado en el aumento de asignación de recursos.

Problemas con la infraestructura

También los problemas del punto de vista de la infraestructura y equipamiento pueden generar dilemas éticos en los equipos de dirección.

“...tenemos variedad de problemas edilicios, por ejemplo, que apuntan al bienestar y al confort y a brindarle un digno lugar al usuario y al funcionario... Pero bueno, se van solucionando muchas veces como podamos...” E3

“...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, no hay agua.” “no está bien atender a un paciente en un lugar que por el frío no le podés pedir que se saque la ropa para revisarlo, un niño recién nacido...” “para mí es un tema muy importante porque estas vulnerando muchas éticas, muchas cosas” “ Y al tomar la decisión de a quienes si, a quienes no (realización de estudios) es nuestra en parte y seguimos las directivas... por ejemplo la directiva para mandar las ecografías transvaginales es priorizar embarazadas y urgentes porque son privadas, el resto veremos, cuando nos den número, les iremos dando...” “El costo político que representa cerrar una policlínica que es un rancho, que los usuarios presionen dejar abierta una policlínica que se cae a pedazos... es su historia, viene de muy lejos, pero me parece que en algún

momento va a haber que pagar el costo político y que la población entienda que lo mejor no es tener ese rancho, que lo mejor es atenderlo en un lugar digno”^{E7}

“Creo que estamos ante un problema ético en algunas situaciones de la parte edilicia, en un centro de salud, especialmente, que no tiene paredes, entre consultorios tiene mamparas... desde el punto de vista del profesional y del usuario... éticamente es incorrecto” “familiares trabajando en el mismo equipo de salud, profesionales en el centro de materiales que firman una planilla como que producen tanto y vas a contar y no es tanto, eso es un problema ético”^{E5}

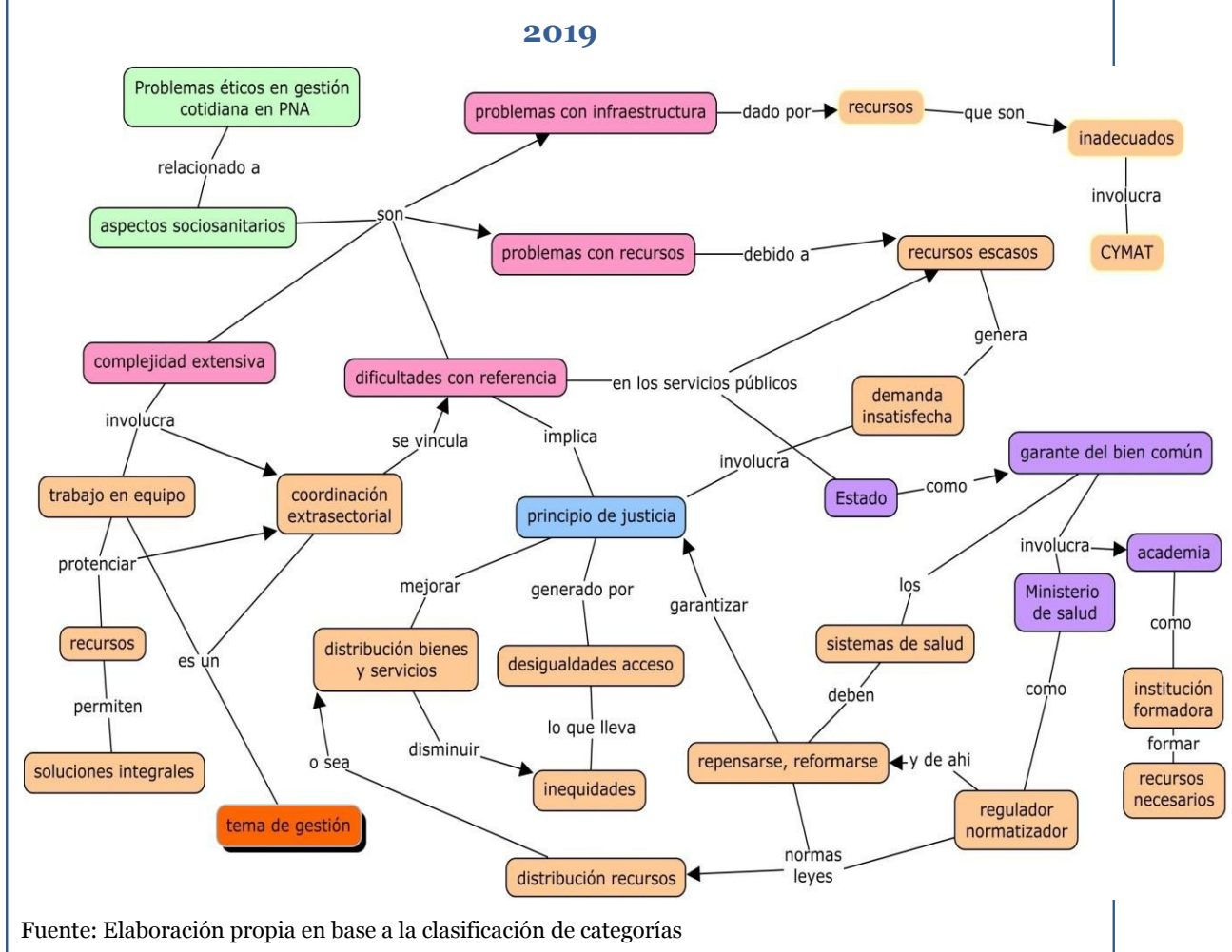
La situación dilemática se plantea ante no contar con espacios o equipamiento con las condiciones requeridas para garantizar la calidad de atención. Involucra tanto el proceso de atención como las condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT). Si estas condiciones no son las adecuadas, la dirección es responsable de mantener disponible servicios en condiciones de infraestructura deficitaria ¿Cómo continuar con la atención si no se cuenta con las condiciones adecuadas para desarrollar las actividades o cuando se puede poner en riesgo la salud y el bienestar de los trabajadores?

Altisent, Espíldora y Serrat encuentran también este problema al que denominan distribución de recursos.⁵⁶ En Atención Primaria de Salud y desarrollo de recursos humanos se reconoce que a pesar “de todas las dificultades, una de las más importantes lecciones aprendidas de la aplicación de la APS ha sido la verificación de su potencialidad en el mejoramiento de la salud de las poblaciones, su carácter ordenador de la arquitectura del sistema de salud, la apertura a la participación comunitaria (ciudadanía) y la movilización de recursos sociales como elementos clave en las políticas sanitarias”⁶¹

La participación y movilización de recursos sin duda son elementos fundamentales para la adjudicación de mayor cantidad de recursos.

En el cuadro N° 4 se encuentra el mapa conceptual de los dilemas éticos relacionados al ámbito sanitario.

Cuadro 4. Dilemas éticos relacionados al área socio sanitaria. Mdeo. 2019



2.2 Conceptualización de dilemas éticos por los integrantes de equipos de dirección del primer nivel de atención

Aparecen respuestas que se refieren a que es una actitud incorrecta o situaciones en las que se vulneran derechos de los usuarios y por otro lado, surgen respuestas que plantean que es una duda o contradicción que surge en la actividad del profesional

Actitudes incorrectas

“... es hasta la forma que se pueda atender a una persona, o brindar la mejor atención sin que haya otros mecanismos intermediarios u otro tipo

de intereses, más que dar la mejor prestación, atención del punto de vista profesional, no importa cuál sea, a quien sea.” E6

“El tema ético aparece entre el compromiso y la responsabilidad ... no puede ser que siempre se llegue tarde, te avisan veinte minutos antes que no va venir, eso me parece grave... uno tiene que trabajar siempre igual, ya sea un lo privado como en lo público y voy a brindar la misma calidad de asistencia” E3

“... situaciones en los que se vulneran los derechos de los usuarios desde el lugar de poder del médico, o desde el equipo de salud...” E7

Estas respuestas plantean que los dilemas éticos son situaciones en las que hay actitudes incorrectas, hechos que evidencian la asociación de dos conceptos: moral y ética. 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. Como plantea Rivero, “la moral no es sinónimo de bueno, sino que denota si una acción puede ser juzgada como buena o mala según las costumbres vigentes”⁶²

Como plantea Marriner, la moral tiene que ver con las elecciones deliberadas que toma cada persona de acuerdo con los valores y normas que tiene y de esta manera se refiere a la moral vivida. La ética se refiere a lo que es correcto e incorrecto y se refiere a la moral pensada.¹¹

En los segmentos seleccionados se aprecian actos o elecciones que se consideran incorrectas. Aparece un cuestionamiento ético, la moral vivida se manifiesta en actos de las personas y en contraste con las normas o códigos de conducta, son consideradas equivocadas.

Según el principio de justicia, todas las personas deben ser tratadas con igualdad, sin discriminación de ningún tipo. Existe una baja valoración baja desde el profesional hacia los usuarios, no hay un compromiso con los usuarios agendados, lo que implica abuso de poder. Estas situaciones generan desde una desigualdad del valor en la relación equipo de salud-usuario, una asimetría en el vínculo que no está basado en el respeto ni en la confianza mutua y pone en

riesgo el desarrollo de un proceso de atención de calidad incluyendo que no se va alcanzar los objetivos.

En estas respuestas, aparecen comportamientos que son cuestionados desde la construcción moral en lo personal-profesional. En otros trabajos también se identifican dilemas que tienen que ver con el desempeño profesional. Por ejemplo, Contreras Aravena destaca los dilemas asociados al profesional y los identifica como falta de compromiso con la profesión y falta de virtuosismo o profesionalismo.⁵⁴

Sin duda hacen referencia a la construcción de valores y en ese sentido la academia tiene su responsabilidad en lo referente a la formación profesional y también es un tema de la sociedad como un todo.

Duda o contradicción

“un dilema es cuando de repente uno no está convencido de algo, verdad, una duda frente a una situación profesional. Por ejemplo, en el primer nivel de atención, un médico de medicina general o un médico de familia está atendiendo y tiene pacientes con ciertos perfiles o ciertas características y el paciente que se cree que la consulta es ir a buscar la receta.” E1

El dilema ético se produce al no compartir posicionamientos, conceptos vinculados a experiencias previas o a desinformación. La duda surge si accede a lo que solicita el usuario o debe negar la receta explicando los objetivos de la actividad profesional. Como en los ejemplos anteriores, es un problema de discernimiento vinculado al proceso de atención.

El comportamiento del profesional se observa desde la escala de valores de la Institución, de la Dirección y del equipo de salud.

Acceder a lo solicitado por el usuario y entregar las recetas no sólo es incorrecto, involucra a la gestión del punto de vista de la inadecuada utilización de las actividades (consulta) y de los recursos (medicamento). Hay un compromiso de la eficiencia, ya que plantea la consecución de los objetivos al menor costo posible y ello involucra la mejor utilización de actividades y recursos.

Altisent plantea que se debe luchar por el uso racional de los medicamentos por la seguridad del paciente y para garantizar la viabilidad del sistema sanitario. Y plantea que aunque se considere que no se puede despachar recetas a demanda; en la práctica se prescriben ya sea vinculado a la sobrecarga asistencial, que no permite otorgar el tiempo necesario para dar a cada usuario las explicaciones necesarias, o para evitar los comentarios ulteriores de los usuarios, calificativos de que al profesional le cuesta indicar fármacos, o no se tienen la suficiente paciencia, empatía o habilidades comunicativas para re-direccionar la demanda injustificada.⁵⁶

En este sentido, se relaciona con la categoría anterior: actitud incorrecta.

En los ejemplos que siguen, aparecen expresiones que reflejan el concepto que un dilema ético como problema de discernimiento entre lo correcto e incorrecto.

“desde el punto de vista ético, en cuanto a lo que hay o no hay que hacer...” E4

“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. En el primer nivel de atención surgen a veces ese tipo de dilemas como en toda la atención” E8

“Un dilema ético es algo de difícil o que no tiene solución. Un problema ético es cuando nos encontramos ante una confrontación, a veces, de intereses por ejemplo, si soy médico y dueño de un laboratorio, sería para mí un problema ético promocionar exclusivamente el medicamento que estoy produciendo” E5

Kohlberg – citado por Molina Restrepo - en su propuesta de niveles del desarrollo moral, plantea que en el nivel posconvencional las personas pueden tener discernimientos diferentes a los que tienen los grupos en los que se actúa, ya que analiza cada norma según su juicio crítico antes de sentirse moralmente obligado. O lo que es lo mismo, las personas tienen su grado de libertad y

reflexionan racionalmente para analizar las situaciones, generalmente se evalúan todas las opciones hasta las consecuencias de cada acción. El grado de desarrollo moral determina lo que la persona considera valioso y los valores son el sentido o importancia que le concedemos a algo.⁶⁴

Por ello, es importante destacar el valor del razonamiento moral y la selección de la alternativa más adecuada. Garzón plantea que “cuando no es posible considerar una alternativa satisfactoria, uno puede decidir no actuar porque considera que ninguna es ética. El hecho mismo de no actuar es en sí una decisión con componente ético”⁶⁵

Éste es un concepto a tener en cuenta tanto en la relación profesional-usuario como en los vínculos laborales. Desde un punto de vista profesional, estar preparados para afrontar estos conflictos puede hacer la diferencia tanto en su resolución como en su tratamiento.

Garrafa y Manchola reflexionan sobre bioética y asimetría del poder, planteando que hay casos de asimetría de poder positiva y legítima. Ponen como ejemplo que en la relación profesional de salud - usuario puede darse una relación asimétrica de poder positiva y legítima. Esta se establece en la diferencia de conocimiento.⁶⁶

Se basa en el valor de la confianza y respeto. De la misma forma entre los integrantes del equipo de gestión y equipo de salud hay una relación asimétrica que también debe estar basada en la confianza y respeto.

Siempre que exista una incertidumbre es importante reconocer y tomar en cuenta estas diferencias al momento del análisis y de la toma de decisiones, ya que quien tiene mayor información o mayor poder, debe mantener también los valores de respeto y confianza o sea, valorar también los intereses del otro que está en posición asimétrica.

Las dudas que se generan e involucran temas de bioética, se hace necesario un abordaje interdisciplinario ya que la participación de las distintas visiones permite interpretaciones complejas y es necesaria cuando se producen conflictos éticos.

del equipo de salud que presenten actitudes incorrectas como problema de discernimiento

En el siguiente cuadro, se relacionan los conceptos anteriormente identificados con los dilemas que surgen en los integrantes de equipos de dirección del PNA.

Cuadro 5. Relación entre conceptos de dilemas éticos y problemas en la gestión cotidiana en integrantes de equipos de dirección del PNA. Mdeo. 2019						
Conceptos sobre dilemas	Dilemas éticos en gestión					
	Área profesional			Área sociosanitaria		
	Falta de confidencialidad	Inadecuadas competencias para el trabajo en PNA	Complejidad extensiva del PNA	Dificultad con la referencia	Problemas con infraestructura	Problemas con los recursos
Actitud incorrecta	X	X				
Duda o contradicción			X	X	X	X

Fuente: elaborado en base a las categorías encontradas.

En este cuadro se observa que entre los conceptos y los dilemas encontrados según áreas hay una coincidencia, los cuestionamientos éticos tienen que ver con los comportamientos y se vinculan al área profesional, mientras que los

aspectos relativos al ámbito sociosanitario desde la gestión del PNA, genera dilemas que son dudas o contradicciones.

2.3 Dilemas éticos en la toma de decisiones en el primer nivel de atención

De las respuestas se destaca que todas las personas entrevistadas encontraron algún tipo de influencia en la toma de decisiones cuando el dilema es ético.

“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... 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. Cada uno lo ve desde su punto de vista, y creo que conciliar aspectos humanos, institucionales, morales y todo, a veces es difícil...” *E8*

“... dudo como todo el mundo, ¿no? Porque nunca todos sabemos todo ni estamos seguros. Y bueno, de acuerdo a cada situación o a cada problema trato de poner lo que me parece que es lo mejor, o menos dañino de acuerdo a la situación. Y cuando no estoy segura, consulto” *E1*

“Tenés que estar a mano con tu consciencia y hacer las cosas lo mejor posible. Es decir, cuando hay oportunidad de compartir con otra persona, para tener otro punto de vista, lo haces y si no lo tenés que hacer solo” *E6*

“...influye porque estoy limitada... muchas veces por varias cosas... tenés que sopesar sobre lo positivo y lo negativo de las consecuencias. No es fácil decir las cosas” *E3*

“Y a veces te quita el sueño, pero a la hora de tomar la decisión creo que no... lo que tratamos siempre es de aplicar la norma, muchas veces el sentido común, pero problema con la decisión no... analizar

las posibles causas, posibles estrategias, alternativas y se luego se toma la decisión.” E5

Como plantea Montero, Suazo y Reinoso, uno de los aspectos más importantes para gestionar es que se tenga calidad técnica para hacerlo. Por ejemplo, el principio de no maleficencia explica porque no se debe hacer daño a los demás e implica no tener intención de hacerlo sino también que lo que se haga, se realice bien.⁶⁰

Se observa que las situaciones que se traen como ejemplos demandan razonamiento, búsqueda de información y toma de decisiones para los cuales interviene la formación y experticia de los gestores.

En ese sentido, Adela Cortina plantea un aporte interesante con la ética de mínimos y máximos. La ética de mínimos implica definir mínimos aceptables que están fundamentados por la justicia, equidad y no maleficencia. Todo lo que quede por debajo de estas definiciones, será inmoral e inaceptable porque implica negligencia. Y por otro lado, establecer en el otro extremo la ética de máximos, la felicidad, la excelencia, aspirar a lo máximo permite plantearse sueños, metas, objetivos a alcanzar⁶⁷ Y este concepto se vincula al de calidad de atención y además, al de gestión ética!^{4, 16, 17,25}

En las expresiones aparece la influencia en la toma de decisiones vinculado a la aplicación de normas, teniendo en cuenta la situación particular. No sería una situación dilemática, hay una duda, pero las normas están para cumplirlas; la conciliación de intereses es una tarea inherente de la gestión.

Las instituciones generan una cultura de valores explícita e implícita, formada por los valores y principios de sus integrantes. De esta manera se qué y cómo se considera adecuado actuar, muchos de estos valores se expresan en normas. Los equipos de gestión son responsables de la aplicación de las normas y de su corrección, si ya no aplican. Cuando más estables permanecen los equipos de salud en el tiempo, ofrecen como ventaja el conocimiento entre sí y de los valores institucionales. Puede ofrecer como inconveniente, que ese mismo conocimiento puede plantear diferencias difíciles de resolver, sin afectar alguna de las partes.

En las respuestas también surge que los dilemas éticos en la gestión permiten cuestionarse, generar preguntas y no mantenerse dogmático frente a lo establecido.

“es como un termostato para cuestionarlo, para no automatizar ni el accionar ni los procedimientos, al contrario, genera autocrítica y la crítica constructiva que nos permite saber en dónde estamos parados en ese sentido. Porque puede haber algo que esté institucionalizado, que sea una directiva y que haya que rever... es fundamental e importante que se presente, porque hace que te cuestiones o que valides” ^{E4}

La ética práctica es la parte de la ética profesional que determina y establece mediante reglas y normas de comportamiento, el necesario orden para procurar el bien del grupo o comunidad. ⁶⁸ Desde este punto de vista, las normas dan un marco ético y establecen los mecanismos de actuación aceptados por el grupo u organización. Cuando la norma no aplica, hay un vacío normativo o los dogmatismos que se mantienen porque algo se halla institucionalizado; en estas ocasiones el dilema ético aparece como una oportunidad para generar conocimiento y establecer nuevas directrices.

¿Cuáles son los dilemas éticos que traen como ejemplo los entrevistados cuando se plantea la toma de decisiones frente a dilemas éticos?

Las respuestas se agrupan en dificultades con la referencia y discrecionalidad en la aplicación de normas

Dificultades con la referencia

“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 pie en el suelo, rever los sistemas a ver en que

estamos fallando. Pero en esos períodos a veces son demasiados largos y hay costos”.^{E1}

Los dilemas éticos que aparecen en la gestión cotidiana de los servicios del PNA relacionados a la disponibilidad de recursos y condiciones de infraestructura, se une con el concepto que la gestión desde el subsector público ofrece mayores desafíos, se debe dar una cobertura extensa y las limitaciones no pueden ser resueltas desde el ámbito de decisiones. Hay que “gestionar desde las limitaciones propias de nuestros estados y gobiernos y por la obligación de hacerlo bien (técnicamente) y con pulcritud (moralmente)”⁶⁰

Cuando los recursos son escasos, cuando hay más demanda y necesidades que posibilidades materiales para dar respuesta; es lógico que surjan dilemas éticos en la gestión. El principio rector es el de justicia, la justicia distributiva implica trabajar desde una perspectiva equitativa.

Responder a todas las necesidades y demandas sería beneficioso y justo, pero generalmente no es posible. Disponer de recursos limitados implica establecer criterios para distribuir de acuerdo a las necesidades. Para ello se parte de reconocer que los individuos y sus familias presentan desigualdades y que para subsanarlas, los servicios de salud deben pensarse desde la equidad. A los principios de beneficencia y no maleficencia se le asocia el de justicia distributiva; no alcanza con hacer el bien si no se contempla cómo se distribuye.

La escasa disponibilidad de recursos lleva a una limitación de la calidad de atención y a una menor resolutivead. Luis Contreras Aravena refiere que este tipo de dilemas éticos están asociados al sistema de salud.⁵⁴

Discrecionalidad en la aplicación de directrices o normas

Respecto a la discrecionalidad en la aplicación de directrices o normas, aparecen dilemas al tener que aplicar normas que están mediados por los vínculos y el conocimiento de la historia personal.

“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. Cada uno lo ve desde su punto de vista, y 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... Y a su vez uno sabe que pasa por un problema personal difícil, entonces aplicar las normas institucionales, es donde de pronto uno se pregunta cómo aplicar la norma contemplando el tema de lo humano. En este caso lo humano con un compañero de trabajo, con un profesional que forma parte del equipo. Pero por otro lado están las situaciones de los usuarios, de los pacientes, que no tienen por qué estar recibiendo una mala atención. O el resto de los compañeros, porque en este caso que no se puede comprobar ninguna cosa objetiva que sea perjudicial para la institución, pero el resto del equipo de salud, se ve afectado, y después aparecen los reclamos.”⁶⁸

En la situación mencionada aparece la influencia de los vínculos a lo interno del equipo, hacia el usuario externo y en la toma de decisiones. La gestión ética se entiende como una construcción colectiva. Como plantea Calvo “en tanto que herramienta de gestión, la responsabilidad social debe implantarse en el núcleo de la toma de decisiones de la empresa. Sólo de esta forma no limita su tarea a ser un simple medio para disimular acciones poco deseables”⁶⁹

De esta forma, la responsabilidad social debe considerar, incluir a todos los involucrados en las acciones y decisiones en la institución. Por ello, se basa en una propuesta de ética dialógica, desde la visión del todo y desde los acuerdos. Implica trabajar en lineamientos que permitan orientar modos de actuar de la institución y de esa forma, corregir conductas erróneas. Estas disposiciones construidas racionalmente conforman una guía de comportamiento que constituye “éthos empresarial” y que colabora en la consecución de los objetivos.

Cuando no hay un vacío normativo, no debería haber duda en la toma de decisiones. La gestión comprende la conciliación de intereses diferentes, la

negociación y el manejo de conflictos. Las normativas de funcionamiento y las soluciones deben estar negociadas en las opciones que da la norma. De no ser así, se generan situaciones injustas. En ese sentido, se comprende que más que un dilema ético es un problema de gestión.

Heller dice que “en el curso de las decisiones correctas y justas en la posterior revisión de las decisiones falsas y malas, y en asunción consciente de la responsabilidad sobre ellas, se modela y se perfecciona la personalidad moral.”⁷¹

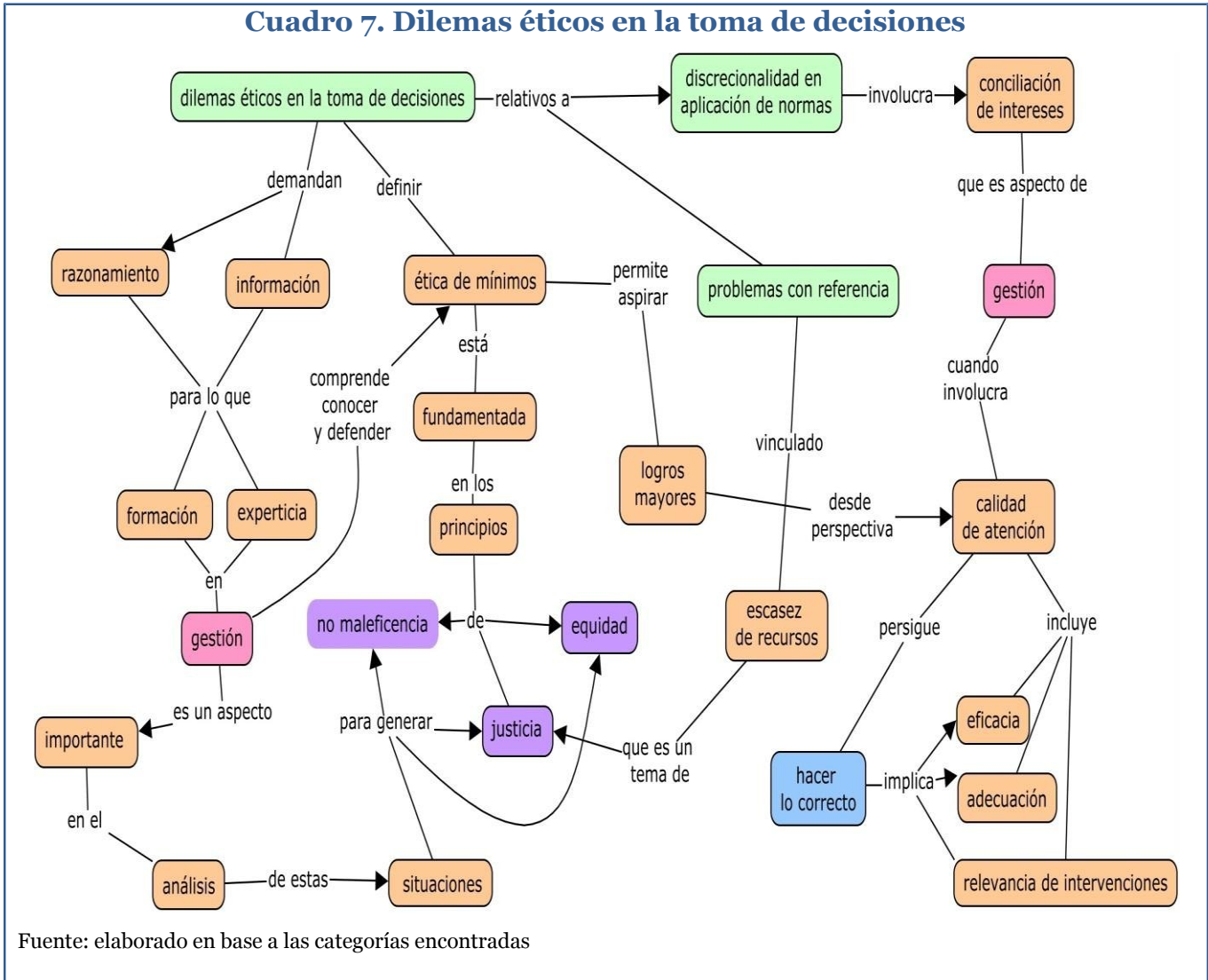
Desde el principio de justicia, si el trabajador no puede desempeñar su tarea debe presentar certificación médica o solicitar una licencia. El análisis del problema debería contribuir con el perfeccionamiento de la personalidad moral.

Una forma de analizar los problemas éticos con base en los pasos del método científico: detectado el problema, se buscan experiencias semejantes, se realiza un estudio de las circunstancias y se examinan los posibles cursos de acción.^{7, 31,}

⁴⁰ De esta manera, la toma de decisiones está justificada, las evidencias podrán informar sobre los posibles cursos de acción y las experiencias documentadas son analizadas para valorar si son utilizables en otro contexto.

Hacer lo correcto y hacerlo correctamente refiere a la calidad de la gestión y a la gestión ética. Involucra la eficacia, eficiencia, adecuación y relevancia de las intervenciones, implica la disponibilidad de recursos en relación a las necesidades del usuario, la coordinación asistencial, la seguridad del usuario ya que las intervenciones se deben brindar con el mínimo riesgo posible y el respeto y cuidado con el que se realizan las acciones.¹⁹

Cuadro 7. Dilemas éticos en la toma de decisiones



En el mapa conceptual se observa las relaciones entre los dilemas que aparecen en la toma de decisiones. Las dificultades con la referencia se configuran como el dilema ético en la toma de decisiones en equipos de dirección de servicios del PNA, que involucra gestión ética, afecta principios éticos como la beneficencia, no maleficencia y justicia y por lo tanto, la equidad.

8. Consideraciones finales

Desde este trabajo se destaca que los dilemas éticos vinculados a la gestión cotidiana por los integrantes de equipos de dirección del primer nivel de atención, aparecen vinculados al área profesional y al ámbito sociosanitario. Se relacionan con las conceptualizaciones ya que las vinculadas al área profesional se relacionan con actitudes incorrectas y las del área sociosanitaria, con las dudas o contradicciones.

Casi todos son referenciados por otros autores, sin embargo la complejidad extensiva de los problemas salud-enfermedad no aparece vinculada a otros estudios, probablemente por la conceptualización y forma de comprender el abordaje de los problemas desde el subsector público de nuestro país.

La gestión involucra la conducción de personas, por lo es importante la construcción de un mayor clima de aceptación, respeto, protección, tolerancia, diálogo, comprensión y cooperación mutua, condiciones indispensables para construir el trabajo en equipo interdisciplinario.

El abordaje integral de los procesos salud-enfermedad como refiere en forma amplia a las condiciones de vida, debe pensarse desde una concepción territorial con abordaje intersectorial, dónde se potencie la utilización de los recursos y se base en la coordinación entre instituciones, se configura como un desafío, una importante carga laboral relacionada a la complejidad extensiva y la base en la construcción de políticas de salud.

El respeto de los derechos humanos, el derecho a la vida, a la dignidad, a la libre elección involucra ser tratado con respeto y al principio de autonomía. En ese sentido, la inadecuación para el trabajo en el PNA también planteado por otros autores como falta de virtuosismo o de profesionalismo, es un indicador de fallas en la formación en valores profesionales e individuales, y es un tema que involucra a la educación y salud.

La formación en ética y valores debería ser una prioridad en todos los integrantes del equipo de salud. Reconociendo que ésta es referida como escasa o sólo vinculada al grado o posgrado, aparece como sugerencia desarrollar más

contenidos en la formación académica, de grado y posgrado, con aplicaciones prácticas sobre situaciones reales lo que puede aportar experticia en la resolución de conflictos y dilemas éticos. Transmitir y formar en valores, desarrollar actitudes y comportamientos éticos, contribuir a la construcción de una consciencia moral y generar pensamiento crítico respecto a los problemas o dilemas que pueden presentarse, es necesario para desarrollar un trabajo responsable y fundamentado en la ciencia.⁵¹

Los dilemas éticos se pueden analizar siguiendo los pasos del método científico, de forma que la toma de decisiones está fundamentada e informada por evidencias.^{7, 31, 40} Para tomar decisiones responsables en el área de salud, es necesario recorrer los pasos del método científico, basarse en la evidencia científica de manera de dar respuesta a los dilemas éticos. Es destacable que si bien las personas entrevistadas reconocen la influencia en la toma de decisiones, todos plantearon utilizar métodos para resolverlos, pero es indudable su influencia en la gestión cotidiana.

La capacitación continua en ética y resolución de conflictos éticos se encuentra fundamentada en la escasa formación que surge de las entrevistas. Dentro de la función gerencial, la formación ética es imprescindible. No solamente hay que saber, es necesario entrenar el saber hacer y fundamentalmente continuar profundizando la formación del ser.

Dentro de las recomendaciones en otras investigaciones aparecen que los gestores de servicios y programas de salud deberán reunir competencias específicas en salud pública y gestión, incluyendo las de carácter ético.⁷²

La gestión ética se entiende como una construcción colectiva que involucra el desarrollo de la mejora continua de la calidad de atención. Desde ese punto de vista, involucra el concepto de hacer lo correcto y hacerlo correctamente.^{14, 16, 17,}
²⁶ Persigue la eficiencia, adecuación y relevancia de las intervenciones, implica la disponibilidad de recursos en relación a las necesidades del usuario, que involucran el principio de justicia. La coordinación y continuidad asistencial, la seguridad del usuario y establecer relaciones empáticas también forman parte de la gestión ética, promueven el principio de autonomía, de beneficencia y no maleficencia.¹⁹

Establecer una ética de mínimos puede contribuir a establecer una línea de base, que implica definir el mínimo aceptable. En el otro extremo, la excelencia se acerca al concepto de mejora continua de la calidad de atención.

La dificultad en la referencia aparece como el dilema ético vinculado a la toma de decisiones en los equipos de dirección de los servicios del PNA. Involucra el principio de justicia y como dice Molina Restrepo, incluye el principio de protección.⁷² Se generan situaciones que son realmente disyuntivas y que no pueden resolverse solo desde la mesogestión. Implica decisiones políticas vinculadas a la formación y distribución de recursos humanos, regular la competencia entre los subsectores de salud y normatizar la distribución. El Estado como garante de los derechos de usuarios debe asegurar la accesibilidad con justicia, garantizar la provisión de recursos y servicios y la distribución de los mismos con igualdad entre todos los habitantes. Y disminuir la carga que recae en los gestores de servicios públicos, que aún cuando han visto aumentado las asignaciones presupuestales, también están en desventaja respecto al subsector privado en una competencia que reduce las opciones de las personas que se atienden en los servicios públicos.

Otros estudios necesitan ser realizados a los efectos de profundizar en la evidencia de los dilemas encontrados y las dificultades que enfrentan este grupo de profesionales que enfrentan la tarea de la gestión en los servicios de PNA.

Los dilemas éticos en la gestión en salud del PNA es un tema que presenta escasa bibliografía, configura todo un campo de estudio poco explorado y cómo se ha planteado la ética como disciplina filosófica puede instrumentar conceptualmente en relación a describir, explicar y analizar la realidad de forma científica y producir conocimiento.

Las ventajas del abordaje cualitativo en este tipo de trabajos posibilitan trabajar desde los significados de las acciones y relaciones humanas, con el fin de mejorar la comprensión y explicar la dinámica de las relaciones sociales.⁴⁵ Con esta metodología se pudieron examinar expresiones, interpretaciones y significados desde la perspectiva de los entrevistados. A través del lenguaje se comprende la realidad construida, las relaciones y vínculos, los significados y

acciones; encontrar aspectos que deben ser más estudiados y los que tienen que ser modificados, comprender la esencia de los dilemas en la gestión del PNA.

Edmundo Granda dice que “posiblemente, uno de los cometidos éticos más importantes en el campo específico de la salud radica en el retorno a una filosofía y a una práctica que entregue mayor importancia y peso a la salud y a la vida”.⁷³

9. Referencias bibliográficas

1. Parada M. Metodología cualitativa en investigación científica. En: Bobenrieth M. Cómo investigar con éxito en ciencias de salud. Andalucía: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2012. p. 340-66.
2. Rotondo MT. Introducción a La bioética. Revista Uruguaya Cardiología (Uruguay) 2017; 32: 240-248 <http://dx.doi.org/10.29277/RUC/32.3.4>
3. Altisent Trota R, Delgado Marroquín MT, Jolín Garijo L, Martín Espíldora MN, Ruiz Moral R, Simón Lorda P, et al. Sobre bioética y medicina de familia (1). Atención Primaria [Internet] 1999; 24(10): 553-624. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-sobre-bioetica-medicina-familia-i--13430> [consulta: 12 feb 2017].
4. Sistema Integrado de Salud. Ley 18211 de 5 de diciembre de 2007. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1416349.htm> [consulta: 12 mar 2017].
5. Etchebarne L. Temas de medicina preventiva y social. 3era. ed. Montevideo: FEFMUR; 2001
6. Organización Panamericana de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación.: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. [Internet]. 2008. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/ [consulta: 13 jun 2019].
7. Altisent R. Justificar la bioética en el contexto de la medicina de familia. En: 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). [Internet]. 2000. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/45336950_Sobre_bioetica_y_medicina_de_familia_IV [consulta: 6 feb 2018].
8. Potter VR. Bioética puente, bioética global y bioética profunda. Cuadernos del Programa Regional de Bioética (Santiago de Chile) 1998; (7): 21-5.
9. Balderas M. Administración de los servicios de enfermería. 3º Ed. México. Nueva Editorial Interamericana; 1998.
10. Ortiz Zapata AC. Gestión del cuidado en enfermería. Investigación y educación en enfermería [Internet] 2000; 18(1):93 -102. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218294007> [consulta: 6 feb 2018].
11. Marriner A. Guía de gestión y dirección de enfermería. 8a. ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
12. Salvadores P, Sánchez F, Jiménez R. Manual de administración de los servicios de enfermería. Barcelona: Editorial Ariel; 2002.
13. Tobar F. Modelos de gestión en salud. [Internet]. 2002. Disponible en: https://www.academia.edu/7023762/MODELOS_DE_GESTION_EN_SALUD_TOBAR [consulta: 10 jul 2018]

14. Jiménez J. Manual de gestión para jefes de servicios clínicos. 2da. Ed. Madrid: Díaz de Santos; 2000.
15. Villar H. Gestión de servicios de salud. Montevideo: Zona Editorial; 2012.
16. Ivancevich JM, Lorenzi P, Skinner J, Crosby P. Gestión, calidad y competitividad. Madrid: Doyma; 1996.
17. Montero R, Suazo M, Reynoso F. Bioética y gestión de los servicios de salud. Santo Domingo: Instituto Tecnológico; 2003.
18. Barrenechea C, Menoni T, Lacava E, Monge A, Acosta C, Crosa S, Gabrielzyk I, Carrillo R. Actualización en salud comunitaria y familiar: herramientas metodológicas para el trabajo en el primer nivel de atención. Comisión Sectorial de Educación Permanente. Universidad de la República. Montevideo. 2009. p 37 – 42
19. Lemus J, Aragiúes y Oroz V, Lucioni MC, et al. Administración hospitalaria y de organizaciones de atención de la salud. Rosario, Argentina. Editorial Corpus. 2009. p 291 - 304
20. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva) Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. Dic 2013. [consulta: 12 feb 2019]; 31(Suppl 1): 13-27. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO120-386X2013000400002&lng=en
21. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Serie La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Nº 1. Washington DC: OPS. [internet] 2008. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf [consulta: 11 abr 2017].
22. 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].
23. Maliandi, R. Ética, conceptos y problemas. 3a ed. Buenos Aires: Biblos; 2004. p 17-21.
24. Sánchez-Caro J. Calidad y bioética en las organizaciones sanitarias. En: Cabo Salvador J. Gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias. Madrid: Díaz de Santos; 2014. Madrid: Díaz de Santos; 2014. p. 409- 416.
25. Cabo Salvador J, Bellmont Lerma MA. Sistemas sanitarios y reformas sanitarias. Enfoque hacia la calidad. En: Cabo Salvador J. Gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias. Madrid: Díaz de Santos; 2014. p. 10
26. 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: 6 abr 2018]
27. 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=SO718-92732010000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en [consulta: 15 jun 2017].
28. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. [Internet]. 2018. Dilema. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=DmQvDQm> [consulta: 2 feb 2017].
29. Glosario de términos filosóficos. [Internet]. 2018. Dilema. Disponible en: <http://www.webdianoia.com/glosario/display.phpaction=view&id=87&from=action=search> [consulta: 2 feb 2017].

30. Garzón N. Toma de decisiones éticas. En: Peña B. *Ética y bioética*. [Internet]. 2002. Disponible en: [http://www.bdigital.unal.edu.co/783/2/263 - 1 Prel_1.pdf](http://www.bdigital.unal.edu.co/783/2/263_-_1_Prel_1.pdf) [consulta: 2 feb 2017].
31. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. [Internet]. 2018. Problema. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=DmQvDQm> [consulta: 2 feb 2017].
32. 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: 13 feb 2017].
33. Benítez Hernández I. *Ética de la investigación científico-médica desde la perspectiva de la atención primaria de salud*, Rev. Cubana Salud Pública [Internet] 2008; 34(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-34662008000300012&lng=es [consulta: 26 mar 2019].
34. Altisent R. Justificar la bioética en el contexto de la medicina de familia. En: 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 2018].
35. Varas Travella D, Vidal Díaz C. *Dilemas éticos de enfermería presentes en la atención primaria de salud: en la relación enfermera-cliente*. [Tesis de grado]. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales; 2008.
36. 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://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n\(5-6\)p570.pdf](http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n(5-6)p570.pdf) [consulta: 14 abr 2018]. P 570-583
37. Vega 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: 8 jun 2017]
38. Monteiro MAA, Barbosa RCM, Barroso MGT, Vieira NFC, Pinheiro AKB. Dilemas éticos vivenciados por enfermeros y presentados en publicaciones en enfermería. Rev. Latino Am Enfermagem [Internet] 2008; 16(6):1054-9. Disponible en: www.scielo.br/scielo.php?pid=So104-1692008000600019&script=sci_abstract&tlng=es [consulta: 12 ago 2017]
39. Schramm, F, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cad. Saúde Pública (Rio de Janeiro) [Internet] 2001; 17(4):949-56. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=So102-311X2001000400029&script=sci_abstract&tlng=es [consulta: 22 jul 2017]
40. 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: 20 jul 2017]
41. Morata García de la Puerta IJ. Análisis de los dilemas éticos en Atención Primaria. Medicina de Familia (And) [Internet] 2000; 1: 89-93. Disponible en: <https://www.samfyc.es/pdf/GdTbio/201031.pdf> [consulta: 16 abr 2018]
42. Rotondo MT. *Relaciones profesionales: conflictos de intereses*. Rev. Med Urug [Internet] 2006; 22:88-9. Disponible en: www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v22n2/v22n2a04.pdf [consulta: 12 feb 2017]

43. Olivera M. Como fazer pesquisa qualitativa. Río de Janeiro: Editora Vozes; 2004.
44. Souza M de, Ferreira S, Cruz O. Investigación social: teoría método y creatividad. Buenos Aires: Lugar; 2003.
45. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. El inicio del proceso cualitativo: planteamiento del problema, revisión de la literatura, surgimiento de las hipótesis e inmersión en el campo. En su: Metodología de la investigación. 6a ed. México: Interamericana; 2014. p. 356-81
46. Martínez M. La investigación cualitativa. Revista Investigación en Psicología (Perú) [Internet] 2006; 9(1): 123 – 46. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Investigacion_Psicologia/v09_n1/pdf/a09v9_n1.pdf [consulta: 04 feb 2018]
47. Schettini P, Cortazzo I. Análisis de datos cualitativos en la investigación social. [Internet]. 2015. Disponible en: https://eva.udelar.edu.uy/pluginfile.php/1029065/mod_resource/content/1/an%C3%A1lisis.pdf [consulta: 25 ago 2017]
48. González Ávila M. Aspectos éticos de la investigación cualitativa. Revista Iberoamericana de Educación [Internet] 2002; 29:85-103. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/800/80002905.pdf> [consulta: 11 may 2017].
49. Tello C, Gutiérrez N, Pérez C. Métodos y técnicas de análisis cualitativo. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2009.
50. León Correa F. Enseñar bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores. Acta bioethica. [Internet] 2008; 14(1): 11-18. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2008000100002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2008000100002>. [citado 12 abr 2019]
51. Pacientes y usuarios de los servicios de salud. Ley 18335 de 15 de agosto de 2008. [Internet]. Uruguay Disponible en: <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/busqueda-documentos?=&Searchtext=18335&Chkleyes=1> [consulta: 27 may 2017].
52. Delitos contra la inviolabilidad del secreto. Ley 9155 de 4 de diciembre de 1933. Modificación Ley 15903 de 10 de noviembre de 1987. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/codigo-penal/9155-1933/302> [consulta: 27 may 2017]
53. Conteras Aravena L. Problemas ético clínicos en la atención primaria del centro de salud familiar de Paine. Acta Bioethica [Internet] 2017; 23 (1): 25-34. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2017000100025 [consulta: 22 may 2019]
54. Rodríguez Arce MA. Relación médico-paciente. [Internet]. 2008. Disponible en: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/Relacion_medico-paciente.pdf [consulta: 14 abr 2019]
55. Altisent R, Espíldora, MN; Serrat D. Ética y medicina de familia. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica .4ª. ed. Harcourt Brace. Barcelona: 1999; 183-192.
56. García Marzá D. La apuesta ética de las organizaciones sanitarias. Barcelona: Universidad Jaume I; 2005.
57. Vázquez ML, Vargas I, Mogollón A, Ferreira MR, Unger JP, De Paepe P. (edit) Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil. Un estudio de casos. Bogotá: Universidad del Rosario; 2018. p 22-26.

58. Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2006 [consulta: 13 jun 2019]; 20 (6): 485-495. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So213-9112006000600012&lng=es.
59. Montero R, Suazo M, Reynoso F. *Bioética y gestión de los servicios de salud*. Santo Domingo: Instituto Tecnológico; 2003.
60. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de Salud. *Atención primaria de salud y desarrollo de recursos humanos*. Madrid; 2003.
61. Rivero Weber P. Apología de la inmoralidad. En: Rivero Serrano O, Paredes Sierra R. *Ética en el ejercicio de la medicina*. México: Panamericana; 2006. p. 4-5.
62. Presidencia de la República. *Inversión en ASSE creció en una década 170 % con énfasis en condiciones laborales*. [internet] Disponible en: <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/salud-asse-rendicion-cuentas-inversion-gasto-150> [consulta: 22 may 2019]
63. Molina Restrepo ME. La ética en el arte de cuidar. *Invest. Educ. Enferm.* [Internet] 2002; 20(2): 118-30. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10495/5023> [consulta 9 may 2017].
64. Garzón N. Toma de decisiones éticas. En: Peña B. *Ética y bioética*. [Internet]. 2002. Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/783/2/263_-_1_Prel_1.pdf [consulta: 2 feb 2017].
65. Garrafa V, Manchola C. Bioética y asimetría (negativa) de poder: explotación, desigualdad y derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO* [internet] Año 7, Vol. 1, No. 13. 2016; p 66-74. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/pdf/RevistaBioetica13.pdf> [consulta: 11 may 2019].
66. Cortina A. *Ética mínima: introducción a la filosofía*. 15ª. Ed. Madrid: Tecnos; 2010.
67. Fuentes Mora S. *La ética profesional frente a la ética general*. México: Thomson; 2006. P 1 -8.
68. Calvo P. *Ética empresarial, responsabilidad social y bienes comunicativos*. Tópicos (México) [Internet] 2014; 47:199-232. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So188-66492014000200008&lng=es&nrm=iso [consulta: 26 may 2019].
69. Heller A. *Por una filosofía radical*. Barcelona: Ediciones; 2001. p. 203- 206.
70. Molina Restrepo, ME. La ética en el ejercicio de la nutricionista-dietista. *Investigación y educación en Enfermería* [internet]. 2004; XXII (2): 138-149. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105216892012.pdf>
71. Gabrielzyk, I. *La capacidad científico-técnica en los equipos de salud del primer nivel de atención. ¿Cambios imposibles?* [Tesis de maestría]. Montevideo: Universidad de la República; 2015
72. Granda Ugalde E. El sujeto, la ética y la salud. En su: *La salud y la vida*. [Internet]. 2009. p. 97-109. Disponible en: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=comunicacion-social&alias=232-edmundo-granda-ugalde-la-salud-y-la-vida-vol-1&Itemid=599 [consulta: 26 may 2019]

11. Apéndices

Apéndice N° 1 Autorización del servicio para realizar la investigación

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.

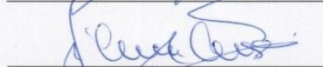
Si se considera de interés, se podría coordinar una reunión para seleccionar los servicios.

Esperando una pronta y favorable respuesta, saludan atte:

Lic. Enf Ana Arada

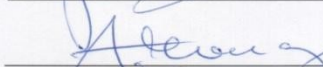


Lic. Enf. Silvia Crosa

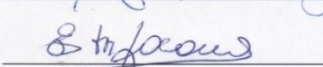


Silvia I. Crosa Barca
Licenciada en Enfermería

Lic. Enf. América Monge



Lic. Enf. Esther Lacava



*16/4/13. Con el visto bueno a lo solicitado. Pae a Lic. Esther Lacava, afa.
deciendo a las licenciadas por elegir nuestro UO para realizar tan delicada
investigación*


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

Apéndice N° 2

Guía de la entrevista “Dilemas éticos en equipos de dirección del primer nivel de atención” 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 _____; Lic. Enf. _____; Nutricionista _____; Lic. En Trabajo 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 o problemas éticos?

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

¿Cómo ha solucionado esos dilemas 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 dilemas?

¿Se le plantean algunos dilemas 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? *3

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

Apéndice N° 3

Presentación y consentimiento informado:

Le estamos invitando a participar en: **Dilemas éticos que se le presentan a los profesionales de equipos de salud del primer nivel de atención.** 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.....