

Estrategia para la identificación de valores morales en un grupo de médicos especialistas

Diana Fernanda Sandoval Cerón

Fernando Vallejos Rojas

Universidad del Valle

Facultad de Salud

Escuela de Salud Pública

Maestría en Administración en Salud

Cali 2017

Estrategia para la identificación de valores morales en un grupo de médicos especialistas

Diana Fernanda Sandoval Cerón

Fernando Vallejos Rojas

Proyecto de investigación para optar al título de Magíster en Administración de Salud

Director

Floro Hermes Gómez Pineda

Universidad del Valle

Escuela de Salud Pública

Maestría en Administración en Salud

Cali 2017

Contenido

Título	9
Resumen.....	10
0. INTRODUCCIÓN.....	11
1. Planteamiento del problema	12
1.1 <i>Determinación del problema</i>	<i>12</i>
1.2 <i>Formulación del problema</i>	<i>14</i>
1.3 <i>Formulación de la pregunta.....</i>	<i>19</i>
1.4 <i>Justificación.....</i>	<i>19</i>
2. Estado del arte	22
2.1 <i>Estudios sobre los valores médicos</i>	<i>23</i>
2.2 <i>La vinculación entre valores médicos y lo económico</i>	<i>24</i>
2.3 <i>Estudio de valores y sus métodos</i>	<i>26</i>
2.4 <i>¿Por qué vale nuestra investigación?</i>	<i>29</i>
3. Marco teórico	31
3.1 <i>Vínculo entre economía y ética</i>	<i>31</i>
3.2 <i>Relación entre economía, ética y medicina</i>	<i>38</i>
3.3 <i>Ética y gestión del recurso humano en salud</i>	<i>41</i>
3.4 <i>Fenomenología.....</i>	<i>44</i>
3.5 <i>Axiología</i>	<i>47</i>
3.6 <i>El Valor</i>	<i>50</i>
3.7 <i>Valor moral</i>	<i>53</i>
3.8 <i>Ética</i>	<i>54</i>
3.9 <i>Moral.....</i>	<i>55</i>
3.10 <i>Ética Hipocrática</i>	<i>56</i>
3.11 <i>Expresión fenomenológica de valores médicos.....</i>	<i>58</i>
a) <i>Práctica médica moderna.....</i>	<i>58</i>
b) <i>Principios de la ética médica clínica.....</i>	<i>62</i>

c) Valores organizacionales del prestador de servicios dentro del cual se realiza esta investigación.....	65
4. Supuesto.....	67
5. Objetivos.....	68
a. Objetivo general	68
b. Objetivos específicos.....	68
6. Metodología.....	69
6.1 Diseño de la investigación.....	69
6.2 Tipo de estudio	71
6.3 Área de estudio.....	75
6.4 Población y muestra	76
6.5 Criterios de inclusión	76
6.6 Recolección de información	77
6.7 Etapas de la recolección de información	78
6.8 Plan de análisis	80
6.9 Consideraciones éticas.....	81
7 Resultados	84
7.1 Contexto	84
7.2 Transcripción de oraciones o frases	88
7.3 Selección de Verbatim.....	94
7.4 Verbatim más significativos	99
7.5. Análisis de significados de los Verbatim.....	105
7.6 Verbatim y grupos de valores.....	108
7.7 Validación de conclusiones	111
El contexto.....	111
La Cosificación.....	114
Impersonalización	118
El fetichismo del hospital	126
Cuerpo médico sin valores médicos	129
8. Conclusiones.....	131

9. Bibliografía.....	140
-----------------------------	------------

10. Anexos.....	145
------------------------	------------

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Escuelas de Pensamiento Fenomenológico	46
Tabla 2. Corrientes de la teoría General de los Valores.....	48
Cont. tabla 3. Corrientes de la teoría General de los Valores	49
Tabla 4. Valores y Principios Institucionales del Hospital Susana López de Valencia E.S.E.	65
Tabla 5. Conglomerados de los Verbatim	1089

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Estructura teórica del sistema económico.....	33
Ilustración 2 Relación entre economía, ética y medicina	38

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Documento consentimiento informado	145
Anexo 2 Preguntas para desarrollar por el investigador sobre la participación de sujetos humanos en investigación	149
Anexo 3 Instrumento de Recolección de Información	152
Anexo 4 Aval de la escuela para asignación de director de investigación	154
Anexo 5 Carta de autorización de la empresa.....	155
Anexo 6 Hoja de Vida de los Investigadores.....	156
Anexo 7 Carta de respaldo del director del proyecto.....	157
Anexo 8 Carta de aval del Comité Institucional de la Escuela de Salud Publica	158
Anexo 9 Acta de Propiedad intelectual de titularidad de derechos	159

Título

Estrategia para la identificación de valores morales en un grupo de médicos especialistas

Resumen

La administración por valores, es una estrategia de excelentes resultados cuando se tiene en cuenta la forma de pensar y actuar de los participantes de un sitio laboral. La estrategia para la identificación de valores morales en un grupo de especialistas mediante la aplicación de principios fenomenológicos y axiológicos, permitió develar el real sentir y actuar de los especialistas participantes. Se logra la realización de un proceso para descubrir un posible valor a partir de enunciados, que puede ser utilizado como estrategia empresarial en la definición de valores organizacionales. Se trató de un estudio cualitativo de enfoque fenomenológico que hace una averiguación axiológica, dado que los valores son fenómenos portadores de propiedades con significación positiva o negativa. Se llevó a cabo en el bloque quirúrgico de una institución de mediana complejidad en Popayán, Cauca, Colombia con la aplicación de un cuestionario que fue diseñado y aprobado tomando como referencia el validado cuestionario de valores de alumnos (CVA), el cual fue adaptado para el contexto del presente estudio y grabaciones magnetofónicas extensas para extracción de verbatim usando la técnica de Sara Ryan. Los resultados obtenidos, mostraron que priman los disvalores y gracias a la complementación con el cuestionario permitió apreciar el fenómeno en su esplendor. Se querían averiguar los valores organizacionales partiendo del supuesto, que había unos valores médicos. De pronto, surgió un cuerpo médico sin valores médicos. Si el cuerpo médico, que es el que hace los actos médicos no tiene valores médicos, no tiene sentido averiguar los valores organizacionales.

Palabras clave: Valores morales, verbatim.

0. INTRODUCCIÓN

Si se inquiera por valores morales, como es el caso de este estudio, la literatura recomienda para su identificación y análisis la realización de estudios cualitativos fenomenológico, dado que los valores son fenómenos portadores de propiedades con significación positiva o negativa. Sin embargo, en las Ciencias de la Salud a pesar de su relativo incremento se observan discretos progresos en los estudios axiológicos (Prieto, 2001), se puede conocer si un individuo es portador o no de determinado valor o disvalor a través de su actividad externa, ya sea esta física o verbal, pero para llegar a conocer la verdadera calidad moral de un individuo es necesario observarlo y valorarlo en reiteradas ocasiones, estos valores varían significativamente según el contexto en el cual se desenvuelve el sujeto, por lo cual es indispensable tener en cuenta las variables que se trabajan en relación a los valores según la literatura como: edad, sexo, nivel educativo, nivel socioeconómico, tipos de estudios, entre otras, que resultan en diferencias significativas en los valores en función a estas variables.

1. Planteamiento del problema

1.1 Determinación del problema

Diego-Bautista (2012) señala que «las sociedades contemporáneas se caracterizan por una crisis de valores¹ [que] en 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la reconoció como un problema de salud pública cuya naturaleza es compleja porque integra diversos factores: biológicos, sociales, económicos, políticos y familiares», (Diego Bautista, 2012). Situación de salud pública que (como es razonable) también debemos padecer los colombianos en cuanto somos una de las tantas sociedades contemporáneas.

Este planteamiento de la OMS, debe adicionarse con lo expresado algunos años antes por Cardona-Sánchez (2000) quien, desde una mirada universal, precisa que «reflexionar sobre los valores es..., en la actualidad,... es un tema de profunda preocupación, ya que en los próximos 50 años se convertirá, sin duda alguna, en una cuestión de supervivencia para la raza humana»,

¹ Diego-Bautista, Oscar (2012). La superación de la crisis de valores y violencia en la sociedad contemporánea. *Espacios Públicos*. 15(33): 96-108: «En el mundo, distintos intelectuales de prestigio internacional como Jürgen Habermas (Alemania), Zygmund Bauman (Polonia), Alasdair MacIntyre (Reino Unido), Giovanni Sartori (Italia), Hans Küng (Suiza), Amartya Sen (India), George Steiner (Francia) o Noam Chomsky (EE. UU.) coinciden con la afirmación de que las sociedades contemporáneas viven sumergidas en una crisis de valores».

categoría biológica decimonónica: «raza humana»,² de la cual somos parte en cuanto pertenecemos a la subespecie *Homo sapiens sapiens*, y asunto, que por ser cuestión de supervivencia, plantea ir más allá de la Salud Pública, y sugiere ser un problema bioético en cuanto que la Bioética desde sus comienzos en Potter (1971) es reconocida como una ciencia de la supervivencia,³ que para ser resuelto requiere, según él mismo, «acciones que estén basadas en valores y en hechos biológicos» (Cardona Sánchez, 2000).

Esta cuestión de supervivencia, que significa el reflexionar sobre valores y que requiere de acciones basadas en hechos biológicos, ha sido el medio que ha rodeado la pugna de los economistas contra los políticos y los médicos, lucha caracterizada, según Ortiz-Pommier (2009), porque «los economistas acusaron a los políticos y a los médicos de irresponsabilidad en la gestión de los recursos sanitarios [la cual] desencadenó, a escala mundial, un intenso proceso de revisión de la autonomía y regulación de la profesión médica y sus relaciones con la sociedad y el Estado [convirtiendo] la medicina en una mercancía y [poniendo] en peligro sus valores éticos sustanciales», que para el caso de Occidente (del cual los latinoamericanos nos decimos ser parte integrante) no son otros que los milenarios principios hipocráticos (Ortiz Pommier, 2009), llegados a nosotros desde Europa a través de la Conquista española.

² La idea de raza en Cardona-Sánchez corresponde a una utilizada a finales del siglo XIX, la cual hace alusión a la idea de una categoría taxonómica equivalente al concepto de subespecie, eliminado en 1905 por el *Congreso Internacional de Botánica*, pero mantenido en el uso corriente de la lengua.

³ Potter, van Rensselaer (1971). *Bioethics, Bridge to the Future*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. Pp. VII-VIII: señala que uno de los problemas que involucran a la Bioética es «la supervivencia del ecosistema global».

En sentido análogo a lo expresado por Ortiz-Pommier, Patiño (2013) ha señalado que en Colombia «la nefasta Ley 100 de diciembre 23 de 1993...,⁴ atropella... los valores fundamentales de la medicina y de la atención de la salud»; ¿en que fundamenta esta aseveración? Basa esta aseveración en que, a su juicio, (2005) «como resultado de la implementación de la Ley 100,... el concepto del rendimiento industrial ha aplastado la milenaria moral hipocrática. La ética médica, cuyo objetivo es el bien social, ha sido reemplazada por una controvertible y no bien definida “ética corporativa”, donde el costo-beneficio en términos de rendimiento financiero es el objetivo principal» (Patiño J. F., 2005) y (Patiño J. F., 2013).

1.2 Formulación del problema

En este contexto, calificado por Patiño como «atropello» a los valores fundamentales de la medicina como consecuencia de la implantación en Colombia del modelo norteamericano de la medicina administrada (managed care),⁵ el propio Patiño (2004) hace referencia al hecho (del

⁴ Patiño, José Félix (2009). La medicina administrada en Colombia: El Sistema General de Seguridad Social colombiano. *Primer Congreso Internacional sobre Medicina y Salud. Hacia una cobertura universal en salud*. México: Universidad Nacional Autónoma de México/Organización Panamericana de la Salud/Seminario de Medicina y Salud. P. 265: «Ley 100 de diciembre 23 de 1993... creó el modelo de “medicina administrada”, en muchos aspectos similar al *managed care* norteamericano».

⁵ Durán Arenas, Luis (2009). Financiamiento y organización de los servicios de salud: una visión para el sistema de salud en México. *Primer Congreso Internacional sobre Medicina y Salud. Hacia una cobertura universal en salud*.

cual quienes trabajamos en salud somos testigos) de cómo «en forma cada día más pronunciada, [unos] perversos incentivos financieros, [una] feroz competencia comercial y [la] erosión de la relación médico-paciente atentan contra los valores que constituyen el profesionalismo médico» (Patiño J. F., 2004), que —como lo explica Kottow (2015) en otros términos- es un modelo que «amalgama medicina y economía,... el médico es funcionario de la institución [y] el paciente es su cliente» (Kottow, 2015), toda vez que, como escriben Brain & Cabrera (1999), la medicina administrada debe ser «entendida no como un servicio, sino como un negocio» (Brain Calderón & Sánchez Cabrera, 1999).

En armonía con estos atentados (de acuerdo con la terminología empleada por Patiño) contra los valores médicos tradicionales, existe evidencia sensible⁶ que, dentro de la gestión de los servicios de la atención de salud, en Colombia se vivencia una crisis de valores morales, tal como puede constatarse en distintas expresiones noticiosas a través de diferentes y diversos

Óp. Cit. P. 417: «Por medicina administrada se entiende a una variedad de técnicas para influir en la conducta clínica de los prestadores de servicios de salud y/o los pacientes, con frecuencia mediante la integración del pago y la entrega de servicios de salud. El objetivo principal de la medicina administrada es controlar el costo, la calidad, o el acceso a servicios de atención a la salud en una población específica de afiliados».

⁶ La **evidencia sensible** es uno de los modos de evidencia y hace referencia a aquel conocimiento, que aparece intuitivamente, de una manera tal que es posible afirmar la validez de su contenido con certeza, sin dar lugar a la duda; es decir, se refiere a hechos concretos o a objetos singulares presentes de modo inmediato a nuestra conciencia sensible (sentido común), a nuestra «visión material». En otras palabras, tiene que ver con nuestros sentidos: audición, gusto, olfato, tacto y vista, aunque, bien es sabido, la evidencia sensible hace especial referencia al tacto como sentido de lo cercano y a la vista como sentido de lo lejano.

medios masivos de comunicación nacionales: radio contando la noticia, televisión mostrándola, prensa comentándola e internet presentando las alternativas de interpretación no oficiales.⁷

Esta clase de noticias en medios masivos de comunicación nacionales, también pueden encontrarse más allá de nuestras fronteras a nivel regional o subcontinental (andino e

⁷ Botero, Laura Victoria & Colorado Ch. Paula (2 de julio de 2012). La crisis hospitalaria es una constante amenaza de muerte. *El Colombiano*. Consultado: 10/AGO/2013. Recuperado de: http://www.elcolombiano.com/la_crisis_hospitalaria_es_una_constante_amenaza_de_muerte-MVEC_188499 Gómez-Pineda, Floro Hermes (23 de febrero de 2013). La hecatombe de nuestra salud: un problema bioético. *El Pueblo*. Consultado: 10/AGO/2013. Recuperado de: <http://elpueblo.com.co/la-hecatombe-de-nuestra-salud-un-problema-bioetico/> Hernández Álvarez, Mario (16 de abril de 2012). Crisis hospitalaria en Bogotá: Razones de fondo. *Razón pública.com*. Consultado: 10/AGO/2013. Recuperado de: <http://www.razonpublica.com/index.php/regiones-temas-31/2890-crisis-hospitalaria-en-bogota-razones-de-fondo.html> Martínez, Félix (abril de 2013). La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional? *Fedesalud.org*. Consultado: 15/SEP/ 2013. Recuperado de: http://www.fedesalud.org/documentos/EstudiosFD_15_Crisis-seguridad-social-salud-Colombia.pdf Vélez, Marcela (12 de diciembre de 2011). Crisis de Red Hospitalaria afecta la salud y prácticas académicas. *Metrosalud*. Consultado: 10/AGO/2013. Recuperado de: <http://www.metrosalud.gov.co/inter/joomla/index.php/noticias/109-crisis-de-red-publica-hospitalaria-afecta-la-salud-y-practicas-academicas> El Espectador (22 de agosto de 2013). Crisis en la salud: Secretarios de Salud le piden a Santos el manejo del Régimen Subsidiado. *El Espectador*. Consultado: 15/SEP/ 2013. Recuperado de: <http://www.elespectador.com/noticias/salud/secretarios-de-salud-le-piden-santos-el-manejo-del-regi-articulo-441748> Portafolio (6 de diciembre de 2012). Congreso aprueba \$2,5 billones para salvar red hospitalaria. La determinación incluye 500 mil millones para comprar cartera de EPS del subsidiado, de varios años atrás. *Portafolio*. Consulta: 15/SEP/2013. Recuperado de: <http://www.portafolio.co/economia/crisis-la-salud-colombia> Redacción del (Marzo 10 de 2012). La crisis financiera asfixia a los hospitales del Valle del Cauca. *El País*. Disponible en: <http://www.elpais.com.co/elpais/cali/noticias/crisis-asfixia-hospitales-del-valle> Consulta: 22 /SEP/2013. *El Universal*. Crisis hospitalaria en Colombia. 22 de junio de 2014. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.co/temas/crisis-hospitalaria-en-colombia> Consulta 1/JUL/2014. Prensa PCC. ¿Por qué la crisis hospitalaria en Colombia? Abril 12 de 2011. *Nelson Lobana Silva*. Disponible en: <https://nelsonlobana.wordpress.com/2011/04/12/%C2%BFpor-que-la-crisis-hospitalaria-en-colombia> Consulta: 22 /SEP/2013. *Página10.com*. La crisis hospitalaria en Colombia. 22 de noviembre de 2012. . Javier Augusto Villota Esparza. Disponible en: http://pagina10.com/index.php/opinion/item/130-la-crisis-hospitalaria-en-colombia#.VhL5vOx_Okp Consulta: 5/OCT/2013.

hispanoamericano)⁸, como en un plano superior continental o hemisférico⁹ y más aún, en el ámbito mundial o global,¹⁰ situaciones todas estas que desembocan en la «llamada “medicina defensiva”» la cual «hace gastar al paciente en exámenes y estudios de gabinete innecesarios [que] en ocasiones someten al enfermo a estudios que conllevan riesgo... como una respuesta al miedo del médico de ser demandado... impuest[a] por alguno de los mecanismos de la medicina administrada» (Rivero-Serrano & Durante-Montiel, 2008).

⁸ Sindicato médico del Uruguay. Sociedad y profesión médica aportes para reformular la relación. La profesión médica. Leonel Briozzo. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/33/63> El tiempo Clínicas y hospitales venezolanos, en crisis por falta de dinero. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/mundo/latinoamerica/crisis-en-venezuela-clinicas-y-hospitales-sin-insumos-/14398015> Agosto de 2014. Consulta: 30/AGT/2014. Fundación Santa Fe de Bogotá. Reflexiones sobre la gestión hospitalaria Autonomía – Eficiencia Calidad (Seguridad) - Calidez. Juan Pablo Uribe. Junio de 2013. Disponible en: <http://www.parsalud.gob.pe/phocadownload/plan/plan41.pdf> Consulta: 15/SEP/2013. La Tercera. Van Rysselberghe pide al gobierno medidas urgentes para solucionar crisis hospitalaria. R. Alvarez. Agosto de 2014. Disponible en: <http://www.latercera.com/noticia/politica/2014/08/674-593242-9-van-rysselberghe-pide-al-gobierno-medidas-urgentes-para-solucionar-crisis.shtml> Consulta: 30/AGT/2014. TN Argentina. Crisis Hospitalaria. Agosto de 2012. Disponible en: <http://tn.com.ar/tags/crisis-hospitalaria>. Consulta: 15/SEP/2013.

⁹ Friedrich Ebert Stiftung Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América Latina CARLOS EDUARDO CASTRO HOYOS Julio de 2012. Disponible en: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/kolumbien/09229.pdf> Consulta: 12/OCT/2014. La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. 2001. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16611s/s16611s.pdf> Consulta: 12/OCT/2014.

¹⁰ América Latina en movimiento. <I>Médicos haraganes</I>, crisis hospitalaria en Guatemala - See more at: <http://www.alainet.org/es/active/61799#sthash.4ZVMLqYM.dpuf>. Ileana Alaminal. Febrero de 2013. Disponible en: <http://www.alainet.org/es/active/61799> Consulta: 30/OCT/2014. Noticieros Televisa. Crisis Hospitalaria. Fátima Monterrosa. Abril de 2013. Disponible en: <http://noticierostelevisa.esmas.com/especiales/586015/crisis-hospitalaria> Consulta: 5/NOV/2014. Redacción Médica. Fernando Lamata. Es preciso defender el Sistema Nacional de Salud y sus valores. Septiembre de 2014. Disponible en <http://www.redaccionmedica.com/opinion/es-preciso-defender-el-sistema-nacional-de-salud-y-sus-valores-5493>. Consulta: 12/OCT/2014. Médicos y pacientes. com. Consejo General de colegios oficiales de médicos. Ante la crisis económica, de valores y gobierno en el SNS, los médicos se comprometen a rescatar a los más débiles, los pacientes. Octubre de 2011. Disponible en: http://historico.medicosypacientes.com/colegios/2011/10/11_10_31_asamblea Consulta: 6/NOV/2014. Hospitalarias. África: la tierra donde crece la hospitalidad. Revistas Hospitalarias. Septiembre de 2010. Disponible en: <http://www.revistahospitalarias.org/hospitalarias293.pdf> Consulta: 10 /DIC/2015. El País de España. España, a la cola de Europa en camas de hospital por habitante. Elena G. Sevillano. Septiembre de 2014. Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/09/05/actualidad/1409944368_861108.html. Consulta: 10 /DIC/ 2015.

Tanto lo nacional (local) como lo global (que incluye lo regional y continental) es objeto de estudio, en cuanto las estructuras de conciencia, de dos disciplinas (ciencias) prácticas filosóficas¹¹: la ética y la axiología.

Por lo tanto, ante esta crisis de los valores fundamentales de la medicina que hoy afecta a los médicos generales y especialistas a nivel global y, particularmente, en Colombia, hacen que este problema sea actual, esté vigente, sea viable de investigar y cuyos aportes serán valiosos para mejorar la administración en salud, hoy denominada medicina administrada, medicina gestionada o managed care. En otras palabras, justifica que sea el objeto de estudio de una tesis de Maestría en Administración en Salud.

En tal sentido, la gestión de la atención de salud en el Departamento del Cauca, en general, y de Popayán, en particular, en cuanto son parte integral e indisoluble de Colombia y de los niveles regional, continental y mundial, se hace previsible, desde la evidencia sensible, que atraviesen por igual crisis de valores morales que podría ser posible observar en distintos

¹¹ Escobar Valenzuela, Gustavo (1993). Ética: Introducción a su problemática y su historia. Colombia: Panamericana Forma e Impresos. P. 35: «Disciplinas prácticas. Estas disciplinas se refieren a la acción humana... centra su atención en los principios, formas y sentido de la *praxis* humana, en la naturaleza de la conducta individual y colectiva, sus fines normas y valores, en el problema de los que son el deber, la libertad, la obligatoriedad, las virtudes morales, etcétera».

prestadores del servicio público de la atención de la salud, uno de los cuales es un hospital de mediana complejidad en Popayán, donde labora uno de los dos investigadores.

1.3 Formulación de la pregunta

En procura de un conocimiento inteligible, desde la ética y la axiología, útil para la gestión de los servicios de la atención de salud, preguntamos: ¿Cuál(es) es (son) el(los) valor(es) moral(es) que guían las prácticas y actitudes de los médicos especialistas adscritos al bloque quirúrgico de un hospital de mediana complejidad en el Departamento del Cauca?

1.4 Justificación

Decir crisis de valores, no significa necesariamente expresar ausencia de valor(es) moral(es), sino que unos valores están siendo sustituidos por otros, o que los mismos valores están modificando o ampliando su contenido.

En estos momentos de crisis en donde existe la relatividad de los valores, y en consecuencia, la confusión entre lo bueno y lo malo, es cuando la ética adquiere su real valor y marca el camino correcto en el medio de las desviaciones y de los escenarios confusos. En muchas ocasiones el personal de salud tiene dificultad para mantener una conducta apropiada (recta) frente a imposiciones de entidades comerciales con objetivos casi exclusivamente económicos, de ahí la importancia de mantener vivas las prescripciones éticas aprendidas, con el objeto de evitar su olvido y promover su cumplimiento (Espinosa, Menoret, Puchulu, Selios, & Witriw, 2009), por lo tanto los aportes de esta investigación serán valiosos para mejorar la administración en salud, encaminándola a una economía ética, lo cual justifica que sea la axiología médica objeto de estudio.

Al no ser ajeno a la crisis de valores un hospital de mediana complejidad en Popayán, mucho menos lo es una de sus partes constitutivas: el bloque quirúrgico lugar objeto del presente estudio, en el cual se evidencia: cancelación de cirugías inherente al especialista dejando el quirófano inutilizado, falta de autonomía institucional frente a las decisiones de los especialistas al ser contratistas, falta de trabajo en equipo, continuas llegadas tarde de los médicos especialistas, falta de pertenencia del personal del bloque quirúrgico, escasez de especialistas, remuneración baja y la no formalización del empleo.

El aporte de este trabajo es el conocimiento en cuanto a una estrategia para la identificación de valor(es) moral(es) de los médicos especialistas del bloque quirúrgico en una organización de salud dado su efecto causal entre las relaciones del Recurso humano, la efectividad y el aporte a una economía ética, variable relacionada con el desarrollo de habilidades, capacidades individuales y colectivas, para ser más eficiente.

Los valores morales aplicados y vividos por el recurso humano, y aún más en las organizaciones encargadas del ejercicio médico, influyen en las acciones encaminadas a no hacer daño y generar beneficios, representados en eficiencia, productividad y estabilidad económica empresarial. Conocer las necesidades laborales en cuanto a comportamiento y aplicación de valores que influyen sobre la efectividad del médico en su trabajo, influirán positivamente, impactando en la productividad del bloque quirúrgico, minimizando el riesgo de pérdida de calidad.

Se debe tener en cuenta que un exceso de presión para mejorar los indicadores puede llevar a una práctica poco segura para el paciente, la estrategia para construir un sistema ético, debe ser proactiva y no punitiva, por lo anterior, se hace necesario implementar valores previamente adquiridos lo cual hace que los trabajadores vivan estos valores en el contexto organizacional, como única forma de mantenerse en un mercado que demanda continuamente mejores seres humanos.

2. Estado del arte

En la profesión médica los valores y principios bioéticos son de gran importancia: principios como beneficencia y no-maleficencia (*primum non-nocere*)¹² quieren decir que los beneficios derivados de la aplicación de una tecnología o procedimiento deben ser superiores a sus riesgos. No maleficencia y justicia son fundamentales para la recta convivencia o «ética de mínimos», son por lo tanto obligatorios, exigibles y vinculantes, en cambio la beneficencia y la autonomía son principios de una «ética de máximos», deseable y necesaria pero no exigible (Stepke, 2007).¹³

Desde hace muchos años se consideró la incursión de los aspectos bioéticos en los nuevos métodos de economía de la salud, que como ciencia trata de ofrecer el mayor grado de bienestar

¹² Arrizabalaga Clemente, Pilar (2007). *Primum non nocere*. Una reflexión sobre la aplicación del juramento hipocrático en la organización de las empresas sanitarias. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128(5):181-3: «El denominado juramento hipocrático o “*primum non nocere*” es la norma más antigua de autorregulación del ejercicio de la medicina desde el seno de la propia profesión... es en la actualidad –cuando la práctica profesional se realiza en forma colectiva– una norma relativa que afecta también a las organizaciones, y por tanto es un parámetro de calidad asistencial».

¹³ Cortina, Adela (2000). *Ética mínima*. 6^{ta}. Ed. Madrid: Editorial Tecnos S. A. P. 13: «El criterio de lo bueno, en una sociedad plural —decíamos en *Ética mínima*, allá por su primera aparición—, tiene al menos dos lados. Uno de ellos es el de esos valores éticos que una sociedad pluralista puede exigir en justicia, otro es el de las propuestas de felicidad y sentido a las que invitan las diversas éticas de máximos. Los “mínimos éticos” —recordemos— no son «minimalistas», no consisten en una especie de moral de rebajas para cuevas de enero. Más bien nacen de la conciencia de que socialmente sólo podemos exigirnos mutuamente esos mínimos de justicia, a los que al menos verbalmente ya hemos dado nuestro asentimiento y que tienen su fundamento en una razón sentiente. Los máximos no pueden exigirse, pero son el suelo nutricional de los mínimos, a ellos puede invitarse y deben hacer tal invitación quienes realmente crean que son una respuesta al afán de felicidad».

posible a partir de los recursos disponibles y éste es un objetivo ético, por cuanto se infiere que es ético ser eficiente, los profesionales de la salud desempeñan un relevante y doble papel: ser guardianes del uso de los recursos del sector y por otro lado, lograr que los pacientes reciban una atención integral y calificada (Escobar & et al, 1988).

2.1 Estudios sobre los valores médicos

Diego-Bautista (2012) hace énfasis en la crisis de valores¹⁴, situación ratificada por la Organización Mundial de la Salud en el 2006.

Dada la necesidad de los valores y la presencia de los principios médicos en los profesionales de este campo del saber humano, (Seijo, Cardozo, Álvarez, Valle, & Muñoz, 2001), diagnosticaron los valores ético profesionales del médico, los cuales según diferentes personas, deberían tener los profesionales médicos. Para esto, emplearon diferentes métodos y procedimientos propios de las investigaciones pedagógicas y psicológicas, aplicando

¹⁴ Diego-Bautista, Oscar (2012). La superación de la crisis de valores y violencia en la sociedad contemporánea. *Espacios Públicos*. 15(33): 96-108: «En el mundo, distintos intelectuales de prestigio internacional como Jürgen Habermas (Alemania), Zygmund Bauman (Polonia), Alasdair MacIntyre (Reino Unido), Giovanni Sartori (Italia), Hans Küng (Suiza), Amartya Sen (India), George Steiner (Francia) o Noam Chomsky (EE. UU.) coinciden con la afirmación de que las sociedades contemporáneas viven sumergidas en una crisis de valores».

cuestionarios dirigidos a directivos médicos, personal paramédico, pacientes, acompañantes y docentes. Al realizar un análisis de estos resultados, se observó que los profesores son portadores de valores éticos de la profesión, valores no identificados en su totalidad en los médicos no docentes observados, influyendo esta actuación negativamente en los estudiantes en formación.

2.2 La vinculación entre valores médicos y lo económico

La incidencia del factor económico en la práctica médica, ha cobrado importancia creciente en los últimos años, sobre todo, la relación costo beneficio, sin que ello quiera decir que la axiología descansa en la economía, sino de cómo la reflexión axiológica explica y fundamenta este importante factor de la vida social. Los valores morales son los fundamentales en la profesión médica porque imprimen un sentido humanista a la actividad médica, considerando al hombre no como un medio, sino como fin en sí mismo. Regulan las relaciones entre el médico, el paciente, la familia, la comunidad y la sociedad, con el fin de lograr el bienestar humano, e impiden que la actividad médica se oriente a la búsqueda de privilegios o beneficios económicos y la enfilan al individuo y a la humanidad (Prieto, 2001).

A pesar de que, como lo explica Prieto, la moral al estar vitalmente vinculada a la economía e incorporada a las organizaciones (no solamente de salud), incidiendo en la necesidad de desarrollar un comportamiento moral dentro de estas, no se evidencian investigaciones que se

enfocuen en la identificación de valores morales personales y colectivos de los trabajadores, por lo cual se hace indispensable un método para identificar el(los) valor(es) moral(es) de los profesionales que pertenecen a la organizaciones y más en las instituciones de salud, con el fin de reconocerlos, mantenerlos y no ser impuestos a conveniencia por los directivos.

Este es el caso de un estudio realizado en Santiago de Cali, Colombia (2008) por el Sistema de Control Interno y Sistema de Gestión de la Calidad llamado: *Informe de diagnóstico percepción de la gestión ética. Administración municipal de Santiago de Cali*, el cual utilizo la metodología general planteada en el “Modelo de Gestión Ética para Entidades del Estado” USAID/Casals y de la apropiación de algunos conceptos comunes por parte del grupo de trabajo (ETC), se aplicó un instrumento de medición llamado, *Percepción de la Gestión Ética* a una muestra representativa de trabajadores de centros educativos y su administración, definida en 367 servidores y dependencias de administración central, definida en 334 servidores, para identificar la percepción de los trabajadores sobre la gestión ética de las empresas públicas de Cali (Administración Municipal Santiago de Cali, 2008). Sin embargo, este estudio no identifica los valores personales y sociales de los trabajadores en las empresas públicas, sino la gestión ética de la organización municipal percibida por los trabajadores.

2.3 Estudio de valores y sus métodos

En cuanto a los métodos empleados para estudiar valores personales y sociales, existen diferentes investigaciones realizadas para su identificación y análisis en diferentes grupos y contextos. Han sido planteados diferentes instrumentos, y técnicas, algunos estudios toman los instrumentos y modelos antiguos planteados y validados, modificándolos para el objeto de su investigación y según el contexto para ser aplicados, todos cuantitativos, ninguno de carácter axiológico médico, por lo cual para el fin de este estudio se nombrarán los más representativos.

Rodríguez (2007) utilizó un instrumento para detectar valores tomando como base el «Test de Reacción Valorativa» del profesor García Hoz 1976, recomendado para ser aplicable a jóvenes estudiantes de Bachillerato, Educación Secundaria (2º ciclo), y enseñanza universitaria, el cual permite obtener una medida aproximativa de los valores de una persona o grupo y saber cómo se organizan y jerarquizan sus respectivas escalas axiológicas, el instrumento fue validado por jueces expertos, la fiabilidad, se evaluó con 125 alumnos de 3 grado resultando instrumento como muy fiable.

Monzón, Monzón, Ariasgago, & Rauch (2006), aplicaron el DIT (Defining Issues Test) creado por James Rest (1941-1999), con base en la teoría de Kohlberg enfatizando la naturaleza social de la moralidad, para determinar el desarrollo de juicios morales en diferentes contextos y

en distintos tipos de población, concluyeron que casi todos los autores coinciden en la eficacia de los cuestionarios morales para medir la sensibilidad moral de las personas. En todos los trabajos se observa la modificación de la versión original de Rest, por cuestiones idiomáticas, de culturas, de edad y educación.

Sánchez (2003), analizó la naturaleza de los valores éticos morales y describió que en la vida cotidiana interactuamos con un sinnúmero de objetos, procesos o fenómenos portadores de propiedades con significación positiva o negativa para la satisfacción de necesidades normales de nuestra especie y para la actividad práctica con ellas relacionadas, por lo que estos objetos son portadores de valores o antivalores de diferentes zonas o dominios axiológicos: artístico estéticos, científicos, tecnológicos, históricos, terapéuticos, pedagógicos. Se puede llegar a conocer si un individuo es portador o no de determinado valor o antivalor a través de su actividad externa, ya sea esta física o verbal, sin lo cual no tendríamos ningún elemento para realizar tal valoración; para llegar a conocer la verdadera calidad moral de un individuo es necesario valorarlo en reiteradas ocasiones.

Suhonen (1985), con base en la teoría de Rokeach midió los valores de los americanos mediante un cuestionario de 9 ítems en el cual los participantes debían ordenar los dos valores más importantes; los valores pertenecían a la lista Rokeach, los resultados fueron congruentes con los de Rokeach.

Del Rincón (1988), se propuso analizar que la posibilidad de que el nivel de creencias éticas, esté relacionado con el centro educativo y con la edad, demostrando que la habilidad para aplicar los principios éticos a los problemas de conducta, dependen de las creencias de esos principios y en mayor grado a las características del grupo y la situación. Igualmente, demostró que las modificaciones culturales influyen en el sujeto en lo que refiere a su aplicación. En 1987 desarrollo un test de Motivación Ética objetivo de aplicación colectiva en 25 situaciones, las variables investigadas asociadas a la motivación ética fueron: edad, sexo, curso escolar e inteligencia.

Rokeach (1973), elaboró el instrumento denominado *values survey*, compuesto por 18 valores terminales definidos a partir de diferentes fuentes de revisión de literatura de valores que podrán encontrarse en la sociedad americana y otras sociedades, consultas a estudiantes de psicología y entrevista representativa a cerca de 100 adultos y 18 valores instrumentales tomando como punto de partida la lista ANDERSON 1968, de 555 palabras de rasgos de personalidad, interesándose en los valores positivos, no negativos. A partir de este, estableció sistemas de valor; la lista de valores Rokeach está organizada en orden alfabético y el sujeto evaluado debía colocarlos de mayor a menor importancia. El instrumento se utilizó para medir la jerarquía de los individuos y grupos que variaban en un número de actitudes y comportamientos, para orientar las relaciones entre valores, actitudes y valores, comportamientos, igualmente para iniciar un cambio de valores; Rokeach encontró que no existía diferencia en valores entre hombres y mujeres, pero sí se diferenciaban según nivel socioeconómico.

La escala de valores definida por Milton Rokeach, ha sido la más utilizada a través del tiempo por diferentes investigadores del tema, escala que ha sufrido diferentes modificaciones según el contexto donde se ha aplicado.

García H. V. (1976), elaboró el test de reacción valorativa, basado en la tipología de Spranger y su división de los valores de las formas de vida, intentó estimar cuantitativamente la reacción de una persona frente a la realidad, concretado en la reacción valorativa respuesta o elección.

2.4 ¿Por qué vale nuestra investigación?

El hecho de no encontrar estudios de identificación de valores morales que guíen las prácticas y actitudes de los trabajadores, en general, y mucho menos en trabajadores de organizaciones de salud, en particular; así como, la falta de métodos e instrumentos para recolectar la información que permita un análisis real, filosófico axiológico, a pesar de la importancia de los valores morales en economía y específicos para cada organización hace que esta investigación que trata de la identificación de valor(es) moral(es) que guían las prácticas y

actitudes de los médicos especialistas adscritos al bloque quirúrgico de un hospital de mediana complejidad en el Cauca sea importante en cuanto puede arrojar luces sobre el fenómeno.

3. Marco teórico

3.1 Vínculo entre economía y ética

La palabra “economía” adoptad[a] por la mayoría de los idiomas occidentales, procede del griego antiguo *oikonomia*», término griego antiguo compuesto «procedente del sustantivo *oikos* y del verbo *nemo*». El sustantivo «*oikos* (u *oikia*), [es una] palabra sin equivalente en castellano,... que ha sido normalmente traducida como “casa”, “hacienda” o “familia”»; mientras que, el verbo «significa distribuir, administrar» (Mirón Pérez, 2004).

Con una visión ética y moral; pero, en su evolución se ha extraviado generado un sistema que cada vez más tiende valorar todo monetariamente, en perjuicio de hacerlo éticamente, a pesar de las estrategias aplicadas, aprendidas del Crack de 1929¹⁵. Sin embargo, últimamente, economistas de la talla de Sen (1986, 1999) y Hirschman (1997) en el mundo anglosajón, Kolm,(1996), Leroux y Marciano (1998) y Mathiot (1990) en Francia, piensan que para la economía, la ética se hace indispensable y que es en la obra de Adam Smith (1759, 1776) donde

¹⁵ LA CAÍDA DE LA BOLSA DE NUEVA YORK. El jueves 24 de octubre de 1929 ("Black Thursday"), se produjo el crack de la Bolsa de Nueva York. Más de 16.000.000 de títulos que cotizaban a la baja no encuentran comprador y provocan la ruina de miles de inversores, muchos de los cuales habían comprado esos títulos con créditos que ya no podrán pagar. Muchas personas entran en pánico y corren para tratar de retirar el dinero de sus cuentas bancarias. Los bancos se ven desbordados por deudas incobrables, se paran los nuevos créditos y no se refinancian las deudas existentes. Quebraron unos 600 bancos.

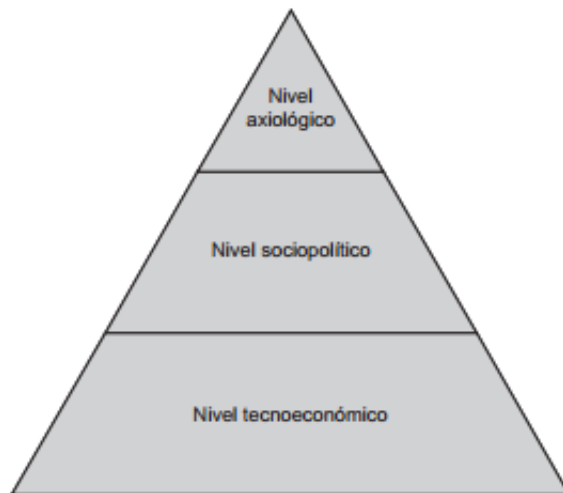
debemos buscar el camino para salir del extravío (Cuevas Moreno, 2009), no obstante una historia del pensamiento económico que demuestra el alejamiento de la economía de las cuestiones morales a favor de la constitución de la ciencia exacta.

Las nuevas visiones económicas, encaminadas a garantizar la estabilidad proporcionada por una economía real, plantean un cambio radical del sistema económico direccionado al objetivo de mantener el bien común, no el bien individual.

José Luis Sampedro en 1983, definió que todo sistema económico se estructura en tres niveles que están interrelacionados, en la base el tecno-económico (reglas específicas de funcionamiento de los mercados); en el intermedio, el sociopolítico (papel de las instituciones en la regulación de los mercados) y, por último, en la cúpula, el axiológico (valores en los que se asienta el sistema).

Al confrontar lo propuesto por Sampedro con el sistema capitalista implementado en la actualidad se encuentra que sus estructuras difieren. Por un lado, el capitalista se basa en el nivel técnico económico y sociopolítico y no en la axiología, situación que ha avivado la crisis fomentando una economía inhumana, corrupta, para contrarrestar esta situación el pensamiento de Sampedro va más allá de la axiología como estudio de los valores y se enfoca en una economía humana (Cuevas, 2009).

Ilustración 1 Estructura Teórica del Sistema Económico



Fuente J Guzmán. EL ROL DE LA ÉTICA EN LA CIENCIA ECONÓMICA

Hoy con cada crisis económica se amplía la brecha pobres-ricos, evidenciado en las altas tasas de desempleo, déficit de salud pública, cierre de hospitales, déficit educativo que violentan la tranquilidad y la dignidad de las personas.

Se necesita urgentemente nuevas ideas y métodos que vuelvan la mirada económica a su dimensión humana, de cubrir las necesidades básicas de las personas, con el desarrollo de un sistema económico ético, humano, que dé lugar a organizaciones solidarias fundamentadas en valores, que resistan las crisis.

Colombia no ha sido ajena a la situación mundial, tras el más reciente pronóstico de crecimiento en el 2015 (3,6 por ciento), emitido por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), confirma que la desaceleración es un hecho y que el remezón irá por lo menos hasta el 2017 (OCDE/Naciones Unidas/CAF, 2015).

Los pronósticos no son alentadores y la situación actual de las organizaciones de salud en el país, amenazan su viabilidad financiera y liquidación, enfrentándolos a una gestión económica diferente, que requiere buenas prácticas administrativas para facilitar la optimización de recursos escasos sin poner en riesgo la integridad de las personas que acceden a estas.

La desfinanciación del sistema no es reciente, está íntimamente ligada a la reforma del Sistema de Salud Colombiano de diciembre 23 de 1993 enraizada en los argumentos anglosajones de la *nueva gestión pública*¹⁶ caracterizada por el surgimiento de importantes dinámicas organizativas en el sector privado, que han remplazado con éxito al Estado en la prestación de servicios públicos y la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos. En este contexto, la prioridad del Estado, pasó de la provisión directa de bienes y servicios a la garantía

¹⁶ Diego O. De la res pública a la res privada ¿realmente no hay alternativa? Dilemata. 2009; 1 (1): 137-51: «a) aminorar la participación del Estado, b) desregular o eliminar diversas leyes al considerar que existía una excesiva reglamentación, c) reducir personal de la función pública (burocracia) mediante la liquidación, despido o jubilación, d) reclutar personal sin contrato permanente, sin otorgar prestaciones ni generar antigüedad y sólo por períodos cortos y renovables, e) disminuir el número de instituciones públicas desmantelando el Estado, f) privatizar algunos servicios públicos dando formalmente vía libre a las empresas privadas».

de condiciones mínimas que permitan el surgimiento y fortalecimiento de la iniciativa privada (Mozo & Pérez, 2010).

Esta gestión de recursos, es una exigencia actualmente añadida a la práctica clínica eficiente, eficaz y productiva, como referente indispensable de esta práctica se encuentran las áreas o bloques quirúrgicos, por sus características especiales, por el tipo de especialidades, tecnología, manejo de tiempos y movimientos, y productividad que involucran una gran cantidad de recursos cuyas actividades están directamente ligadas al recurso humano, a la conducta y al comportamiento de los miembros del equipo, para que no se mal utilicen los recursos. Según las referencias de la literatura el rendimiento se mide con la utilización y se propone un rango entre el 75% y 90%, en la utilización óptima de bloques quirúrgicos. (España, 2009).

Para lograr la optimización de los quirófanos y la eficiencia en la reducción de costos, los proveedores van en detrimento de la calidad generando la confrontación entre principios para la conducta correcta del humano respecto a la vida y de los principios milenarios de ética médica de ***no maleficencia*** y de ***beneficencia***.

Por el desfinanciamiento que presentaban los hospitales públicos colombianos, el Gobierno Nacional a través del Congreso de la Republica en el 2013, adoptó medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud para garantizar la prestación de servicios de salud, mediante fondos de salvamento según riesgo financiero alto y medio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

En esta situación de debilidad de lo público unida a la exigencia de una gestión de recursos, que ha introducido valores neoempresariales (de la mano de la visión anglosajona de la *Nueva Gestión Pública*), es negativa ya que los medios (economía, productividad, eficacia y eficiencia), se transforman en los fines y se pierden de vista los objetivos últimos de los programas públicos y a los colectivos de ciudadanos a los que van dirigidos (Diego, 2009).

La productividad debería ser vista como el nexo que integra ética y economía, concebidas como una sola dimensión regida, fundamentalmente, por la productividad y por el desarrollo de la persona, ambas en clave ética y económica. Este es el vínculo clave para una interpretación correcta de la economía con el hombre, evitando la larga tradición neoclasicista de la “economía sin el hombre” (García E. S., 2012); pero, hoy la teoría económica es una autopista llena de obras, carentes de valores.

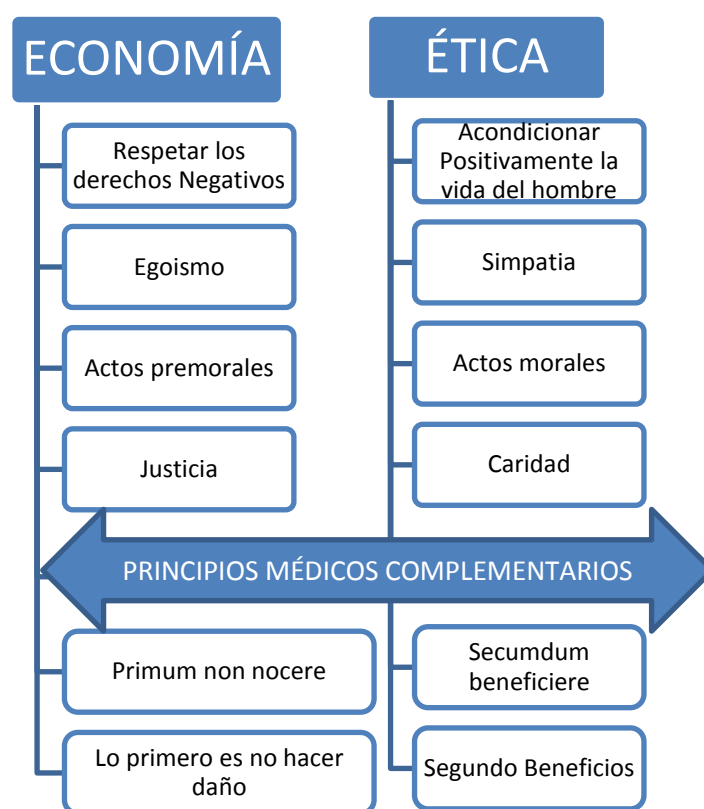
En tal sentido, la economía y la ética hoy presentan un distanciamiento, representado en la creciente brecha en las desigualdades; sin que ello quiera decir que, en la práctica todo sistema económico necesita de ética para su funcionamiento: el Nobel de Economía Amartya Sen afirma que «todo sistema económico exige una conducta ética y el capitalismo no es una excepción» y, en consonancia con esta afirmación, considera que no es posible que los referentes económicos que tienen que ver con la productividad, la ganancia, la generación de riqueza, y la comercialización global, prescindan de la sustentación moral (Sen, 2000).

La Ética del discurso económico plantea entonces la necesidad de compartir y de lograr el desarrollo de todos: si un modelo económico genera pobreza y miseria algo anda mal. El desarrollo de la ciencia económica toma en consideración la dimensión ética, y el simple planteamiento «Estado versus Mercado» lleva a renunciar a muchas connotaciones axiológicas que el economista debería conocer para la búsqueda de soluciones menos indiscriminadas, y con mayor dosis de acierto respecto a la realidad económica que contempla y analiza (Guzmán, 2005).

3.2 Relación entre economía, ética y medicina

La economía no puede ir separada de la ética, aún más en el actuar médico evidenciado en los actos premorales y morales (García & Laín, 1990). En este sentido, el papel de la economía no es gastar menos, sino gastar mejor; es decir, obtener mayores beneficios sociales con menores costos, que se conjugan en los principios médicos de *Primum Non Nocere* y *Secundum Beneficere*. O, lo que es lo mismo, no es solo no hacer daño sino obtener el mayor grado de bienestar a partir de los recursos disponibles

Ilustración 2 Relación entre economía, ética y medicina



Fuente: Elaboración propia, tomando como base el libro *Primum Non Nocere* de Diego M. Gracia Guillén España, 1990.

Actualmente, el ejercicio de la medicina está basado en la obtención de resultados, en dar pruebas de eficiencia, utilidad, productividad y costos, cumpliendo la cultura de la calidad y la moderna medicina administrada, situación que para el caso colombiano introdujo cambios profundos en el ejercicio de la medicina, creando nuevas condiciones como la ruptura de la relación médico-paciente, el surgimiento del paciente como cliente o consumidor y las complejas implicaciones de un nuevo contrato social. Resultado: de los patrones tradicionales del ejercicio médico liberal, la medicina pasó a una modalidad de administración externa, a una práctica médica de tipo corporativo, donde predominan factores de carácter económico en la concepción de la atención de la salud (Patiño 2011-10).

Los valores aplicados al ejercicio médico actual, influyen en cómo no hacer daño y generar beneficios teniendo en cuenta la productividad y la estabilidad económica empresarial que podrían conducir a pensar que sería poco ético poner en peligro el patrimonio, favoreciendo el acelerado crecimiento de la medicina mercantilista que ha convertido al cirujano en un profesional visto como quien proporciona rápido restablecimiento de la salud, de forma efectiva y a bajo costo.

Por ello, entre más tecnología, información y recursos se pongan al alcance del cirujano, más consciente debe ser del respeto que se debe a sí mismo, sus pacientes, sus colegas, las instituciones y la sociedad entera. El cirujano debe buscar la excelencia en su trabajo mediante la cultura de la educación y la preparación permanente de sus habilidades quirúrgicas, el médico

desde que se titula, adquiere la responsabilidad para no cometer errores por dolo, imprudencia, negligencia y menos por ignorancia o impericia (Torres, V, 2002).

Esto sin olvidar que la medicina como ciencia, es una actividad intelectual orientada hacia la creación, transmisión y sistematización del conocimiento médico; como profesión, su compromiso primordial es servir a la sociedad mediante la aplicación eficiente del conocimiento especializado en el marco de su propósito moral, su imperativo ético y una rigurosa autorregulación.

García E. S. (2012), afirma que el desarrollo integral de la persona, exige una interpretación de la economía y de la persona el cual ha de ser coherente con la realidad de la acción socio-económica, para que las personas puedan cubrir sus necesidades disponiendo de recursos escasos; en este sentido, la productividad refleja actitudes con respecto a tener una respuesta eficiente con disponibilidad de recursos escasos. Por lo tanto, las mediciones de la misma se realizan en función de un sistema de valores, que abarca todo el contexto que lleva a la persona al uso eficiente de recursos responsablemente en un amplio espacio de libertad y de esta manera es considerada como «el nexo constitutivo que integra ética y economía»; es decir, que ética y economía deben concebirse dentro de una misma dimensión.

La importancia de las habilidades para laborar y las de trato con las personas son evidencia de una eficacia administrativa y laboral. En la actualidad la economía y las situaciones han cambiado y se crean conflictos permanentes por horarios y sitios (Robbins & Judge , 2009).

La consecución del éxito de las empresas es cada vez más compleja. Por eso se hace necesario que las empresas optimicen todos sus recursos de que disponen sobre todo aquellos que pueden otorgar una capacidad distintiva. Entonces cobra un especial protagonismo los recursos humanos y los factores que a estos afectan (Mozo & Pérez, 2010).

De acuerdo con lo aquí expresado, el ejercicio de valores es factor principal para la reducción sustancial de los costos de coordinación de los profesionales y los procesos organizacionales; es decir, que el orden económico mediante un sistema de valores sienta las bases y orienta la productividad para una economía estable.

3.3 Ética y gestión del recurso humano en salud

Aunque cada hospital posee sus propias condiciones y características, los problemas de gestión en quirófanos son muchas veces comunes. La *Audit Commission* en su revisión del

rendimiento de los quirófanos del NHS encontró que los principales factores que se deben tener en cuenta para fijar el objetivo de utilización de un centro, son el tipo de programación de cirugías y el modo de motivación y remuneración del personal (Comission for Healathcare Audit and Inspection, 2009).

El que la motivación y la remuneración del personal sean factores principales, demuestra que (como lo señala el Ministerio de la Protección Social de Colombia) el Recurso Humano es el principal activo de toda organización, más en organizaciones como las de salud que requieren personal idóneo, comprometido y en condiciones laborales óptimas para atender las necesidades de salud de la población (Ministerio de la Protección Social, 2010), el éxito de las organizaciones modernas en el mundo globalizado se debe a su alto grado de calidad y competitividad alcanzado, gracias a la participación eficiente del personal.

La integración de ética y economía en el ejercicio de la atención de pacientes requiere de la práctica de valores que son factores principales para la eficiencia de los profesionales médicos. En tal sentido, ley colombiana 1164 DE 2007, *Por la cual se dicta disposiciones en materia de Talento Humano en Salud*, artículos 34 señala:

Artículo 34. ***Del contexto ético de la prestación de los servicios.*** Los principios, valores, derechos y deberes que fundamentan las profesiones y ocupaciones en salud, se enmarcan en el contexto del cuidado respetuoso de la vida y la dignidad de cada ser humano, y en la promoción de su desarrollo existencial, procurando su integridad física, genética, funcional, psicológica, social, cultural y espiritual sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, y de un medio ambiente sano. (Ministerio de salud y protección social, 2007).

Dado que la consecución del éxito de las organizaciones de salud es cada vez más compleja, se hace necesario que estas optimicen todos los recursos de que disponen a la luz de este mandato, sobre todo aquellos que pueden otorgar una capacidad de diferenciación, entonces cobra un especial protagonismo la administración en salud del recurso humano y de los factores que a estos afectan, las estrategias motivacionales, incentivos de diversa índole, el reconocimiento de habilidades personales son puntos influyentes en la optimización del Recurso Humano.

En cuanto a las estrategias motivacionales establecidas, cobran suma importancia las capacitaciones, las organizaciones de salud tienen que comprender que en cuanto a su recurso humano la capacitación, será una acción global, en el sentido que deberá cubrir todos los aspectos de la vida, no solamente los conocimientos científicos y la destreza profesional, sino también los valores morales y humanos y el ejercicio de la responsabilidad, contar además con programa de motivación que es un conjunto de actividades planeadas que están orientadas a mejorar y mantener el nivel de satisfacción, la moral, compromiso y la calidad de vida laboral con la finalidad de promover un desarrollo sostenido de la organización que permita brindar un

servicio cada vez más competitivo y de calidad a la comunidad (Ministerio de Salud del Perú, 1999).

Finalmente, en el caso del ejercicio de la profesión de un cirujano en el importantísimo binomio paciente-cirujano, las relaciones implican desde la moralidad: lo que es bueno o malo, lo oportuno o inoportuno, lo que es dañino o inocuo, lo que es justo e injusto, lo correcto o lo incorrecto para su paciente. Pero como es costumbre siempre se ha relacionado como vías paralelas la moral del cirujano como persona y lo ético del cirujano como profesional. Pero el cirujano para ser moral y ético debe tener instrumentos para justificar dichos calificativos, y uno de ellos, conocer sobre la teoría de los valores, y que se llama axiología (Torres, V, 2002).

3.4 Fenomenología

Dentro del campo de la investigación cualitativa, cuando se pregunta por las cuestiones de significado; es decir, cuando se quiere explicar la esencia de las experiencias de los individuos y sus prácticas se utiliza el ***Método de la Fenomenología***; el cual, como lo explica Osorio, fue descrito por dos caminos independientes por Husserl: «El primero se basa Capítulo I de la Segunda Sección de Ideas, mientras que el segundo en la Conferencia de Husserl Antropología y Fenomenología de 1931» (Osorio, 1998) cuyo objetivo es «descubrir un nuevo dominio científico [mediante el cual] ponemos fuera de juego la tesis general inherente a la esencia de la actitud natural [colocando] entre paréntesis todas y cada una de las cosas abarcadas» (Husserl, 1913).

Esto quiere decir, que Husserl parte del argumento de que existe en nosotros un medio vital cotidiano y de que la fenomenología es la ciencia que trata de descubrir las estructuras esenciales de la conciencia y para esto consideró que si el investigador hacía abstracción de las ideas preconcebidas, este podría llegar a la esencia del fenómeno que se estaba estudiando, en definitiva, aprender a mirar las cosas «en sí mismas», evitando la visión modificada por los conocimientos previos o las teorías adquiridas (Cánovas, T, 2009).

De otro lado, para Heidegger, la fenomenología significa dos cosas: 1) hacer ver desde sí mismo aquello que se muestra, y 2) hacerlo ver tal como se muestra desde sí mismo. Éste es el sentido formal de la investigación que se autodenomina fenomenología, ciencia de los fenómenos quiere decir: un modo tal de captar los objetos, que todo lo que se discuta acerca de ellos, debe ser tratado en directa mostración y justificación, en virtud de su articulación constructiva dentro del sistema, se presentan como algo “claro”, que no necesita de mayor justificación y que por ende puede servir de punto de partida para una deducción progresiva. Para el desarrollo de su investigación sobre la comprensión del ser, utilizó metodológicamente enunciados que significan comunicación, expresión verbal, enunciado es una mostración muestra que determina y comunica. Con el avance en el conocimiento de la estructura del λόγος, el fenómeno del “en cuanto” apofántico no podía dejar de mostrarse en alguna forma. La manera como fue visto por primera vez no es casual y no ha dejado de tener su influencia en la historia ulterior de la lógica (Heidegger, 2005).

Tabla 1. Escuelas de Pensamiento Fenomenológico

HUSSERL	HEIDEGGER
Metodología eidética o descriptiva	Metodología hermenéutica o interpretada
Fenómeno: lo aparente, lo mismo, se manifiesta en el espacio y tiempo, captado a través de los sentidos internos y externos.	Comprender una vivencia.
Noúmeno: naturaleza interior del ser humano, la cosa en sí misma, a la que no se puede acceder por la percepción, lo que es lo mismo, lo trascendental, conjunto de todas las manifestaciones externas. Vida interior imperceptible que configura la vida exterior.	• Llegar al entendimiento de lo que somos a través del lenguaje. • Busca el entendimiento de lo que somos. • Entiende que la vivencia es en sí misma un proceso interpretativo y que la interpretación ocurre en el contexto donde el investigador es participe.

Fuete: Elaboración propia, tomando lecturas diversas.

Finalmente, Max Scheler, seguidor de la teoría Hursseliana, aplicó la fenomenología en general al campo de los valores, del hombre y de Dios, y por ello se le conoce como uno de los más grandes fenomenólogos de la historia de la filosofía; pues él encarna la figura típica del fenomenólogo captador de esencias, su pensamiento no se limita, en efecto, a una descripción de las esencias puras tal como son dadas a la intuición esencial, sino que, insatisfecho con las exigencias de cautela excesiva, se aplica decididamente a la solución de los problemas que surgen a cada paso en el análisis fenomenológico.

Scheler consideró que la teoría de Husserl había quedado injustificadamente limitada a la descripción de la intencionalidad intelectual y a la exploración de la conciencia. Distinguió su fenomenología de la de Husserl, manifestando que mientras esta última se funda en contenidos sensoriales, la de él se halla situada más allá de tales contenidos, los cuales se propone fundar. «La fenomenología de Scheler describe hechos puros, hechos fenomenológicos y las relaciones esenciales que se hallan en la base de todas las ciencias» (Colomer, 2002).

3.5 Axiología

La Axiología, o Filosofía o Teoría General de los Valores, es el campo de la filosofía que se ocupa de la esencia y la naturaleza del valor, así como de los juicios de valor o juicios valorativos, positivos o negativos. Es junto con la deontología, uno de los dos pilares de la Filosofía de la Moral y puede ser enfocada desde distintas corrientes de pensamiento, a saber:

1. La **escuela subjetiva**, que consiste en entender la propiedad de las percepciones, los argumentos y el lenguaje desde la óptica del sujeto, de sus intereses y desde sus particulares deseos. Por ello, para utilizar los criterios de movimiento filosófico subjetivo se debe razonar de manera crítica;
2. La **escuela de pensamiento idealista** (platonizante), también llamada movimiento filosófico inmaterialista, afirma la primacía de las ideas y se centra en la verdad trascendental; y,

3. La **escuela realista** (neo escolástica), entiende que los objetos son independientes, lo cual le permite ser aplicable a corrientes muy disímiles, dado que el objeto puede ser espiritual, ideal, material, matemático, etc.

Para mayor claridad sobre los enfoques desde los cuales es posible abordar la Axiología elaboramos el siguiente cuadro:

Tabla 2. Corrientes de la teoría General de los Valores

Corrientes de Pensamiento Filosófico		
Subjetivista	Idealista	Realista
Tendencia a la subjetividad psicológica y social. Considera a los valores como vivencias subjetivistas o intersubjetivas, y como contenidos de conciencia empíricamente constatables y expresables en juicios de valor.	Idealismo alemán, en este punto platonizante. Los valores residen en las realidades que yo considero valiosas.	Típica del realismo neo escolástico con raíces en Aristóteles. Los valores son cualidades físicas o morales inherentes a personas o cosas, formalmente objetivas

Cont. Tabla 3. Corrientes de la teoría General de los Valores

Corrientes de Pensamiento Filosófico		
Subjetivista	Idealista	Realista
Respuesta a las vivencias.	Los valores están constituidos por objetos ideales, intemporales, inalterables, eternos, justicia, verdad, belleza, son objetos ideales.	Las cosas valen por lo que son y en tanto son valen más o menos.
El agrado, el interés, el deseo y la aprobación genera juicios de valor.	El ideal no depende de mi mente mi mente depende del ideal	La perfección es la norma absoluta del valor.
Las cosas no serían valiosas sino en cuanto yo proyecto sobre ellas mis propias vivencias u opiniones aprobatorias.	Las cualidades son objetos ideales reguladores de la realidad de hecho.	Las imperfecciones devalúan las cosas.
El desagrado, las indiferencias y el desinterés son la esencia de antivalor.	Bien y valor son cosas distintas.	Son las cualidades con sus perfecciones objetivas.
Sin valoración no hay valor.	Bien es una cosa concreta en la que reside algún valor.	Entre valores y bienes no hay diferencias formales.
Hay cosas buenas que no serán valiosas para nosotros	Los valores se absolutizan, se convierten en fines supremos	

Fuente: Elaboración propia con base en: Marquínez Argote Germán, González Álvarez Luis José, Houghton Pérez Teresa, Rodríguez Albarracín Eudoro, Beltrán Peña Francisco. *El Hombre Latinoamericano y sus Valores*. Bogotá: Nueva América, 1980.

3.6 El Valor

El «valor» es un fenómeno económico que devela la fenomenología; pero, ¿por qué un fenómeno?

Es un fenómeno porque se hace evidente al ser observado, en el sentir y vivir de las personas en sus actitudes frente a su entorno. Scheler, (1913-1916) en su teoría de los valores afirma que «la experiencia constituye la mejor instancia para poder captar el valor de manera inmediata e intuitiva» (Colomer, 2002).

Fenómeno inmediato e intuitivo que habla de lo que es propio y característico de una cosa, que es valorada según su uso e importancia en nuestra vida, en significado económico, en sentido general como algo preferido y con frecuencia en sentido moral (Scheler 1913-1916); valoración que es una característica fundamental del ser humano, pues es el único que puede asignar valor.

Entonces, debe quedar claro que «los valores no son... ni cosas, ni vivencias, ni esencias: son valores» (Frondizi, 1995), de aquí que para Marquinez Argote & et al, (1991) el término trascienda la vida económica para irrigarse en las cosas mismas, para irrumpir con significado en la propia vida del hombre, lo que es valioso para unos no es valioso para otros.

Por lo tanto, el valor es concebido por cada persona que valora, sin valoración no hay valor, no se pueden medir los valores como bienes, con criterios racionales, los valores no se imponen, es cada persona que tiene que optar por ellos, por lo tanto la manera de captarlos no es irracional (Marquinez Argote, et al, 1991).

Si hablamos de un valor específico como el amor, dentro de las posibilidades y en su subjetividad con escalas diferentes, sería percibido de distintas maneras entre uno y otro, por lo tanto, los valores dependen de cada persona, de cómo se valoran, manifiesta y se perciben en el interior, sin que estas especificidades nieguen su característica de universales.

Ocurre lo mismo si se elige entre dos valores, comúnmente se prefiere el que a consideración de cada persona es el superior, esto quiere decir que según su valoración se pueden ordenar jerárquicamente en inferiores y superiores, su orden depende de la preferencia que cada quien tenga del valor (Frondzi, 1958). Es de entender que estas valoraciones son específicas para cada grupo de personas según su conocimiento, moralidad, cultura, costumbres, vivencias y demás condiciones, las cuales proporcionan una jerarquía fluctuante, no estática pues según como percibamos el valor en nuestro interior y la comprensión que tengamos de la vida será superior o inferior.

Los valores están ligados a la vida, son intrínsecos al hombre, sus sensaciones, necesidades y deseos, si frente a estas prima el deber, nos estamos refiriendo a valores morales, estudio de la ética en conjunción al valor moral.

Un mundo cultural cualquiera no solo se compone de ecología o naturaleza, de industrias que le permiten al hombre apropiarse a tener cosas, de instituciones que condicionan positiva o negativamente su vida, sino también de valores o disvalores tales como prácticas sociales, costumbres y creencias (Marquinez Argote, et al, 1991), los hombres y mujeres viven y reflejan algunos valores y disvalores característicos según el tipo de contexto y sociedad en el cual se desarrollen.

Cada grupo crea y vive sus propios valores, dichos valores están relacionados con la vida del grupo: la regulan, la potencian y la expresan en diversas formas. Asimismo, los hombres asumen individualmente, un conjunto de valores según los cuales actúan en sus relaciones con terceros.

Debe tenerse en cuenta las propiedades de los valores: historicidad, integralidad, flexibilidad o dinamismo, bipolaridad, clasificación y jerarquía y trascendencia para conocer el comportamiento de sociedades y comunidades, sus fortalezas y debilidades. Además, permite

ejecutar la valoración referida a los criterios que utiliza una persona para elegir entre muchas posibilidades y decidir cuál es la que se acerca a su forma de pensar y de sentir.

Aplicar valores en una práctica laboral puede traducirse en un mayor rendimiento ya que con aspectos simples como oportunidad y compromiso, generan acciones efectivas de este modo lo que éticamente se ha desarrollado se presenta en productividad institucional.

Según Adela Cortina (1997) “los valores éticos están más directamente relacionados con los fines de la persona, con su felicidad o plenitud personal y con la convivencia con los demás”. Son más interiores, intangibles y propios de cada uno aunque se pueden proyectar a los demás (Cortina, 1997).

3.7 Valor moral

Son aquellos que hacen referencia a la actividad moral del hombre, no reside en objetos particulares, sino en la conducta misma del hombre, entendida como el conjunto de movimientos con que el hombre reacciona conscientemente frente a los estímulos del medio.

Posee valor moral todo aquello que es apreciado con sentido en relación a determinado proyecto o posibilidad del hombre, estructurar una axiología moral no es otra cosa que estructurar una ética, lo importante no es establecer un cuadro de valores morales que sirvan de criterio universal de conducta, es estructurar una moral axiológica, una conciencia del comportamiento orientada a la capacidad estimativa del hombre y no por su capacidad repetitiva. El bien último del hombre constituye su valor moral fundamental (Marquinez Argote, et al, 1991).

3.8 Ética

La palabra ética proviene del vocablo

latino *ethicus* y éste, a su vez, del griego antiguo ἠθικός (*êthicos*) que deriva de la palabra ἦθος (*êthos*), la cual presenta tres ascendientes nominales, uno de ellos muy conocido por haber sido el utilizado por Aristóteles para expresar «costumbre» y, por extensión, «comportamiento», «modo habitual de ser» o «carácter», es decir una constancia en el actuar, lo que se sabe y se conoce, lo contrario a impulso, que es el sentido con el cual —citando a Bilbeny— «se entrelaza más a menudo con su acepción general de hábito o costumbre [a lo largo de la historia de la ética]» (Gómez Pineda, 2014, p, 151).

Apreciada desde su etimología cabe preguntar: pero, en fin, ¿qué es la ética? Y aparece la respuesta: «en el lenguaje académico especializado la palabra “ética” designa principalmente una rama de la filosofía dedicada a la reflexión sobre el “ethos”, entendido este como “conjunto de

actitudes, convicciones, creencias morales y formas de conducta"... Es decir, en sentido estricto "ética" es el nombre de una disciplina filosófica» (D'Auria, 2013).

Entonces, ética es la forma como se estudia el comportamiento del hombre ante determinadas circunstancias o la forma de actuar según sus convicciones. Es la reflexión de los actos antes, durante y después de una acción. Desde el punto de vista filosófico, la ética consiste en analizar conductas humanas dependiendo de la evolución, a mayor evolución, mayor reflexión.

3.9 Moral

La palabra moral deriva del genitivo latino *mōris*, el cual traduce ordinariamente «costumbre». De aquí que cuando se habla de *mōrālis* en latín se esté hablando de algo referente o relativo a «usos y costumbres». Esto quiere decir, que lo que se hace por costumbre se modifica de acuerdo con el lugar y el tiempo: los seres humanos le dan un significado a sus actos y a las ventajas o daños que esto puede causar; es decir, que todo acto tiene un sentido moral por lo aprendido en una cultura.

Marquínez, & et al (1991), afirman que en América Latina nunca ha existido verdadera moralidad, ya que ha sido siempre un pueblo dependiente; nunca ha sido responsable de sus

actos y situaciones, porque nunca ha poseído un proyecto histórico propio por el que haya debido responder y por lo tanto no somos inmorales, si no amorales.

3.10 Ética Hipocrática

La medicina hipocrática es en efecto, una etapa singularmente decisiva en la historia universal del saber médico, en la cual el juramento, es el postulado ético y moral contundente del comportamiento médico, donde la prudencia y la virtud son las vigas maestras de ésta escuela.

La Ética Hipocrática nacida en Grecia prácticamente está vigente en el momento actual y se caracteriza por las siguientes manifestaciones: la especial valoración de la mano y el ojo en la práctica de la medicina, la fortaleza del ánimo terapéutico y la manera en cierto modo característica de plantear y tratar el problema del prestigio social. La esencial pertenencia de la mano a la técnica del médico y el elogio de la destreza manual cuando es rectamente empleada, se considera al cirujano «experto en el uso de las manos», al tratar a un enfermo cualquiera que sea el modo de hacerlo, es poner las manos sobre él y así se entiende que él sea «manipulador». Pero el médico no puede ser buen cirujano, si en él no opera el hábito mental y práctico de atenerse con especial energía a lo que en el cuerpo del enfermo se ve y se toca (destreza manual del médico), la mentalidad quirúrgica hace caer al médico en cuenta de que también es posible

ver percibir formas y relieves a través de la mano. La inteligencia no basta para ser buen médico, porque es posible ser malo a causa de la torpeza manual; pero sin la dirección de la inteligencia, de poco valdría la destreza manual más exquisita, para que la práctica quirúrgica sea satisfactoria, la destreza manual y el pensar deben integrarse en ella (Laín, 1970).

La conducta médica tiene una suprema regla moral, favorecer o no perjudicar. El médico favorece al enfermo cuando para tratarlo, escoge el mejor de los recursos y lo afecta rectamente respetando el decoro moral del paciente. El principio rector de la ética médica es el principio de no maleficencia, *Primum Non Nocere* (lo primero no hacer daño), hace referencia a la no práctica de tratamientos más peligrosos que eficaces y evitar el sufrimiento del paciente.

La tradición hipocrática sigue estando viva por las necesidades éticas, aunque la ética médica no pueda ser ya exactamente igual a la de los hipocráticos. La Ley 100 del 23 de diciembre de 1993 que implantó el modelo de atención «gerenciada» de la salud, ha causado un enorme perjuicio a la educación médica y al ejercicio de la profesión en beneficio del paciente.

«La comercialización de la atención de la salud que implantó en Colombia la Ley 100 modifica en forma drástica la concepción misma de la moral social, al reemplazar el imperativo hipocrático que busca siempre el beneficio del paciente por un esquema económico que somete el acto médico a los objetivos de lucro de la industria y al poder del mercado. En tal esquema el poder de decisión se sustrae del ámbito intelectual y científico de la profesión médica y pasa a manos de la burocracia administrativa de la corporación, convirtiendo al médico en un operario en la infraestructura corporativa creada con ánimo de lucro. Es un paso ominoso hacia la desprofesionalización de la medicina» (Patiño, 2011, p, 10).

3.11 Expresión fenomenológica de valores médicos

a) Práctica médica moderna

La mercantilización de la salud y la influencia de las ideologías económicas sobre los modelos de salud han generado que los médicos de hoy raramente no ejerzan la medicina como profesión sino que cumplen funciones como empleados de sistemas de salud, cuyos objetivos económicos frecuentemente son ajenos a los intereses tanto de pacientes como de ellos mismos (los médicos).

La globalización y los sistemas de salud han exigido que la práctica médica actual se encuentre codificada: se codifican las patologías y los procedimientos que se van realizando. Esta codificación, en el caso de los quirófanos, se hace de manera exagerada, se codifican actos que no se hacen o que están incluidos en la técnica quirúrgica, así parece que se realiza mayor actividad quirúrgica que la que realmente se hace. Solo el 15% de las intervenciones médicas son sustentadas por evidencias científicas sólidas; si no existe evidencia para respaldar los actos

médicos entonces estos pueden ser cambiados por otras intervenciones o procedimientos más rentables (Raw, 2007).

Esta transformación global no es reciente, la falla central de toda la medicina actual proviene de la ingenua separación entre alma y cuerpo, del cándido materialismo que conducía a buscar toda enfermedad en lo somático (Sabato, 1951), si bien esta transformación mercantil es global, ha influido sustancialmente en la *crisis total del hombre* denominada así por Ernesto Sábato, quien afirmo; que *la tecnología y la racionalización, han llevado al hombre a ser abstracto, que no existe en realidad, ocurriendo así la crisis espiritual de la humanidad con pérdida de la sacralidad*. «El hombre conquistó el mundo de las cosas, pero con un gran riesgo para su alma. Ha terminado por cosificarse, él mismo se transformó en cosa». Y cuando así ocurre, todos los horrores del sadismo, de la crueldad y de la violencia son posibles (Sabato, Entrevista "A Fondo", 1977).

Cosificación

Georg Lukács afirmo que «cosificamos» a otros seres humanos si perdemos de vista el reconocimiento previo de su ser, la cosificación de otros seres humanos, significaría la negación misma de su consideración como seres humanos. Para Lukács el efecto de la sociedad capitalista

de mercado es como si condujera automáticamente a una universalización de las orientaciones cosificantes, hasta que al final sólo encontraríamos sujetos que se cosifican a sí mismos, a su entorno natural y a los demás seres humanos. Asume que la auto cosificación también está acompañada siempre de la cosificación de otras personas (Honneth, 2005). Heidegger, a su vez no determina la cosificación como efecto de la sociedad capitalista, lo hace en relación con los discursos metafísicos, desligándolo de toda praxis económica y social, el fenómeno de la instrumentalización-cosificación lo comprende desde una previa concepción del concepto de “mundo” o “mundanidad”, de inspiración husserliana. Dicha mundanidad o mundo, asume los rasgos de un co-estar que garantiza y justifica la relación o “coexistencia con los otros”. Para él la cosificación es la diferenciación entre el Dasein y el ente, propio del estar-en-el-mundo del Dasein y el estar-dentro, propio de las cosas (Heidegger, 2005).

El núcleo de toda cosificación consiste en un «olvido del reconocimiento» del ser humano, el hecho de que la cosificación de otros seres humanos y la autocosificación no se presenten obligatoriamente juntos, tiene la consecuencia de que dos causas completamente distintas podrían ser sus responsables. También en el caso de la relación individual con uno mismo, una tendencia a la autocosificación surge, siempre que nosotros comenzamos a olvidar (de nuevo) esta autoafirmación que estaba en curso previamente, concibiendo las sensaciones psíquicas solamente o bien como objetos a observar o bien como objetos a producir.

Si, por consiguiente, la despersonalización de las relaciones sociales presupone el reconocimiento elemental del otro, que se ha vuelto anónimo, como persona humana, entonces la cosificación incluiría precisamente poner en tela de juicio u «olvidar» esta realidad. (Honneth, 2005).

Impersonalización

Frente al concepto los diferentes pensadores impersonales Freud, Weil y Esposito, determinan que existe una historia de la problematización del concepto de persona, que oscila entre la persona y lo impersonal, debido a que extrae los elementos impersonales a partir de una dialéctica entre lo cercano y lo ajeno, lo propio y lo no familiar. Lo impersonal freudiano guarda una estrecha relación con lo infamiliar o siniestro. Lo impersonal debe controlarse para encontrar el terreno de lo familiar, el espacio de lo personal y, por consiguiente, el despliegue de la autonomía. Por su parte Simone Weil es la pensadora que mejor comprendió lo personal como un dispositivo de exclusión, en la persona y lo sagrado, detecta que el vínculo entre derecho y persona es un vínculo no vinculante. Para Hannah Arendt los sujetos que quedan excluidos del espacio público son automáticamente no-personas: personas que no logran adquirir las cualidades que los hacen ser humanos. (Álvarez, 2014).

La impersonalización es una forma de evitar la despersonalización conceptual de la bioética y la filosofía, en tanto que evita la homologación entre el humano y la persona. Lo

impersonal no es contrario a la persona: constituye la radicalización del pensamiento para pensar formas no excluyentes de lo humano.

Fetichización de los valores

Se denomina fetichización al material de culto al que se conceden propiedades mágicas o sobrenaturales y llega a ser venerado como un ídolo, Se considera también un fetiche un objeto relacionado con la superstición y al que se le asocia con la suerte.

Se habla tanto de los valores que se olvidan de la vida a la cual estos deben servir, más aun, se convierten con frecuencia en algo superior a la vida misma, en tal caso no son los valores para la vida sino la vida para los valores, quiere decir que se absolutizan los valores, se fetichizan, se elevan hasta ídolos y desde allí devoran la vida real de los humanos a la cual pretenden servir, esta absolutización otorga a los valores dignidad de fin, convirtiéndolos en instancias supremas, universales, eternas a las que se subordina la vida anulándolos, el fetichismo paradójicamente, los volatiza por vía de sublimación o absolutización (Marquinez Argote, et al, 1991).

b) Principios de la ética médica clínica.

En la profesión médica los principios bioéticos son de gran importancia: los principios como beneficencia y no-maleficencia (*primun non-nocere*), se simplifican en que los beneficios deben ser superiores a los riesgos. No maleficencia y justicia son fundamentales para la recta convivencia o «ética de mínimos», son por lo tanto obligatorios, exigibles y vinculantes, en cambio la beneficencia y la autonomía son principios de una «ética de máximos», deseable y necesaria pero no exigible (Stepke, 2007).

Estos principios médicos se traducen en las siguientes responsabilidades básicas:

- Competencia profesional.
- Honestidad con el paciente.
- Confidencialidad.
- Adecuada relación médico-paciente.
- Calidad asistencial.
- Equidad.
- Gestión racional y eficaz de los recursos.
- Conocimiento científico.
- Mantenimiento de la confianza social a través de una gestión adecuada del conflicto de intereses.
- Autorregulación y respeto mutuo entre colegas (Pardell, 2006).

La Ley 1164 de 20007 en su Artículo 35 define como Los principios, Éticos y Bioéticos. Además de los principios rectores consagrados en la Constitución Política, la veracidad, la igualdad, la autonomía, la beneficencia, el mal menor, la no maleficencia, la totalidad y la causa de doble efecto.

Beneficencia

«No puede haber beneficencia si el paciente no la percibe como benéfica», el principio de beneficencia es; «obrar solo en beneficio del paciente», este principio fue fundamento de la medicina hipocrática, que mantuvo vigencia por más de veinticinco siglos, pero que en la actualidad no es completamente entendido, generando grandes conflictos éticos. Ahora se le conoce como principio de eficacia o rentabilidad, la globalización y la transformación acelerada, no solo tecnológica, sino en el ejercicio profesional de la medicina, han hecho que el principio, no solo no se considere obligatorio, sino que ni siquiera se considere como un ideal moral. (Thompson, 2006).

No maleficencia

No maleficencia consiste en que todos estamos obligados a no hacerle mal a otro. O sea, que si por cualquiera circunstancia, voluntaria o involuntaria, no podemos hacer el bien, nuestra obligación mínima es no hacer mal. Desde Hipócrates hasta la actualidad, todos los códigos de ética médica han tenido este principio como rector de la práctica médica. Sin embargo, en la era de la «medicina gestionada», no siempre este principio es una prioridad, porque muchas veces en la toma de decisiones priman otros intereses, diferentes al paciente. (Thompson, 2006).

Para efectos de esta investigación se usan estos dos principios porque son los valores esenciales de la medicina. Principios de prima facie y los de segundo son autonomía y respeto

c) Valores organizacionales del prestador de servicios dentro del cual se realiza esta investigación

Tabla 3. Valores y Principios Institucionales

Honestidad	Respeto	Trabajo en equipo	Pasión
Cumplo con las obligaciones y responsabilidades en los tiempos establecidos y con la calidad esperada.	Soy amable y cortés con las demás personas sin discriminar a nadie.	Conocemos los objetivos a alcanzar y cómo podemos contribuir al logro de los mismos.	Trabajo diariamente para ser mejor y me esfuerzo por aprender nuevas cosas y ser más productivo en mi puesto de trabajo.
Tengo claridad de las acciones que puedo realizar como servidor público y cumplo con las normas y procedimientos.	Saludo a compañeros, usuarios y doy las gracias siempre cuando una persona hace algo por mí.	Aprendemos continuamente de los demás y ponemos en práctica nuevas técnicas o métodos de trabajo.	Siempre miro más allá de las posibilidades y desarrollo mi capacidad de aprender continuamente.
Me comporto de forma correcta y transparente en el desarrollo de mis actividades.	Reconozco los méritos de los demás y actúo con ellos justamente.	Aprendemos a comunicarnos efectivamente y escuchamos respetuosamente las soluciones e intentando aprovechar las sugerencias.	Siendo positivo y optimista a pesar de las oportunidades de mejora y retos que se presenten.
Reconozco con humildad mis limitaciones, asumiendo los errores e intentando reparar el daño, reconociendo mi responsabilidad y	Evito emitir opiniones negativas, juzgar y/o criticar a las demás personas sin antes conocerlas.	Buscamos continuamente la excelencia a nivel personal y grupal realizando retroalimentación permanente.	Aprendo a concentrarme en mis metas y priorizar las acciones que me ayuden a simplificar y hacer mejor mi

Honestidad	Respeto	Trabajo en equipo	Pasión
asumiendo las consecuencias de mis actos. Soy cuidadoso en el manejo de los bienes materiales y la información que están a mi cargo. Guardo discreción ante las confidencias personales y secretos profesionales.	Pienso antes de hablar evitando herir los sentimientos de los demás. Trato a los demás como quisieras que me trataran a mí. Acepto las personas que tiene diferentes culturas, creencias, religiosas, políticas e inclusive deportivas. Escucho detenidamente a las personas cuando están hablando, sin interrupción y atendiendo su exposición. Presento mis argumentos sin humillar o maltratar a los demás. Cuando intento ponerme en los zapatos de los demás para comprender a las personas y su forma de actuar.	Asumimos con responsabilidad los roles, actividades y funciones asignados promoviendo la participación y el compromiso de todos. Celebramos los logros y reconocemos a quienes se han esforzado más allá de lo esperado. Establecemos relaciones de confianza y fortalecemos el liderazgo entre los miembros del equipo. Solucionamos los problemas en un ambiente de confianza, evitando buscar culpables.	trabajo. Establezco objetivos y cada día trabajo para cumplir pequeñas metas que me lleven al logro de mis sueños. Siento una inmensa emoción cuando hablo de cuanto amo lo que hago. Tomo tiempos de descanso, hago ejercicio físico para revitalizarme y continuar mejorando. Me siento orgulloso de mi trabajo diariamente porque de verdad amo y valoro en mi institución.
«Somos transparentes y obramos con la verdad»	«Aceptamos las diferencias y damos trato humano y digno»	«Sumamos esfuerzos para lograr una meta»	«Estamos comprometidos con el corazón y la mente»

Fuente: Tomando de la cartilla de acreditación, HSLV E.S.E. Código de Ética y buen gobierno, P, 23-24 (Hospital Susana Lopez de Valencia E.S.E., 2015).

4. Supuesto

Pese a que en América Latina los teóricos afirman que nunca ha existido verdadera moralidad (Marquínez, & et al (1991)), teniendo en cuenta el carácter de médicos de los especialistas, y debiendo estar la práctica médica en los principios de la beneficencia y no maleficencia se esperan valores morales concordantes con estos, tales como: benevolencia, veracidad, respeto, amistad, autonomía, etc...)

5. Objetivos

a. Objetivo general

Descubrir el (los) valor (es) moral (es) que guían las prácticas y actitudes de los médicos especialistas adscritos al bloque quirúrgico de un hospital de mediana complejidad en Cauca Colombia.

b. Objetivos específicos

1. Caracterizar a los especialistas que forman parte del contexto objeto de estudio.
2. Describir las manifestaciones de los médicos especialistas que hacen referencia a valores morales de la práctica médica quirúrgica.
3. Reducir los contenidos de las conversaciones que solo atañen a los especialistas y examinarlos a la luz de valores morales.
4. Interpretar fenomenológicamente las manifestaciones de los valores morales verbalizados.

6. Metodología

6.1 Diseño de la investigación

Esta investigación:

6.1.1 Acude a la Metodología Cualitativa, que es una forma de investigación de base lingüística-semiótica, porque se pregunta por la manifestación de una estructura esencial de la conciencia como es la identificación de valores morales, que son un asunto de significado.

6.1.2 Recurre, dentro de la Metodología Cualitativa, al Método Fenomenológico porque la fenomenología es la ciencia que trata de descubrir las estructuras o manifestaciones esenciales de la conciencia, una de las cuales, la identificación de valores que guían las prácticas y actitudes de los médicos especialistas, es el objetivo general de esta investigación.

6.1.3 Por lo tanto, al pretender identificar valores que guían las prácticas y actitudes, el investigador debe apelar a la llamada *experiencia intuitiva* o *experiencia evidente*; es decir, aquella experiencia en que las manifestaciones se expresan lo más originarias o patentes.

6.1.4 De aquí que, primero se proceda a:

6.1.4.1 Observar la ***actitud natural***, que no es otra cosa que la descripción general de los Verbatim relacionados con los valores que guían las prácticas y actitudes de los médicos especialistas.

6.1.4.2 Realización de la ***epojé*** (epoché o epokhe), o —como afirma Husserl— «poner entre paréntesis» (*Einklammerung*) de la cotidianeidad para alcanzar la denominada reducción metodológica.

6.1.4.3 Finalmente, la ***intuición eidética*** o percepción de lo universal abstracto que no es otra cosa que la interpretación fenomenológica de los valores que guían las prácticas y actitudes de los médicos especialistas.

6.2 Tipo de estudio

Este es un estudio cualitativo de enfoque fenomenológico que hace una averiguación axiológica para resolver una cuestión de la gestión de los recursos humanos en salud. En consecuencia: NO es una investigación médica en seres humanos ni con material humano, ni de información identificable.

Dado que en la literatura no existen estudios de este tipo realizados a trabajadores y mucho menos a trabajadores de salud, la metodología elegida es novedosa y toma como base las teorías del enfoque fenomenológico axiológico médico apoyadas en la contextualización socioeconómica.

Para entender la esencia de la develación de valor(es) moral(es) individual y colectivo es necesario realizar un estudio cualitativo fenomenológico cuyas estrategias de recolección y análisis de la información, permitan identificar el fenómeno axiológico en plenitud en el marco de referencia y el contexto en el cual se desenvuelve profesionalmente el sujeto, como lo viven y experimentan en su actuar médico, dado que no se puede establecer la naturaleza positiva o negativa de un valor en forma abstracta, ni tampoco a partir de la persona como individuo

aislado, sino dentro del contexto social e histórico del grupo del cual el individuo forma parte (Marquinez Argote & et al, 1991).

Para lograr transferibilidad se tiene en cuenta que el fenómeno estudiado está íntimamente vinculado a los momentos, a las situaciones del contexto y a los sujetos participantes de la investigación (Noreña, Alcaraz, Rojas, & Rebolledo, 2012), con ayuda del enfoque cuantitativo se busca dar complementariedad al contexto en el cual se devela el fenómeno, evaluando variables socioeconómicas de la población a estudio.

El estudio será cualitativo en cuanto se basa en describir lo observado y percibido por los investigadores en el entorno en el cual se desarrolla y da vida al fenómeno en su plenitud, individualmente en cada profesional y colectivo, al respecto Maykut y Morehouse en 1994, describen que la investigación cualitativa: «busca entender una situación, tal como es construida por los participantes, el investigador cualitativo intenta capturar lo que la gente dice y hace, es decir los productos de cómo la gente interpreta el mundo» (Bonilla, 2008).

Fenomenológico, como estudio del fenómeno tal como se presenta y la manera en que se vive por el personal, Heidegger con su metodología hermenéutica o interpretada plantea buscar comprender una vivencia, llegar al entendimiento de lo que somos a través del lenguaje mediante la utilización de enunciados, busca el entendimiento de lo que somos, entender que la vivencia es

en sí misma es un proceso interpretativo y que la interpretación ocurre en el contexto donde el investigador es participe.

Se enfatiza en la intuición reflexiva para describir la experiencia tal como se vive y desde su punto de vista, todas las distinciones de nuestra experiencia deben carecer de presuposiciones y prejuicios; en cambio, se deben buscar los fundamentos teóricos que permitan crear una base segura para describir la experiencia y conseguir la realidad del mundo tal y como es (Trejo, 2012), aprendiendo a mirarnos, a mirar las cosas en sí mismas evitando modificar la visión por conocimientos previos y teorías adquiridas (Cánovas, T, 2008).

En lo Axiológico se pretende establecer la naturaleza positiva o negativa del valor (valor y disvalor) en su experiencia fenomenológica, que permite comprender la persona como autor de su propia aventura y actitudes morales, permitiendo considerar que algo es o no valioso en la vida real, partiendo del conocimiento de los principios y virtudes que todo médico debe tener definiéndolos como valores y a los contrarios a estos definidos como disvalores o valores negativos.

Esta investigación no busca generalizar los datos a todo tipo de contexto y profesional médico, busca entender el fenómeno axiológico en el bloque quirúrgico, identificando un patrón

estructural de develación del fenómeno «valor» en su naturaleza, que permita a otros investigadores utilizar este patrón y guiar su investigación en contextos similares.

6.3 Área de estudio

Esta investigación se realizó en el bloque quirúrgico de un Hospital de mediana complejidad del departamento del Cauca Colombia, el cuál fue escogido de entre los cincuenta y siete (57) servicios funcionales de la institución porque representa en promedio, el treinta y cuatro por ciento (34%) de la productividad y es considerado el servicio estrella por su peso porcentual en los ingresos del hospital, razón por lo cual es objeto de práctica administrativa en búsqueda de reducción de costos, eficiencia y eficacia lo cual pareciera estar implicado en la denominada deshumanización del ejercicio de la medicina.

El bloque quirúrgico es un área de especial cuidado, un ecosistema en el cual el cirujano no trata solamente anatomía, sino pacientes, que recuren a él porque están padeciendo, sintiendo, sufriendo y ven con miedo y tristeza como la patología amenaza su integridad, su cuerpo y sus funciones, el paciente acude al médico buscando ayuda que debe ser proporcionada por el cirujano adornada con actitudes y decisiones morales, en el proceso quirúrgico donde no es posible la bondad moral al margen de la bondad técnica, hace que el bloque quirúrgico, por todas sus características y requerimientos morales sea el lugar ideal para el desarrollo de este proyecto.

6.4 Población y muestra

La población y muestra para este estudio en el área del bloque quirúrgico comprendida por quirófanos, sala de recuperación, pasillos, estación de enfermería y vestidores requirió contar con el universo del estudio integrado por 43 médicos especialistas, del bloque, correspondientes a las siguientes especialidades: 11 anestesiólogos, 9 ginecólogos, 8 cirujanos, 8 traumatólogos, 2 cirujanos pediatras, 2 oftalmólogos, 2 urólogos y 1 fisiatra, dado que para esta investigación se aplicó técnica de recolección de información mediante registros magnetofónicos aleatorios (grabaciones realizadas en cualquier sitio y a cualquier hora, de donde se extractan y reproducen frases exactas espontáneas o Verbatim).

6.5 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión fueron: aceptar participar voluntariamente en el estudio, ser trabajador del Hospital de Mediana Complejidad donde se realizó el estudio, tener algún tipo de relación laboral medido por diferente tipo de contratación, que su área de trabajo fuera el bloque quirúrgico, que hubiera recibido la capacitación de plan estratégico de la IPS.

6.6 Recolección de información

La respectiva recolección de la información fue realizada directamente por los investigadores en la aplicación del cuestionario. Por personal “aliado” en las grabaciones magnetofónicas con grabadora de voz marca Sony referencia ICDPX240, que cuenta con 4 GB de memoria y cuenta con un tiempo máximo de grabación de 1043 horas continuas, debido a su tamaño permitía ser transportada en un bolsillo por lo cual permitió pasar desapercibida por los investigados para evitar cohibición frente a personal administrativo. Como dos de los especialistas no aceptaron ser partícipes se tuvo en cuenta los turnos en los que ellos se encontraban presentes, para no realizar grabación alguna ni obtención de enunciados.

El tiempo estimado de grabación fue durante 4 semanas para un total de 96 horas de grabación de donde se extractaron frases exactas espontaneas, oraciones, verbatim, valores, en los diferentes sitios del boque quirúrgico.

6.7 Etapas de la recolección de información

La investigación se realizó en las siguientes etapas:

Primero, los especialistas fueron abordados individualmente para darles información sobre el objeto del trabajo de investigación y las características de la misma.

Segundo, a quienes aceptaron participar libremente se les presentó individualmente, para ser firmado, el consentimiento informado luego de explicarles la estrategia de recolección de la información requerida para el desarrollo de la investigación y según el cumplimiento de los criterios de inclusión, dado que para esta investigación se aplicó técnica de recolección de información mediante registros magnetofónicos aleatorios (grabaciones realizadas en cualquier sitio y a cualquier hora, de donde se extractan y reproducen frases exactas espontaneas).

Tercero, se aplicó al universo (quienes aceptaron participar y firmaron el consentimiento) un cuestionario que fue diseñado y aprobado tomando como referencia el cuestionario de valores de alumnos (CVA), diseñado por ESTEBARANZ (1991) como instrumento de recogida de datos

cualitativos, el cual fue adaptado para el contexto del presente estudio teniendo en cuenta los demás cuestionarios también validados en estudios anteriores, y

Cuarto, finalmente se realizó el registro magnetofónico en el bloque quirúrgico que fueron grabaciones aleatorias realizadas sin previo aviso o descripciones manuscritas en pequeñas libretas en donde se consignen en forma discreta la frase acabada de escuchar y pueda considerarse trascendental como información para el trabajo, en cualquiera de los espacios del bloque quirúrgico de las cuales se extraerán transcripciones fidedignas o Verbatim, de parlamentos introspectivos, frases o palabras expresadas, que permitirán definir la manifestación real, espontánea, natural y verdadera (Díaz, Paniagua, & Diez, 1998) de lo que es valioso para cada médico especializado que hace parte del bloque quirúrgico. Todos los especialistas del bloque quirúrgico bajo la aceptación voluntaria de su participación, sabían que en cualquier momento podrían estar siendo registradas sus expresiones, momentos y actos mediante grabaciones o registros. El tiempo de obtención de la información se estimó de un (1) mes.

No se estimó un número definido de grabaciones. Se hicieron durante el día y a cualquier hora en el área del bloque quirúrgico en diferentes turnos, en forma espontánea sin que hubiera conocimiento del momento por parte de los examinados ya que así se explicó claramente en la presentación del objeto de la investigación y firma del consentimiento informado. El equipo magnetofónico (que tiene la particularidad de caber en un bolsillo) fue llevado por algún

trabajador de entera confianza de los investigadores que cohabite en el bloque quirúrgico con los especialistas el cual y para evitar identificación de la evidencia de grabaciones, permaneció encendido durante varias horas pues la tecnología así nos lo permite. Al finalizar las jornadas de obtención de la información fue entregada con la debida discreción a los investigadores para la recuperación de lo grabado. Toda la información tuvo trascendencia porque de las expresiones se dedujeron, frases exactas, oraciones, verbatim, valores que estuvieron presentes en cualquier momento y hora. En el consentimiento informado, se describió claramente la forma de obtención de información. No hubo alteración alguna en la rutina laboral de tal manera que todo lo captado fue de lo expresado en la realidad del proceso quirúrgico.

6.8 Plan de análisis

Para observar la **actitud natural** de los Verbatim, realizar la **epojé** y llegar la **intuición eidética**, se usó la técnica de Sarah Ryan (1966) puntualizada por Colaizzi (1978) en un procedimiento de 5 pasos (Díaz, Paniagua, & Diez, 1998):

- 1) Se transcribieron de manera exacta oraciones o frases cuidando que las palabras aparecieran en el mismo lugar, en el mismo orden, sin paráfrasis, sustitución o abreviación de cualquier tipo, evitando cualquier cambio por trivial que pudiera alterar el significado.

2) Obtenidos los Verbatim, se seleccionaron los más significativos para la experiencia del estudio y develación del fenómeno observado.

3) Se conocieron y analizaron los significados de los Verbatim.

4) Se organizan los Verbatim seleccionados como más significativos en grupos de valores.

5) Se regresó a la fuente para validar o confirmar las conclusiones.

6.9 Consideraciones éticas

La presente investigación no hace ningún tipo de intervención en las variables sociales, psicológicas, biológicas, fisiologías, culturales, por lo tanto no se considera como una investigación médica, en consecuencia no fue sujeta a la vigilancia que señala la Resolución No.

008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia y las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos de 2002 (Pauta 14/CIOMS-2002).

Si se hizo uso del consentimiento informado, fue en el respeto propio de las ciencias humanas y no en el aspecto del mundo biomédico.

No existió ningún conflicto de intereses por parte de ninguno de los investigadores ni hubo beneficios económicos por la participación en esta investigación. Los datos obtenidos y la custodia de la información estuvieron a cargo de los dos investigadores en sitios apropiados y establecidos fuera de las instalaciones del hospital para que existiera certeza de que estos no fueran usados para otras actividades diferentes al estudio.

La aplicación del cuestionario como instrumento de recolección de datos cualitativos, se realizó personal e individual con la explicación pertinente del objeto del mismo, respondiéndose la totalidad de las preguntas por los especialistas que decidieron participar en la investigación, para posterior interpretación de las variables, se usaron las grabaciones magnetofónicas como instrumento de captación de datos, solamente a los especialistas que decidieron participar en el estudio, se hicieron durante el día y a cualquier hora en el área del bloque quirúrgico en diferentes turnos, en forma espontánea sin que hubiera conocimiento del momento por parte de

los examinados ya que así se explicó claramente en la presentación del objeto de la investigación.

7 Resultados

7.1 Contexto

El bloque quirúrgico objeto de la presente investigación está conformado por los especialistas médicos que trabajan en el lugar, los demás profesionales, el medio físico en el que habitan y las relaciones que se establecen entre estos, se encuentra ubicado dentro del Hospital de mediana complejidad fuente de esta investigación, el cual se reconoce como una Empresa Social del Estado, con énfasis Materno infantil dedicado a la prestación de servicios de salud humanizados, íntegros y seguros de alta calidad cuyos valores organizacionales son ***honestidad, respeto, pasión y trabajo en equipo.***

Hace 9 años emprendió este énfasis y ha tratado de ser una institución modelo para cumplir con las condiciones de acreditación. Sin embargo, con cada administración cambia el enfoque desde la parte gerencial y política, factores que aceleran o enlentecen el desarrollo de la institución, que en lo espiritual ha querido ser modelo de prestación de servicios de salud, pero en el sistema tan complejo y adverso para el sector público, se evidencia que tiene que competir con el Estado casi ausente.

Debido a la competitividad generada por las tarifas desleales del sector privado, el hospital en cuanto institución pública tiene que cumplirle al Estado con una serie de normas en condiciones muy difíciles para prestar el servicio a todos sin importar si pagan o no las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB). Adicionalmente, los usuarios son cada vez más demandantes con esta empresa social del Estado y está muy expuestas al riesgo financiero.

El bloque quirúrgico de la institución, cuenta con talento humano conformado por 43 médicos especialistas de los cuales decidieron participar en la investigación 41 de ellos: 32 varones y 9 mujeres, en su mayoría entre los 40 a 50 años de edad. En cuanto a sus especialidades: 10 son anestesiólogos, 7 cirujanos generales, 2 cirujanos pediátricos, 9 ginecólogos, 1 fisiatra, 2 oftalmólogos, 8 traumatólogos, y 2 urólogos.

Referente al tipo de contratación laboral 10 tienen contrato de planta, 22 contrato sindical (2 de ellos tienen contrato tanto de planta como sindical) y 9 contrato por Orden de Prestación de Servicios (OPS), 32 especialistas con más de un año haciendo parte de este ecosistema.

De ellos 24 son de procedentes de Popayán, 13 procedentes de otros municipios y departamentos de Colombia y 3 de otros países Latinoamericanos (Cuba y México), la mayoría

de ellos con residencia en zona urbana estrato 4 a 6, en su mayoría sus padres no tienen estudios universitarios.

La zona donde estaba ubicado el colegio tanto privado como oficial donde terminaron su bachillerato es urbana.

Para 19 de los médicos especialistas del bloque quirúrgico que participaron en el estudio el significado de vivir en estrato socioeconómico (4) en adelante significa mejores condiciones, tranquilidad, comodidad y confort, mientras que para 7 médicos especialistas significa, esfuerzo y trabajo, 5 de ellos consideran que significa más costos e impuestos por iguales servicios que en estratos más bajos, otros 4 consideran que se sienten bien, 2 consideran que significa mayor oportunidad para avanzar y para los hijos, para 2 significa el lugar de procedencia y para otros dos medico especialistas significa nada en particular, vivir como la mayoría de colombianos.

Para 17 de los médicos especialistas del bloque quirúrgico que participaron en la investigación el significado de ser médico se relaciona con ayudar, 10 consideran que se relaciona con servicio, 8 que se relaciona con la vocación y misión, para 2 es un medio de sustento y un modo de vida como cualquier otro, 2 consideran que se relaciona con satisfacción y

realización personal, para 1 es el esfuerzo que realizaron sus padres y para otro es dedicación, amor responsabilidad y humanismo.

Para 9 de los médicos especialistas del bloque quirúrgico participantes de la investigación, el significado de ser especialista se relaciona con el logro de una meta, para 9 está relacionado con el conocimiento, 7 consideran que está relacionado con el mejor trato a los pacientes, para 6 se relaciona con la misión y la vocación, 4 consideran que se relaciona con responsabilidad, 3 relacionan el significado con mejorar su calidad de vida, y 3 lo relacionan con satisfacción y realización personal.

10 de los especialistas participantes coinciden en que formar parte del Hospital significa orgullo; por ser un hospital de alta calidad acreditado, 9 de ellos consideran que significa trabajo en equipo, 9 consideran que está relacionado con pasión, 4 con responsabilidad; compromiso por ser mejores para fortalecer la prestación de un del servicio, para 4 es una oportunidad, 3 consideran que es prestar un servicio a población pobre y vulnerable, mientras que para 2 de ellos significa otro trabajo más y la posibilidad de obtener más dinero.

13 de los especialistas participantes consideran que el tipo de contratación que tienen con el Hospital significa inseguridad e inestabilidad, mientras que 10 consideran lo contrario significa: seguridad, estabilidad, tranquilidad y está directamente relacionado a los que tienen contrato de planta, 5 consideran que significa intermediación, 4 más consideran que es otra forma de contratación, mientras para 4 no significa nada, 2 consideran que es prestar un servicio sin logros, sin pertenecer a la institución, para 2 significa explotación, y un especialista considera que es producción.

De los médicos especialistas que decidieron participar en el estudio, 4 de 41 saben que es beneficencia y no maleficencia, solo 2 los reconocen como principios básicos de la ética médica y los definen correctamente.

7.2 Transcripción de oraciones o frases

Producto de las grabaciones se obtuvieron las siguientes oraciones:

- ✓ Un especialista expresó: «En la tarde estuvimos a media marcha y por la noche, toco sacar lo que no se sacó en el día».

- ✓ Un especialista manifestó: «Hay uno que es una cuestión de pared abdominal y hay que remitirlo. Es el único que está como descompensado».
- ✓ Un especialista dirigiéndose a una persona del quirófano durante un procedimiento diurno dijo: «Al fin apareció».
- ✓ Dos especialistas tienen el siguiente diálogo: uno dice, « ¿Cómo le fue anoche?» Responde el otro: «Regular. A mí no me rinden las anestесias generales. Es que tengo a mi niña enferma. Tiene una estomatitis herpética».
- ✓ Una profesional: «Imagínate: se ponen a operar una paciente que ya se les ha dicho y esa cama se la podían dar a otra persona». Responde la otra: «Es que es como terquito».
- ✓ Una de las personas del servicio manifiesta con respecto a un especialista «dijo que perro viejo late echado y si dijo eso es por algo».
- ✓ En diálogo informal un profesional expresa: «Hay que ponerle seriedad a eso, pero quién puede con la gente».
- ✓ Uno de los especialistas refiere: «Todo está atascado por culpa de las cesáreas».
- ✓ Diálogo entre dos especialistas: «El problema de esto, es que tenemos hospitalización de medicina interna, aquí también. Las órdenes de medicina interna son: dieta hipo sódica, exámenes de rutina, vigilar cambios y a la espera de resultados. Son quince días en esas».
- ✓ Expresión de un profesional: «Ojalá que piense diferente, pero ni modo»
- ✓ Expresión de un profesional con respecto a la ejecución de procedimientos quirúrgicos: «Hicieron la cirugía del tumor... Esas, ya se hicieron. Entonces no falta nada. No podemos hacer ninguna cosa más».

- ✓ Narración de un especialista a su interlocutor acerca de una supuesta ausencia:
«Doctor: ¿y por qué se fue? Doctor hay valoración. Dígame cuál es la agenda exacta para mi cumplimiento. A mí no me gustan los cuestionamientos».
- ✓ Un especialista dirigiéndose a una profesional de la salud: «Jefe, si tiene algún inconveniente, llámeme, a mí no, al coordinador».
- ✓ Referencia de un especialista: «Hay un paciente que se está discutiendo, hace veinticinco de días y ayer lo estaba comentando con el traumatólogo, una fractura subcapital de fémur, que era SOAT y se pasó del SOAT y ya pasó a EPS que porque era un EPOC y lo han tratado de remitir».
- ✓ Expresión de un profesional de la salud, refiriéndose a lo dicho por dos especialistas:
«Yo le dije que yo, no la hago acá..., y si a mí me lo ponen, yo lo hago. El doctor Wilmer (nombre ficticio) dijo, que dice el doctor Jhonson (nombre ficticio) que él lo hace y así lo puso. Ja, ja, ja».
- ✓ Frase de un profesional a propósito de una asociación de especialistas: «Si vuelven los de ASOSUEÑO (nombre ficticio), se daña la armonía. Todo el mundo está contento con nuestro trabajo».
- ✓ Diálogo entre auxiliares de enfermería con respecto a la suspensión de un procedimiento quirúrgico por parte del especialista: «Esos familiares han hecho escándalo por todo lado (auxiliares). Si tienen SOAT lo pueden hacer en cualquier clínica privada. Yo le dije (a la paciente) que la programación se aplazó por sus comorbilidades, el paciente que llegue bien, en tres días está operado pero si los exámenes salen mal, se demoran y a usted le salieron mal las plaquetas».
- ✓ Expresión de una especialista durante la ejecución de una cirugía. «Es como un desperdicio, porque la jefe de central se puso a abrir todos y yo le dije que para que

los abría... y me dijo: es que no se usan, son muy viejos. Es un instrumental de calidad y no se consigue. Había unas cosas muy buenas».

- ✓ Diálogo entre especialista y coordinador de quirófanos: «No sé si la jefe le dijo que no había llegado. No doctor, a mí no me han dicho nada».
- ✓ Frase de un especialista con respecto al trabajo de personal de salud en el quirófano: «Toca correrles porque son las que mandan»
- ✓ Expresión de personal de salud por la no atención oportuna de especialistas : «Porque no hacen caso»
- ✓ Uno de los especialistas manifiesta: «Pero cuantas cesáreas es que son».
- ✓ Un especialista comenta con otro de sus colegas: «Conversaba el doctor Cristal... que una paciente hacía media hora estaba muerta aquí, ¿te acordás?»
- ✓ Referencia de un profesional: «Uno le pide al compañero que imprima en la noche y fines de semana y algunas veces se olvida imprimir las formulas».
- ✓ Frase de un especialista en cuanto a no gustarle el proceso pre anestésico: «Haber si puedo cambiar valoración pre anestésica»
- ✓ Profesional haciendo referencia ante la no oportunidad de presencia de un paciente: «Llamen a ver si se pasa otro»
- ✓ Especialista expresa a propósito de la congestión del servicio: «Dependiendo como esté el servicio en ese momento porque ayer estuvo terrible».
- ✓ Expresión de un especialista con respecto a la rigidez de uno de los profesionales del servicio: «Es horrible la espalda, desde que llegamos ayer. Esta vieja es, pero la tiene es podrida».

- ✓ Frase de un especialista con respecto a la complicación de una paciente a la que le estaban realizando una cesárea: «El turno parecía estar bonito hasta que se desconchinflo la de la cesárea»,
- ✓ Diálogo entre dos profesionales: «El de la toracotomía también se empezó a complicar, el sordomudo también empezó a sangrar por el tubo. Parecían estables»
- ✓ Informe de un profesional de la salud del servicio al especialista de turno: «Yo creo que hay que empezar con esta cesárea. Hay una cesárea, pero no es urgente, está en dilatación de tres»
- ✓ Referencia entre dos especialistas a propósito de su estado de salud: «Como esta doctor... Pues... ahí, con tendencia a mejorar... Eso espero».
- ✓ Expresión de un profesional ante la decisión de suspender un proceso quirúrgico: «Entonces ¿qué coma el paciente del cerclaje? No me vayan a echar la culpa a mí».
- ✓ Frase de un especialista ante la presencia de un nuevo profesional en el quirófano «El doctor por esta recién llegado de vacaciones debe estar enérgico».
- ✓ Expresión de especialistas con respecto a eficiencia de otros profesionales: «Con los especialistas nuevos hay dificultades en el manejo de algunos pacientes»
- ✓ Demoras entre la utilización de quirófanos son manifestadas por profesionales de la salud ante la lentitud de los especialistas: «A ese paciente que le falta, No se justifica dejar dos quirófanos, Hay mucha demora entre paciente y paciente»
- ✓ Frase de un profesional: «Mis colegas deberían interesarse más por la real urgencia que por el interés económico».
- ✓ Expresión de un especialista ante la programación de una paciente para interrupción voluntaria de embarazo (IVE): «Yo no voy a dar anestesia a paciente de IVE».

- ✓ Decisión de uno de los especialistas ante dificultades administrativas: «Si no hay camillas ni ropa, no se opera más, pues no estamos atendiendo animales».
- ✓ Expresión de un especialista al Coordinador: «El trabajo aquí, es muy agradable, estoy amañado. Usted siempre se caracteriza por ser muy amable»
- ✓ Expresión de un especialista ante el comportamiento de una profesional de la salud en presencia de pacientes: «Un momentico..., frente a todos los pacientes, nunca has aprendido amor»
- ✓ Reclamo de una profesional de la salud ante un posible error del especialista: «Se da cuenta usted doctor, que siendo tan milimétrico y organizado en todo, falló porque es humano»
- ✓ Expresión de uno de los profesionales: «A mí no me da miedo nada, solamente las mujeres»
- ✓ Dos frases de un profesional ante el llamado de atención a un auxiliar de enfermería y a la solicitud de ingresar a un paciente para un procedimiento de colecistectomía: «Porque se juzga con tanta severidad al auxiliar que cometió un error. ¡Pasen la vesícula!»
- ✓ Solicitud de un especialista a otro ante la necesidad de su presencia para iniciar proceso quirúrgico: « ¿Que hace doctor?, estoy en el 2 con el doctor “Rui señor” Vamos a hacer una cesárea, pero cuando llegue el Pediatra. No ha llegado el Dr. Porque no me informaron»
- ✓ Frase del especialista de turno: «Yo soy quien decide que operar».
- ✓ Requerimiento de profesional de la salud de turno a un especialista ante su ausencia: «Estando haciendo cirugía programada, faltando aún pacientes, sale a realizar unas vueltas. Porque desordena la programación».

- ✓ Expresión de profesional de turno: «A mí no me cambian el anestesiólogo, mande al que llegó tarde a urgencias».
- ✓ Referencia de especialista de turno ante la demora de un profesional: «La doctora no es cumplida, siempre llegando tarde».
- ✓ La profesional de la salud: «Siento que hay antipatía de los especialistas antiguos con los nuevos».
- ✓ Frase de un profesional haciendo referencia la presencia de nuevo personal de la salud: «Desde que llegaron esas dos señoras, el ambiente cambio, se dañó».
- ✓ Profesional de la salud refiriéndose a la demora de los especialistas en iniciar un procedimiento: «Chinches o no chinches, tienen que obedecer, cuando doy una orden tienen que cumplirla».
- ✓ Especialista haciendo referencia ante el requerimiento de una profesional de la salud: «Esta señora, está dando mucha lora».

7.3 Selección de Verbatim

A partir de las oraciones obtenidas de la transcripción de las grabaciones, se procedió a seleccionar los Verbatim, con base en las siguientes consideraciones:

Se separaron las oraciones de los contenidos de las conversaciones en verbatim que solo atañen a los especialistas.

Al iniciar la investigación se asumió que las conversaciones quirúrgicas girarían en torno a temas patológicos, términos médicos, procedimientos y temas técnicos, más se evidenció que existen muchos otros temas que no son divulgados fuera del entorno y que por tanto, no son tratados, pero que para este estudio son relevantes y permiten identificar las virtudes médicas y sus valores éticos reflejados en las relaciones de los médicos especialistas con los otros y el entorno.

6.3.1. Relaciones interpersonales, **colegaje**, entre los distintos especialistas del bloque quirúrgico, reflejadas en las conversaciones clínicas que sobrepasan el lenguaje técnico al personal evidenciados en los siguientes Verbatim:

6.3.1.1. «Mis colegas deberían interesarse más por la real urgencia que por el interés económico».

6.3.1.2. «No ha llegado el Dr. Porque no me informaron».

6.3.1.3. «Es horrible la espalda, desde que llegamos ayer».

6.3.1.4. «Esta vieja es, pero la tiene es podrida».

6.3.1.5. «Todo el mundo está contento con nuestro trabajo».

- 6.3.1.6. «Usted siempre se caracteriza por ser muy amable».
- 6.3.1.7. «Vamos a hacer una cesárea, pero cuando llegue el doctor G».
- 6.3.1.8. «A mí no me da miedo nada, solamente las mujeres».
- 6.3.1.9. « ¿Se da cuenta usted doctor, que siendo tan milimétrico y organizado en todo, falló porque es humano?».
- 6.3.1.10. «Desde que llegaron esas dos señoras, el ambiente cambio, se dañó».
- 6.3.1.11. «Con los doctores nuevos hay dificultades en el manejo de algunos pacientes».
- 6.3.1.12. «A mí no me cambian el anestesiólogo, mande al que llegó tarde a urgencias»
- 6.3.1.13. «La doctora no es cumplida, siempre llegando tarde».
- 6.3.1.14. «Un momentico..., frente a todos los pacientes, nunca has aprendido amor».
- 6.3.1.15. «Siento que hay antipatía de los especialistas antiguos con los nuevos»
- 6.3.1.16. «Cuando doy una orden tienen que cumplirla».
- 6.3.1.17. «Chinches o no chinches, tienen que obedecer»
- 6.3.1.18. «Esta señora, está dando mucha lora».
- 6.3.1.19. «Hay que ponerle seriedad a eso pero, quién puede con la gente».
- 6.3.1.20. «Porque se juzga con tanta severidad al auxiliar que cometió un error».
- 6.3.1.21. «Si vuelven los de ASOSUEÑO, se daña la armonía».
- 6.3.1.22. «Toca correrles porque son las que mandan».

- 6.3.1.23. «Porque no hacen caso».
- 6.3.1.24. «El problema de esto, es que tenemos hospitalización de medicina interna».

6.3.2. Relaciones sociales y situaciones de la vida cotidiana que reflejan la valoración que el medico da a su entorno en los siguientes Verbatim:

- 6.3.2.1. «Dependiendo como este el servicio en ese momento por que ayer estuvo terrible».
- 6.3.2.2. «El trabajo aquí, es muy agradable, estoy amañado».
- 6.3.2.3. «Yo soy quien decide que operar».
- 6.3.2.4. «El turno parecía estar bonito».
- 6.3.2.5. «No se justifica dejar dos quirófanos».
- 6.3.2.6. «Estando haciendo cirugía programada, faltando aún pacientes, sale a realizar unas vueltas».
- 6.3.2.7. «Y ahora, allá no hay nada».
- 6.3.2.8. «Como se le ocurre allá».
- 6.3.2.9. «Porque desordena la programación».
- 6.3.2.10. «Estamos perdiendo tiempo».
- 6.3.2.11. «Haber si puedo cambiar valoración pre anestésica».
- 6.3.2.12. «Hay mucha demora entre paciente y paciente».
- 6.3.2.13. «Uno le pide al compañero que imprima en la noche y fines de semana y algunas veces se olvida imprimir las fórmulas».

- 6.3.2.14. «A mí no me rinden las anestias generales».
 - 6.3.2.15. «Es que tengo a mi niña enferma. Tiene una estomatitis herpética».
 - 6.3.2.16. « ¿Qué hace doctor? Estoy en el 2 con el doctor...».
 - 6.3.2.17. «En la tarde estuvimos a media marcha».
 - 6.3.2.18. «Por la noche, toco sacar lo que no se sacó en el día».
- 6.3.3. Y, la relación médico-paciente, la presencia de dos sujetos en un claro desequilibrio de poder, entre la cosa y el cosificador, permite considerar las virtudes del médico en el acto médico, reflejado en los siguientes Verbatim:

- 6.3.3.1. « ¡Pasen la vesícula!».
- 6.3.3.2. «Yo no voy a dar anestesia a paciente de IVE».
- 6.3.3.3. «A ese paciente que le falta».
- 6.3.3.4. «Se desconchinflo la de la cesárea».
- 6.3.3.5. «El de la toracostomía también se empezó a complicar».
- 6.3.3.6. «El sordomudo también empezó a sangrar por el tubo».
- 6.3.3.7. «Para valorar si hay muchachos, pero estoy muy ocupadita».
- 6.3.3.8. «Pero, ¿cuantas cesáreas es que son?»
- 6.3.3.9. «Parecían estables».
- 6.3.3.10. «Yo creo que hay que empezar con esta cesárea».
- 6.3.3.11. «Hay uno que es una cuestión de pared abdominal».
- 6.3.3.12. «Es el único que está como descompensado».
- 6.3.3.13. «Hicieron la cirugía del tumor».
- 6.3.3.14. «Esas cirugías, ya se hicieron».

- 6.3.3.15. «Llaman a ver si se pasa otro».
- 6.3.3.16. «Una fractura subcapital de fémur».
- 6.3.3.17. «Yo no la hago acá».
- 6.3.3.18. «No podemos hacer ninguna cosa más».
- 6.3.3.19. «Era SOAT y se pasó de SOAT y ya pasó a EPS que porque era un EPOC».
- 6.3.3.20. «Todo está atascado por culpa de las cesáreas».
- 6.3.3.21. «Entonces no falta nada».
- 6.3.3.22. «Conversaba el doctor... que una paciente hacía media hora estaba muerta aquí».
- 6.3.3.23. «Hay una cesárea, pero no es urgente. Está en dilatación de tres».

7.4 Verbatim más significativos

De la multiplicidad de frases entre los especialistas o referidas hacia ellos, analizando su contenido y expresiones se hizo escogencia de las más significativas que nos orientaron a la expresión de un valor o valores que al realizar el análisis final nos llevan a lograr el objetivo de este trabajo.

Los siguientes son los Verbatim más significativos:

- 7.4.1 **«En la tarde estuvimos a media marcha, por la noche, tocó sacar lo que no se sacó en el día».** Esta frase refleja que la persona que la emite, pese a continuar en turno nocturno expresa que pudiendo haber realizado el proceso en horario vespertino, pospuso la realización del evento y se refleja en congestión nocturna evidenciado el valor de irresponsabilidad por parte de este.
- 7.4.2. **«Hay uno que es una cuestión de pared abdominal. Es el único que está como descompensado».** Se evidencia un trato inadecuado en la relación médico paciente. El paciente deja de ser persona y se convierte en una cosa. Cosificación e impersonalización. El paciente es una cosa y un órgano para el especialista de la expresión.
- 7.4.3. **«A mí no me rinden las anestесias generales».** Frase que demuestra falta de profesionalismo y autismo del especialista. Si hubiese trabajo en equipo se podría transmitir este proceso a los que «si les rinda». Se evidencia falta de colegaje y capacidad para solicitar ayuda.
- 7.4.4. **«Es que tengo a mi niña enferma. Tiene una estomatitis herpética».** En esta expresión se manifiesta la humanidad para su familiar, pero no con los pacientes anteriores que se convierten en cosas u órganos Se evidencia irrespeto. Su familiar tiene un valor superior al resto de los pacientes.
- 7.4.5. **«Hay que ponerle seriedad a eso, pero, quién puede con la gente».** Es claro que todos los trabajos son serios, no importa la complejidad de ellos. La responsabilidad es para todo proceso laboral.
- 7.4.6. **«Todo está atascado por culpa de las cesáreas».** Las organizaciones tienen una razón de ser. En esta institución, la razón de ser es el proceso materno infantil por

lo que hay que atender gestantes y niños. Habrá entonces madres en trabajo de parto y para cesáreas. No se puede criticar la razón de ser de la organización. Si es así, la razón de ser de la organización se convierte en un problema. Por lo tanto, la organización no existe. Se evidencia entonces, irresponsabilidad e impersonalidad. **«El problema de esto, es que tenemos hospitalización de medicina interna»**, impersonalización, no hay trabajo en equipo.

- 7.4.7. **«Hicieron la cirugía del tumor...»**. Nuevamente, los pacientes se convierten en órganos. Y cosas. Cambian el nombre de pila por «el del tumor» o por un número de cama.
- 7.4.8. **« ¡Pasen la vesícula!»**. Expresión de un especialista que le cambia el nombre por el de «vesícula». Una cosa, un órgano, una cosificación con la anuencia del resto del personal que ejecuta la acción que pasa a «vesícula» al quirófano para que le realicen el procedimiento quirúrgico.
- 7.4.9. **«Esas, ya se hicieron»**. Hacen referencia a procesos quirúrgicos de diferentes pacientes; «esas» son las cirugías, las intervenciones quirúrgicas realizadas a unas personas a los que convierten en cosas.
- 7.4.10. **«Entonces no falta nada»**. Debería hacer referencia a «no falta ningún paciente», pero «no falta nada» se convierte en objetos o cosas a lo que se están haciendo referencia.
- 7.4.11. **«No podemos hacer ninguna cosa más»**. La expresión es contundente.
- 7.4.12. **«Una fractura subcapital de fémur»**. El paciente *Rafael Cuero* (nombre ficticio) cambia en su nominación por la de «fractura subcapital de fémur», clara evidencia que transforma a pacientes en cosas, a personas una cosa, un órgano o una patología como sucede en este caso.

7.4.13. **«Era SOAT y se pasó de SOAT y ya pasó a EPS que porque era un EPOC».**

Expresión que demuestra no sólo cambio del nombre de una persona a una cosa u órgano, sino a un proceso administrativo SOAT y a una enfermedad manifestada con el nombre de EPOC.

7.4.14. **«Si vuelven los de ASOSUEÑO, se daña la armonía».** Se hace referencia al trabajo en equipo ante el deber ser de una organización. Se previene ante la posibilidad de diferentes tipos de contratación sin reflejar el profesionalismo de cada especialista no importando el personal de contratación para el proceso.

7.4.15. **«Todo el mundo está contento con nuestro trabajo».** Frase que evidencia satisfacción, interrelación entre el personal y trabajo en equipo según el especialista que lo dice.

7.4.16. **«Toca correrles porque son las que mandan».** No debe haber «superioridad» entre verdaderos profesionales. Todas las personas merecen respeto. Las enfermeras jefes del quirófano del estudio, tienen la responsabilidad de coordinar la programación quirúrgica. Es parte de sus funciones. No son «las que mandan», ni «hay que correrles». Para el especialista entonces, el conocimiento de la jefa «no vale». Reflejo evidente de irresponsabilidad.

7.4.17. **«Chinches o no chinches, tienen que obedecer, cuando doy una orden, tienen que cumplirla, Esta señora, está dando mucha lora».** Dos aspectos entre las frases de una profesional de la salud y los especialistas. La primera manifiesta irrespeto por la persona del especialista con evidencia de autoritarismo concomitante y por parte del especialista una expresión despectiva debido a la actitud de la otra persona con irrespeto y falta de reconocimiento al conocimiento del otro profesional.

- 7.4.18. **«Porque no hacen caso»**. Expresión angustiosa de la profesional de la salud a los especialistas que deben hacer un proceso quirúrgico evidenciando irresponsabilidad en este aspecto.
- 7.4.19. **«Pero cuantas cesáreas es que son»**. Pese al deber ser de la organización, se manifiestan quejas por el número de cesáreas, pero primordialmente ante esta expresión no como personas a punto de dar a luz sino la de cosas que van a ser intervenidas mediante el proceso de una cesárea.
- 7.4.20. **«Conversaba el doctor... que una paciente hacía media hora estaba muerta aquí, ¿te acordás?»**. Expresión completamente de irresponsabilidad, ya que evidencia total descuido del personal de salud al no darse cuenta del fallecimiento de un paciente y no haber realizado la atención oportuna sin importar el resultado.
- 7.4.21. **«Uno le pide al compañero que imprima en la noche y fines de semana y algunas veces se olvida imprimir las formulas»**. El trabajo en equipo es trascendental en cada organización. Manifestaciones como esta, evidencia la inadecuada interrelación del personal pudiendo haberse sorteado si hubiese un adecuado trabajo en equipo.
- 7.4.22. **«A ver si puedo cambiar valoración pre anestésica»**. Expresiones como esta muestran irresponsabilidad y profesionalismo del especialista. Los especialistas deben ser eficientes en cada una de sus ramas en toda la integralidad de la atención. De no sentirse satisfecho es mejor direccionarse a una mejor afinidad, pero no seguir en donde no se siente a gusto.
- 7.4.23. **«Llaman a ver si se pasa otro»**. La cosificación sigue manifestándose. No existen las personas y no se evidencia satisfacción por la labor prestada.

- 7.4.24. **«Dependiendo como este el servicio en ese momento por que ayer estuvo terrible».** Se fetichiza a servicios y a personas según el comportamiento del proceso. Los procesos son malos cuando hay muchos procedimientos quirúrgicos y son buenos cuando el trabajo «es suave».
- 7.4.25. **«Es horrible la espalda, desde que llegamos ayer. Esta vieja es, pero la tiene es podrida».** Ante la exigencia de una persona que cumple sus funciones para que los procesos sean dinámicos y eficientes, es fácil para algunos especialistas convertir a una persona en un símbolo. «En una vieja», «que la tiene podrida» Manifestación despectiva por su carácter estricto reflejo del cumplimiento y eficiencia de esa persona referida.
- 7.4.26. **«El turno parecía estar bonito hasta que se desconchinflo la de la cesárea».** Esta expresión «se desconchinflo» manifiesta impersonalidad e irresponsabilidad. Se usa una palabra inexistente calificando a una persona convertida en cosa «a cesárea». Aquí, el acto médico desaparece. No hay paciente. No hay empatía. No hay relación médico paciente.
- 7.4.27. **«El de la toracotomía también se empezó a complicar, el sordomudo también empezó a sangrar por el tubo. Parecían estables».** Inexistencia de la relación médico paciente. Convertido en un órgano y en un sordomudo, en una discapacidad, no en una persona.
- 7.4.28. **«Yo creo que hay que empezar con esta cesárea. Hay una cesárea, pero no es urgente, está en dilatación de tres».** Expresiones como esta, miden el profesionalismo de un especialista y el respeto por la sugerencia de otro profesional. El trabajo en equipo y la responsabilidad de cada persona se reflejan en la eficiencia de los servicios y procesos institucionales.

7.5. Análisis de significados de los Verbatim

7.5.1 La banalización del acto médico en el quirófano

Cuando dicen « ¡Pasen la vesícula!», se aprecia un paciente orgánico. Se revela una forma de trato despersonalizado. A la persona la mataron. Al ver al paciente de modo despersonalizado, limitado a un órgano, por lo tanto, ni el sujeto ni el individuo ni mucho menos la persona, están presentes. Eso implica que el respeto desapareció. Ha desaparecido la sacralidad del cuerpo, se lo ha remplazado por un ser manipulable.

Pero también, es una manera de desconectarse del paciente. O sea, de no padecer, es una manera de charlas no de conversaciones. Cuando se charla, hablamos de lo superficial, de lo banal. En cambio, cuando converso, escucho tu grito y no es posible que yo me aíle de tu grito. Inmediatamente, siento el dolor de tu grito. En cambio, así, yo me asilo, yo no padezco, yo me desconecto. O sea, cuando yo te cosifico, también me cosifico.

Se evidencia resistencia de ciertos médicos a prestar servicios de turnos cuando se encuentra quien es responsable de los malos turnos, pues le atribuyen de manera fetichista, el que ocurran mucho más eventos adversos. Al referirse a esta persona como «esa vieja», es a un

indeterminado, una vieja. Esta no es un tú, no es nosotros, es el afuera, por lo tanto no se relaciona con nosotros. Adjudicándole a esa vieja un poder mágico que puede perjudicar los turnos, detrás de la «espalda» de la cual se le acusa, que es una cosa. Existe también una cosificación.

Aquí por ejemplo, hay despersonalizaciones absolutas: «se desconchinfló la cesárea». Es decir, se desconchinfla eso allá. Yo no tengo nada que ver. O sea, el acto médico desaparece como responsabilidad. Él se desconchinfló. No es mi paciente. Que implica: la pregunta es que me faltó hacer para que eso no ocurriera o que hice que le provocó a él desconchinflarse. Es exactamente lo mismo como utilizar expresiones irresponsables como «se me cayó», «se me cayó» el lapicero o lo dejo caer. El que está afuera, que nada tengo que ver yo con él, se desconchinfla. Yo no soy médico; entonces allí no hay empatía allí no hay la posibilidad de transferencia y contratransferencia es decir un valor está oculto detrás de desconchinflarse, es el valor de la amistad. Aparece que la relación médico paciente no existe. No hay relación.

«Toco correrles porque son los que mandan». Es decir que el conocimiento no vale. Es un irresponsable. El valor de la responsabilidad no lo tiene. Él lo que va a hacer es obedecer, no tiene autonomía, el valor supremo de un médico es la autonomía, donde se está valiendo de su propio entendimiento.

«Es que tengo a mi niña enferma: tiene una estomatitis herpética». Se mira una cuestión totalmente diferente: la niña que es un sujeto, tiene, pero ella no es una estomatitis herpética o sea que se está desnudando una indiferencia hacia el paciente.

No hay benevolencia. ¿Dónde está?, ¿dónde está la conmiseración?, ¿dónde está el sentido de hacerle bien al paciente?, ¿dónde está el sentido de amistad? Nos tocó sacar lo que no se sacó en el día. O sea, impersonalización. En la tarde estuvimos a media marcha y en la noche tocó sacar lo que no se hizo en el día. No fue un sentido de responsabilidad, de conmiseración, “nos tocó”. Donde está el respeto.

«Como amaneció. Regular a mí no me rinden las anestесias generales». No hay pacientes, no hay colegas, no hay equipo de cirugía, no hay nada. El profesional esta endiosado en sí mismo. Es un autismo. Se mira a los colegas como problemas «el problema es que se hospitaliza mucha medicina interna».

«Hay uno que es una cuestión de pared abdominal». Aquí hay despersonalización. El sujeto es el descompensado.

«Todo están atascado por culpa de las cesáreas» o sea que no tenemos nada que ver, la organización nunca existe. Es un problema que haya cesáreas. Es un problema que haya pacientes. Para eso existe el hospital. Resulta que es un problema la razón de ser de la organización. Nunca se puede autocriticar por lo que es la razón de ser. Como mi oficio es ese, debería ser, que bueno que haya más trabajo. El acto médico sin valor, se banalizó.

7.6 Verbatim y grupos de valores

Con base en el ejercicio hasta aquí realizado, se presenta una clasificación por conglomerados de los Verbatim y los fenómenos de valor identificados:

Tabla 4. Conglomerados de los Verbatim

COSIFICACION no hay benevolencia, reducción del ser humano		IMPERSONALIZACION DEL ACTO MEDICO no hay benevolencia	DISVALOR, irresponsabilidad, irrespeto, subordinación, desconocimiento, enemistad, rivalidad	VALORES MEDICOS benevolencia, rigor científico, disciplina, autonomía, amistad
¡Pasen la vesícula!	Dependiendo como este el servicio en ese momento por que ayer estuvo terrible	Mis colegas deberían interesarse más por la real urgencia que por el interés económico.	No ha llegado el Dr. Porque no me informaron	El trabajo aquí, es muy agradable, estoy amañado.
Yo no voy a dar anestesia a paciente de IVE	Es horrible la espalda, desde que llegamos ayer	A ese paciente que le falta	Yo soy quien decide que operar.	Usted siempre se caracteriza por ser muy amable
Se desconchinflo la de la cesárea	El turno parecía estar bonito	No se justifica dejar dos quirófanos.	Estando haciendo cirugía programada, faltando aún pacientes, sale a realizar unas vueltas.	Si no hay camillas ni ropa, no se opera más, pues no estamos atendiendo animales.
El de la toracotomía	Esta vieja es pero,	Y ahora, allá no hay nada	Como se le ocurre allá	Todo el mundo

COSIFICACION		IMPERSONALIZACION DEL ACTO MEDICO	DISVALOR,	VALORES MEDICOS
no hay benevolencia, reducción del ser humano	FETICHISMO	no hay benevolencia	irresponsabilidad, irrespeto, subordinación, desconocimiento, enemistad, rivalidad	benevolencia, rigor científico, disciplina, autonomía, amistad
también se empezó a complicar	la tiene es podrida			está contento con nuestro trabajo
Vamos a hacer una cesárea pero cuando llegue el Dr. G.	A mí no me da miedo nada, solamente las mujeres	El sordomudo también empezó a sangrar por el tubo.	Para valorar si hay muchachos, pero estoy muy ocupadita.	Se da cuenta usted doctor, que siendo tan milimétrico y organizado en todo, falló porque es humano
Pero cuantas cesáreas es que son	Desde que llegaron esas dos señoras, el ambiente cambio, se dañó.	Parecían estables	Porque desordena la programación	
Yo creo que hay que empezar con esta cesárea		Con los especialistas nuevos hay dificultades en el manejo de algunos pacientes	A mí no me cambian el anestesiólogo, mande al que llegó tarde a urgencias.	
Hay uno que es una cuestión de pared abdominal		Es el único que está como descompensado	La doctora no es cumplida, siempre llegando tarde.	
Hicieron la cirugía del tumor		Un momentico...., frente a todos los pacientes, nunca has aprendido amor	Siento que hay antipatía de los especialistas antiguos con los nuevos.	
Esas cirugías, ya se hicieron		Llaman a ver si se pasa otro	Cuando doy una orden tienen que cumplirla.	
Una fractura subcapital de fémur		Yo no la hago acá.	Chinches o no chinches, tienen que obedecer,	
Era SOAT y se pasó de SOAT y ya pasó a EPS que porque era un EPOC		Estamos perdiendo tiempo	Esta señora, está dando mucha lora.	
Todo está atascado por culpa de las cesáreas		Entonces no falta nada	Conversaba el doctor... que una paciente hacia media hora estaba muerta aquí	
A ver si puedo cambiar valoración preanestésica.		No podemos hacer ninguna cosa más	Uno le pide al compañero que imprima en la noche y fines de semana y algunas veces se olvida imprimir las formulas	
Hay una cesárea pero no es urgente, está en dilatación de tres		Es que tengo a mi niña enferma. Tiene una estomatitis herpética	¿Qué hace doctor?, estoy en el 2 con el doctor....	
Hay mucha demora entre paciente y paciente			En la tarde estuvimos a media marcha	
A mí no me rinden las anestesiases generales			Por la noche, toco sacar lo que no se sacó en el día	
			Hay que ponerle seriedad a eso pero, quién puede con la gente	

COSIFICACION no hay benevolencia, reducción del ser humano	FETICHISMO	IMPERSONALIZACION DEL ACTO MEDICO no hay benevolencia	DISVALOR, irresponsabilidad, irrespeto, subordinación, desconocimiento, enemistad, rivalidad	VALORES MEDICOS benevolencia, rigor científico, disciplina, autonomía, amistad
			Porque se juzga con tanta severidad al auxiliar que cometió un error.	
			Si vuelven los de asosueño, se daña la armonía	
			Toca correrles porque son las que mandan	
			Porque no hacen caso	
			El problema de esto, es que tenemos hospitalización de medicina interna	
17	6	15	23	5

Del conglomerado se pudo observar que la clasificación con mayores verbatim corresponde a disvalor, seguido de cosificación e impersonalización.

7.7 Validación de conclusiones

Capítulo I

El contexto

El bloque quirúrgico objeto de la presente investigación, conformado por los especialistas médicos que trabajan en el lugar, los demás profesionales, el medio físico en el que habitan y las relaciones que se establecen entre estos, se encuentra ubicado dentro del Hospital de mediana complejidad, el cual se reconoce como una Empresa Social del Estado, con énfasis Materno infantil dedicado a la prestación de servicios de salud humanizados, íntegros y seguros de alta calidad cuyos valores organizacionales son honestidad, respeto, pasión y trabajo en equipo.

Importa lo que se dice, no lo que se hace.

La agrupación de verbatim, develó certeramente el sentimiento del médico especialista demostrando que la fenomenología y la axiología es una estrategia real de descubrir la verdadera valoración y sentir de una persona, siempre es lo espiritual lo que determina lo material.

Para el análisis de la información aportada por los verbatim¹⁷, se enfocó todo en analizar, contextualizar y conocer los significados de estos, para identificar el componente valorativo de los médicos especialistas del bloque quirúrgico, posteriormente se organizaron en conglomerados según su significado.

Al contextualizar los verbatim, se pudo observar que no hay coherencia entre lo que se espera en cuanto a razón de ser de la organización y los valores organizacionales, y lo que los médicos expresan en su íntima interacción entre pensamiento, acciones creencias y emociones, no tienen una valoración del paciente como ser humano manifestado en una reducción, a pesar de estar capacitados y conocer la plataforma estratégica con los valores organizacionales, ni los reconocen en su actuar ni los practican ni los vivencian, prevalecen disvalores en sus frases cotidianas, frente a los valores médicos y los valores asignados por el área administrativa, existe fragmentación, compartimentación, y falsa condición de autonomía.

En cuanto a los valores evidenciados en función de los principios no **maleficencia** y **beneficencia**, al presentarse tendencia a los disvalores se presenta una paradoja, al esperar encontrar reflejados los valores médicos: benevolencia, veracidad, respeto, amabilidad (amistad), justicia y religión, valores considerados trascendentales que no están evidenciados en las practicas medicas de los especialistas del bloque quirúrgico.

¹⁷ Frases o palabras dichas por los médicos especialistas del bloque quirúrgico, que permiten definir la manifestación real, espontanea, natural y verdadera de lo que es valioso para ellos.

Se observa una tendencia al Positivismo, reflejado en la reducción del ser humano (paciente), a lo puramente biológico, anatómico y patológico; solo lo físico, olvidando lo mental y lo espiritual, justificando la cosificación y despersonalización del ser.

Esta información aportada por los verbatim se correlaciona con el componente valorativo de lo afirmado por los especialistas en las encuestas dado que desconocen los principios médicos no maleficencia y beneficencia, se usaron estos dos porque son los principios esenciales de la medicina. Principios de prima facie y los de segundo son autonomía y respeto.

Capítulo II

La Cosificación

Aunque decir médico significa, ejercer la benevolencia y poseer diferentes virtudes, la expresión «*pasen la vesícula*» muestra la desaparición del paciente quien es el objeto de beneficencia, para permitir la emergencia de (dimensión tecnológica) un órgano, una cosa: la vesícula. No se mira al paciente, a quien padece, mucho menos al ser humano y nada que decir del varón o de la mujer, es un reduccionismo absoluto, incuestionable, inobjetable, con el cual también desaparece el médico y surge un mecánico que restaura en el sentido de la mecánica.

El medico cosifica al paciente y el paciente lo permite, cuando llaman a la vesícula el paciente se reconoce y dice «aquí estoy».

Al revelarse la expresión «*pasen la vesícula*», no existe la mirada del paciente quien es el que padece, al cosificar al paciente, al humano, se le despoja de toda dignidad e integridad, se evidencia que al valorar más los órganos se orienta la atención médica a las patologías y no al que las padece evidenciando deshumanización.

Esta expresión común de los especialistas en el bloque quirúrgico, originada del quirófano hacia la estación de enfermería, como solicitud de pasar al quirófano el paciente a quien se le va a realizar el procedimiento quirúrgico en el órgano específico «*vesícula*», revela el modo cotidiano del trato despersonalizado limitado a un órgano por lo tanto ni el sujeto, ni el individuo, están presentes.

Ha desaparecido la sacralidad del cuerpo como creación de Dios, dignificado y respetado, se lo ha remplazado por un ser manipulado, controlado, minimizado por los especialistas, que se adjudican poderes sobrenaturales, de creación y transformación gracias a las herramientas tecnológicas, deja de tener importancia el sujeto, de naturaleza grandiosa, dueño de ese órgano enfermo a ser *intervenido*, para ser considerado obsoleto, desconfigurado e incompleto o no deba existir (metáfora de la caverna de platón).

La patología está localizada en un órgano, la enfermedad es la manifestación de la patología, el enfermo tiene una causa inmediata de la enfermedad, tiene una reacción orgánica y una reacción personal que es diferente en cada caso, por eso cada enfermo es particular, cuando a lo anterior se le adiciona el sufrimiento, se refiere al paciente, los pacientes son personas no son solo células, órganos, sistemas por lo cual requieren ser tratadas como tal.

Al ser lo valioso para el medico la «*vesícula*», «*una cuestión de pared abdominal*», «*una fractura subcapital de fémur*» se revela una falta de sentido y realización integral, una forma de

trato despersonalizado, limitado a la patología, por lo tanto, al no estar ni el humano, ni el sujeto, ni el individuo, ni mucho menos la persona en su integridad presentes, simplifica el trato y el tratamiento al órgano, generando, riesgo de ineffectividad en el tratamiento.

El buen diagnóstico médico capacidad de conectar una fuente de energía personal y de esperanza positiva, permite el reconocimiento integral del paciente como persona, el trato impersonal, despersonaliza y cosifica, limita el diagnóstico y el tratamiento a la anomalía de células y órganos. *James Drane afirma: «es difícil ser un médico eficiente si se carece de benevolencia».*

La pérdida de benevolencia lleva a despersonalizaciones absolutas, y la impersonalización manifestada, «se desconchinfló¹⁸ la cesárea», es decir, se desconchinfla eso allá, «yo» no tengo nada que ver, el acto médico desaparece como responsabilidad y para empeorar la situación se reafirma la cosificación. «Él o Ella» se desconchinfló, no es mi paciente que implica la pregunta: ¿Que me faltó hacer para que eso no ocurriera?, o ¿que hice que le provocó a «Él o Ella» un evento adverso? Es exactamente lo mismo como utilizar expresiones irresponsables como «se me cayó»; se me cayó el lapicero o lo dejé caer. «El» que está afuera, que nada tengo que ver «Yo» con «El», «se desconchinfla»; se evidencia un «Yo» no soy médico; entonces allí no hay empatía, allí no hay la posibilidad de transferencia y contratransferencia médico-paciente, es decir un valor está oculto detrás de «desconchinflarse»,

¹⁸ Descomponer o estropear un objeto

es el valor de la amistad que en el medico es una virtud que puede traducirse en orientación interna del corazón.

«*Se desconchinflo*» aparece que la relación médico paciente no existe, se desnuda que «El» no es valioso para el «Yo» no ve lo profundo sino lo que vive, ya está dicho: «*se desconchinflo la de la cesárea*».

«*Es que tengo a mi niña enferma: tiene una estomatitis herpética*», se mira una cuestión totalmente diferente, la niña que es un sujeto persona con familiaridad que si es valiosa, «*tiene*», ella no es una estomatitis herpética o sea que se está desnudando una indiferencia total hacia el paciente, solo se relaciona y tiene benevolencia como si fuese una orden del corazón, con alguien valioso pero el paciente no lo es, no hay respeto hacia otro ser humano que sufre como la hija, con quien no se tiene familiaridad no hay transcendencia ni empatía.

Este trato impersonalizado también es una manera del médico aislarse del paciente, de no padecer, es una manera de charlar no de conversar, cuando se charla, se trata lo superficial, lo banal, cuando se conversa, se escucha el grito y si no es posible aislarse del grito inmediatamente se siente el dolor. Si por el contrario se aísla su grito cosificando, no se padece, se desconecta, de esta manera cuando se despersonaliza y se cosifica al paciente también el medico se cosifica y se pierde el trato personal en la relación médico paciente. B. Pascal dijo que existen 3 órdenes de realidad: el reino físico (cuerpo), el reino intelectual (mente) y el reino espiritual (corazón).

Capítulo III

Impersonalización

Varias expresiones relacionadas con el diario actuar del recurso humano, evidencian calificativos algunos agradables, otros agresivos, saliéndose del contexto de respeto y promulgando disvalores por una parte del recurso humano que participó en la investigación.

La palabra IMPERSONAL. La impersonalización, generada del posible significado de los verbatim analizados, manifestada por los disvalores, al identificar al paciente como algo de forma general pero con un calificativo que no es del agrado de los que hacen los comentarios, llevando a manifestar una verdadera falta de humanismo y de respeto por los individuos que se están tratando.

Este trato impersonalizado también es una manera del médico de aislarse del paciente, de no padecer, de no sentir, no se escucha su grito. Es una charla, no una conversación y la amistad valor bandera de la medicina en la ética latina, en la relación interpersonal con el paciente no existe, no hay amistad si el medico no tiene familiaridad con este. ¿Porque no puede haber una

trato similar entre el pobre vulnerable que acude al servicio y el familiar paciente? Es evidente, que los valores solo priman para ciertos casos, lo que no debería estar sucediendo ya que los valores representan la forma de ser y comportarse frente a cualquier situación no importa el sitio ni el día ya que es la manifestación real del sentir y actuar del verdadero individuo ético.

Para el especialista del bloque quirúrgico al estar en especialidades quirúrgicas y medicoquirúrgicas no solo impersonalizan a los pacientes reduciéndolos a un órgano, también los reducen a la cosa que van a realizar o ya realizaron, «*Vamos a hacer una cesárea*» «*Hicieron la cirugía del tumor*», deja de existir el paciente, aquí él no interesa, aparece el profesional con poderes sobrenaturales, a quien no le importa el humano a quien va a profanar, a diseccionar, a manipular, solo es importante la cosa a realizar, mecanizando su labor.

La mecanización de la labor medica se agrava en el bloque quirúrgico, área de gran importancia en la economía hospitalaria, por lo cual se ha hecho indispensable la búsqueda de alternativas de alta producción; en el quirófano el tiempo cuesta y esto no es indiferente al personal especializado quien es presionado por el tipo de contratación a producir, esta situación es evidente al expresar «*estamos perdiendo tiempo*» en la producción, no en la atención del paciente.

La preocupación desmedida, del personal en el obligatorio cumplimiento de los indicadores de productividad se ha llevado al extremo hasta el punto de sobrecodificar

procedimientos, algunos de estos no realizados, para demostrar mayor producción, desencadenando la impersonalización, y despersonalización en mayor grado: la cosificación y producción en cadena o producción en serie. Así como las industrias automotrices, se ha llevado el quirófano a una línea de producción especializada con utilización de máquinas más complejas, *«Esas (cirugías), ya se hicieron»* desaparece el humano, para aparecer el incompleto, el intervenido y el transformado en elemento producto final de una cirugía, humano que no fue ensamblado cual automóvil, fue intervenido mediante una técnica quirúrgica aprendida por el especialista médico, que no es un operario y como la línea de producción no debe parar, el quirófano se parece mucho más a una industria en el trato recibido por puros especialistas en ensamble, cuantos más automóviles se fabriquen mejor, sólo importa el número total, uno tras otro, sin parar, no se debe perder tiempo *«llame a ver si se pasa otro»*, no aparece la persona ni el humano como tal, es en esta forma de organización de la producción operaria que delega a cada trabajador una función específica y especializada, que aparece como un objeto o elemento.

El papel de la economía no es producir más y gastar menos, si no encargarse de la satisfacción de las necesidades humanas con los recursos disponibles y la productividad el uso eficiente de recursos responsablemente en un amplio espacio de libertad, en el bloque quirúrgico estos conceptos se limitan a la utilización y realización de mayor número de procedimientos que generen utilidad, olvidando que los principios de la medicina no son solamente no hacer daño (no maleficencia) sino, hacer lo mejor logrando beneficios adicionales para el paciente (beneficencia).

«*Vamos a hacer una cesárea*» «*yo creo que hay que empezar por esta cesárea*» «*hay una cesárea pero que nos es urgente, está en dilatación de tres*». El órgano, la patología, la enfermedad y el enfermo, son elementos esenciales que conjugados llevan al objetivo de orientar y sanar basados en las capacidades de una persona llamada médico quien interrelaciona con un individuo llamado paciente, quien busca una opinión, consejo y posible tratamiento, mediante un denominado acto médico. La relación médico paciente es la esencia del ejercicio de la medicina. En ella, siempre y por delante de todo debe primar la presencia de una persona, de un ser humano y no de un objeto o cosa.

La intervención sobre un órgano se transforma en un procedimiento al cual se le dan diferente denominación como cesárea (intervención sobre el útero grávido para la extracción de un feto), apendicetomía (intervención sobre la parte proximal del colon ascendente para la extracción del apéndice), etc. Todos estos procedimientos se realizan sobre el cuerpo humano de un individuo llamado paciente el cuál, tiene un nombre, un diagnóstico y al que se le realiza un tratamiento mediante un acto médico suscitado por la relación médico paciente claramente establecida con anterioridad. El acto médico se conserva mientras haya un compromiso responsable, leal, autentico y voluntario entre el médico y el paciente (consentimiento informado).

El reconocimiento de los pacientes como personas sin importar diferencias de razas, clase social, edad dándoles trato digno y humanitario debería ser el reflejo del principio *PRIMUM NON NOCERE* (no maleficencia) en cualquier proceso y persona, ejecutadas en todas las

instituciones. Diferentes aspectos surgen en esta relación que empiezan a cambiar el rumbo de este digno acontecer: factores económicos, factores organizacionales empiezan a transformar la relación médico paciente en relación médico-objeto, médico-cosa. Surge la impersonalización y la cosificación dando cuenta de una pérdida total de valores. Las organizaciones en su Plataforma Estratégica, hacen brotar los valores como parte de su carta de presentación y los muestran como valores de brillo de su personal, valores de todo un personal, de enfermería y de los médicos. Sin embargo se muestra en el área quirúrgica con expresiones como *«vamos a hacer una cesárea»*, *«yo creo que hay que empezar por esta cesárea»*, *«hay una cesárea pero no es urgente, está en dilatación de tres»*, *«pasen esa vesícula»*, haciendo emerger un cuerpo médico, sin valores éticos médicos. El acto médico no existe. Se perdió porque la esencia que es la persona en el paciente desapareció. Ni siquiera alcanza para ser un humano, emergió una cosa, un objeto para el tratamiento. La organización no puede resolver el acto médico, el hospital no puede resolver el acto médico, lo debe resolver la universidad por lo que deberá tomar medidas claras si se quiere conservar en las generaciones futuras de los profesionales en medicina la verdadera relación médico paciente como esencia del acto médico.

¿Si voy a resolver el acto médico, el hospital tiene que convertirse en universidad y volver a hacer al médico, medico? La legislación define:

De la responsabilidad de aplicar la ética y la bioética en salud: El personal de salud debe difundir y poner en práctica los principios, valores, derechos y deberes mencionados en esta ley; compete de modo especial a quienes conforman los tribunales de ética de cada profesión, los comités bioéticos: clínicos asistenciales y de investigación, los profesores de ética y bioética de las carreras y ocupaciones en salud, los comités ad hoc y demás grupos, asesores y decisorios de la ética y bioética en salud velar por la aplicación y difusión de estas disciplinas (Ministerio de salud y protección social, 2007).

«Pero cuantas cesáreas es que son», «todo está atascado por culpa de las cesáreas».

Las organizaciones tienen unos objetivos señalados y unas razones de ser para su futuro desarrollo. La institución donde se realizó este trabajo de investigación, en su plataforma estratégica, estima documentar y cumplir **el Código de Ética y Buen Gobierno** en el que se detallan los *Valores Organizacionales*, el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano cumpliendo con el artículo 73 de la ley 1474 de 2011, una de las razones de ser de esta institución que figura en su misión es el énfasis materno infantil, lo que está en desacuerdo con estas expresiones.

La razón de ser de una industria automotriz es la de hacer carros y sacarlos a la venta de los posibles compradores. La de un mercado de cadena es la de vender alimentos e insumos de consumo masivo para el diario vivir de las personas. La de una institución de salud es la de la venta de servicios de salud humanizados en la que los pacientes son el centro de atención y «producto» para el logro de las metas institucionales. (Dimensión intelectual y espiritual).

Si de los ejemplos anteriores se dijese: «qué problema construir carros» o «para que vendemos tantos alimentos o papel higiénico» y en el caso de salud «pero cuantas cesáreas es que son», «todo está atascado por culpa de las cesáreas» evidencia que resulta ser un problema la razón de la organización, ¿dónde está la pasión? Nunca se debe autocriticar por la razón de ser. Entonces en la institución de salud, es un problema que haya pacientes y que haya cesáreas. Ese

es el oficio de los profesionales y no debería importar cuantas intervenciones se hagan ni cuantos pacientes lleguen.

«Hay uno que es una cuestión de pared abdominal» «hicieron la cirugía del tumor» «esas (cirugías), ya se hicieron» «una fractura subcapital de fémur». «El de la toracotomía también se empezó a complicar» (dimensión tecnológica).

Al descubrir en este trabajo de investigación que ningún valor institucional se aplica porque se ha perdido el acto médico pues la persona que padece no existe, no hay quien padezca, no hay con quien hacer amistad, no hay familiaridad, no hay a quien respetar, no hay posibilidad de entablar un diálogo porque no hay tampoco humano (paciente) sino cosa no hay compasión ni espiritualidad, podría cambiar el título a: ***el paciente como cosa*** claramente visualizado por la develación del fenómeno: ***la cosificación*** (dimensión física).

En la cosificación *TODO* vale, por ello sin ninguna vergüenza se dice «*hay uno que es una cuestión de pared abdominal*», «*hicieron la cirugía del tumor*». Expresiones dichas con toda tranquilidad y sin ninguna perturbación. El medio está totalmente impersonalizado, despersonalizado y cosificado. Fracasa totalmente la humanización en salud (dimensión espiritual) y la política institucional como tal. Entonces. ¿Qué vamos a humanizar? Es la aparición de un fenómeno y nada lo podrá cambiar. Se vuelve común, diario y permanente. Se vuelve un milagro pero completamente diferente al concepto imaginado de la palabra. Milagro,

porque una vez es develado, se empieza a presentar. Los vemos y los escuchamos diariamente; el oído y la mirada se sensibilizan, nos volvemos compasivos.

«*Esas, ya se hicieron*», «*una fractura subcapital*» y «*el de la toracotomía*» amplían el ejemplo de la manifestación de la cosificación. Ya se manifestó la cosa y alrededor de ella hay muchas cosas más. Este fenómeno es muy poderoso. No importa lo que el otro este padeciendo. Se niega al que padece. Ya no existe. Si al paciente se lo volvió cosa, no se puede aplicar el respeto. El médico que es benevolente tiene la oportunidad de hacer el bien pero lastimosamente, el paciente no existe.

Capítulo IV

El fetichismo del hospital

Un gran porcentaje de la población es supersticiosa ó temerosa, para sentirse segura ó tener suerte, necesita tener a la mano un fetiche, un espíritu, que se asigna a cosas, animales y humanos con poderes mágicos.

Los hospitales no son ajenos a la superstición, y se puede identificar la asignación a una persona específica de «suerte negra», denominada en el gremio también como «mala espalda» que influye en la demanda absurda de la prestación de servicios de salud en el hospital.

El fetichismo y la superstición por costumbre se representan en la cotidianidad, mientras para los negocios comerciales es indispensable contar con buena espalda para tener una excelente concurrencia y demanda de bienes y servicios, en el hospital ser poseedor de la llamada «*mala espalda*» es un delito, dado que incrementa la demanda en la prestación de los servicios de salud y con ella la labor de los médicos, por complicaciones de los atendidos y la concurrencia de los que requieren la prestación.

«*Esa vieja es pero, la tiene es podrida*» refiriéndose a la enfermera *Zafiro*¹⁹ que se expresa en la manifestación de una resistencia de ciertos profesionales a prestar servicios de turno cuando se encuentra ella, pues le atribuyen de manera fetichista el que ocurran muchos más servicios y eventos adversos, al referirse a «*esta vieja- es pero - la tiene es podrida*», no es la enfermera; es esta vieja, esta; no es «tu», no es «nosotros», es el afuera, por lo tanto no se identifica la relación con nosotros, no hay familiaridad.

No es por lo tanto ninguno o algo identificable, es una situación externa, que por casualidad o coincidencia ocurre en presencia de ella.

Se presenta la naturaleza del ser y la imposibilidad de los médicos de ver la realidad, adjudicándole a «esa vieja» un poder mágico, que puede perjudicar los turnos, detrás de la «*espalda*» que es una cosa, a la cual se acusa de la situación, existe una realidad ignorada y rechazada.

Rehusándose el equipo quirúrgico a prestar servicios con la responsable de un día extenuante de trabajo por realizar. Como no se puede leer esta realidad, el problema es de la espalda, el problema es de ella quien es acusada y estigmatizada «*Es horrible la espalda, desde ayer que llegamos*».

¹⁹ Zafiro: Nombre asignado en la investigación a la enfermera a la cual se estaba refiriendo la situación.

Así al fetichizar, el valor se absolutiza de tal forma que pasa de ser apreciado a su mayor estado de desprecio convirtiéndose en un problema de clima organizacional clínico. Si desprecio a mis compañeros no puede existir trabajo en equipo.

Capítulo IV

Cuerpo médico sin valores médicos

La Ética médica es diferente a la de otras profesiones, la educación ética antigua se preocupaba por el desarrollo del carácter de los jóvenes de tal manera que se convirtiera en un hábito el actuar de manera correcta, en la medicina actual la ética no tiene este carácter y se ha perdido el hábito de hacer lo correcto *«toco correrles porque son los que mandan»*, es decir que se hace lo incorrecto y el conocimiento no vale, el valor de la responsabilidad no lo tiene, lo que hace es obedecer, no tiene el valor supremo del médico la autonomía, no se está valiendo de su propio entendimiento, del rigor científico concepto integral del ser humano.

Se mira a los colegas como problemas *«el problema es que se hospitaliza mucha medicina interna»*, *«A mí no me rinden las anestесias generales»*, no hay pacientes, no hay colegas, no hay equipo de cirugías, no hay nada. El profesional esta endiosado en sí mismo, es un autismo, no hay amistad, manifestándose el egocentrismo por encima de la trascendencia al ser humano.

«Nos tocó sacar lo que no se sacó en el día» refleja irresponsabilidad, *«en el día estuvimos a media marcha y en la tarde tocó sacar lo que no se hizo en el día»* no existe un

sentido de responsabilidad, de conmiseración, nos tocó, ¿dónde está el respeto?, no hay benevolencia, ¿dónde está la consideración?, ¿dónde está el sentido de hacerle bien al paciente?, ¿dónde está el sentido de amistad?, ¿dónde está la honestidad?. Se presenta una caída del aparataje médico estruendoso, sin considerar PERSONA al paciente.

8. Conclusiones

La agrupación de verbatim, develó certeramente el sentimiento del especialista demostrando que la fenomenología y la axiología es una estrategia real de descubrir la verdadera valoración y sentir de una persona.

Se querían averiguar los valores organizacionales porque se partió del supuesto, que había unos valores médicos, de enfermería y de todo en el equipo quirúrgico; de pronto lo que emerge es un cuerpo médico sin valores médicos. Si el cuerpo médico, que es el que hace los actos médicos, no tiene valores médicos, no tiene sentido averiguar los valores organizacionales.

Si se corrompió la sal ya no hay más que decir, lo que se está mostrando es una tragedia, es el extremo de la cosificación, el acto médico no existe y la organización no puede resolver el acto médico, el hospital no puede resolver el acto médico, el acto médico lo resuelve la universidad, se crea el supuesto que la universidad FORMA al profesional, cuestión que no tiene respuesta probada (relación conocimientos-actitudes morales). Si yo voy a resolver el acto médico, ¿el hospital tiene que volverse universidad y volver a hacer al médico, médico?, el acto médico sin valor se banalizó.

El sentir del médico Especialista es que él si tiene valores y dignifica al paciente y que el problema no es él sino el paciente y el sistema, consideran que en su condición de médicos especialistas siempre han querido compartir no solo la parte profesional sino la parte humana, pero debido al entorno que ha permitido que el mercantilismo, que es deletéreo, manipule el sistema; siempre intentan desde su profesión que los valores persistan y que los médicos en formación tengan los valores médicos, pero debido a la situación del sistema y por dar cumplimiento a la legislación y políticas de salud, que cada vez van en contravía y no solo persiguen el servicio del paciente, sino las cifras.

En su entorno del bloque quirúrgico y como especialistas creen que la esencia humanística del acto médico en si está muy poco afectada, lo miran desde el punto de la calidad y efectividad, desde la óptica y en el lugar donde trabajan y con quienes comparten; para el médico especialista no se ha modificado nada, el paciente continua siendo persona digna de toda sacralidad pero *¡no hubo evidencia de esto!*, para el medico el cumplimiento del principio de beneficencia es que no ocurran errores médicos, ni mala praxis, persistiendo la calidad, por lo cual (para ellos) la esencia del médico ha perdurado, eligiendo ser médicos para trascender y lograr reconocimiento social y satisfacción personal.

Para él médico especialista se ha presentado un cambio en el actuar medico como respuesta defensiva frente a la presión que ejerce el sistema de facturar; el médico no es gerente y no sabe de mercado, contratación, mercadeo y economía, el sistema ha distorsionado el panorama y es una reacción, una consecuencia de defenderse, pero en los actos como tal el

medico hace parte del sistema y se corrompió, terminó por ceder hasta sus principios médicos y sucumbió ante un sistema mercantilista, agresivo y competitivo donde la eficiencia y efectividad, agreden el ser.

Los médicos especialistas son conscientes que desafortunadamente los valores organizacionales son vulnerados al momento de aplicarse, consideran que el problema es externo, y no les corresponde a ellos, sino al hospital y al Estado; tienen un conflicto entre conceptos de valores, principios morales de la medicina y los principios de la calidad de la atención en salud definidos en el año 2008 por el Ministerio de la Protección Social como pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad, seguridad, en la atención en salud; la normatividad, para ellos la legislación y el clientelismo, son los directos responsables en la crisis de los valores y principios médicos, por lo cual a pesar de estar en el papel muy bien definidos se desconocen, no se practican, lamentablemente se distorsionan debido al sistema abstracto.

La sociedad ha cambiado bastante y rápido, la generación actual es diferente a las anteriores. La globalización, el intercambio cultural, la tecnología, ha revolucionado los valores a nivel mundial, esto ha generado un impacto a nivel de su aplicabilidad y se ha generado un cambio en la enseñanza de la universidad respecto a cómo eran en la antigüedad las escuelas de medicina; se requiere un cambio curricular de la carrera para hacer médicos diferentes que estén a la par con los cambios sociales, y normativos, para un joven hoy sus principios no solo están determinados por la familia, sino por sus pares y redes sociales; a nivel universitario la realidad

esta impactada, así como hay gente brillante y sorprendente, hay gente que está para solo cumplir a la vida; en las nuevas generaciones de médicos urge una reforma de humanización curricular.

Durante el proceso de formación de los profesionales, son importantes las intervenciones de las instituciones de educación superior, las facultades (en este caso médicas), para que broten los principios éticos y morales que deberían primar en la práctica médica, los valores se deben transformar pero no en disvalores. En la práctica médica occidental ó científica actual se adolece de muchas cosas, primando únicamente el conocimiento del funcionamiento orgánico así como los factores causales de los diferentes trastornos corporales bajo la visión únicamente de curar o rehabilitar a una patología de un órgano, más no el “ser” integral, que corresponde a mente, cuerpo y espíritu; la codificación de patologías y procedimientos, efectividad, y eficiencia, es lo que importa en la medicina científica occidental, mientras más se codifique más cumplimiento con indicadores y cifras corroborables con las descripciones quirúrgicas registradas y las estadísticas que de esto surgen.

Cuando el comportamiento individual se circunscribe a un proceso diario observado, puede hacer develar el sentir de los componentes de un proceso organizacional y más aún cuando las instituciones formulan planes estratégicos con valores que no corresponden al sentir, al pensar, ni al actuar de sus participantes; no hay razón de ser de la organización de salud y no se podrá esperar cumplimiento de unos valores que no se reconocen, no se actúan y no se sienten, como se evidenció en el grupo de profesionales especialistas de esta institución de mediana complejidad. Se evidencia que se cuenta con el código de ética realizado de forma participativa como cumplimiento de las disposiciones de alta calidad, pero se requiere de códigos de ética

organizacional, mas comités de ética organizacional, activos y conformados participativamente con todos los integrantes de la institución y el cumplimiento de la Ley que tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud (Ley 1164 de 2007).

La legislación en salud Colombiana (Ley 100), puede haber atropellado los valores de la medicina en el campo y entorno de la práctica laboral, pero no debería hacerlo en el ejercicio del personal de salud y el reconocimiento del médico como médico; se evidenció que el médico no se reconoce como tal, dado que no identifica los principios morales de la ética médica, la no maleficencia y la beneficencia que son los principios morales de actuación del profesional de la salud.

Si los médicos no se reconocen como médicos ¿qué pasa con la Escuela de Medicina? ¿Solo se enfocan a la información científica de los profesionales, más no en cumplir con el principio ético “*Primum Non Nosere*” PRIMERO NO HACER DAÑO?, ¿en preparar al médico para enfrentarse al entorno hostil laboral actual? o ¿los maestros olvidaron también que es ser médicos? Se crea un médico autómatas, un técnico de nivel superior dependiente de la legislación, y la operatividad de la Institución de salud para la cual labora, que es la que programa, organiza y limita su actuar.

Aunque casi la totalidad de los médicos especialistas participantes, no identifican el principio del actuar médico y lo confunden con calidad, ejercen como profesionales especialistas en cirugía en las diferentes instituciones de la ciudad. Las facultades de medicina se están quedando cortas al hablar de ética, vivir la ética y ejemplarizarla, si para una profesión tan sublime no es identificable lo primordial, y se reflejan disvalores en su actuar, el aparataje médico se rindió y se sometió a las exigencias del entorno, al sentirse acusado de ineficiente, arrogante, semidiós, causante de iatrogenias y eventos adversos.

Se esperaba evidenciar los principios médicos y así la aplicación de los valores organizacionales que reza la Plataforma Estratégica de la Institución Prestadora de Salud, *honestidad, respeto, trabajo en equipo y pasión* obtenidos de diversas reuniones en las que participaron **la totalidad** de los trabajadores asistenciales y administrativos mediante un sistema de “filtros”, al final fueron escogidos por los componentes de la alta gerencia, los valores que representan el deber ser de la institución. Para la comprensión respectiva del componente humano institucional fueron expuestos y socializados. Sorprendió que el transcurso de esta investigación emergieron disvalores, de un médico que no se reconoce y no actúa como tal; si no hay principios médicos no podemos esperar un actuar con valores y mucho menos con valores impuestos organizacionalmente.

La COSIFICACION evidente, hace desaparecer al paciente objeto de la beneficencia por el actuar médico, transformándolo en un órgano que lo identifica y codifica institucionalmente, que inconscientemente y lastimosamente el paciente de este contexto se acoge como si mismo y se reconoce como tal (cosa), individuos vulnerables de escasos recursos. El paciente dejó de ser un ser humano y se lo despojó de toda dignidad e integralidad. No existe ni sujeto, ni individuo, ni persona, se convirtió en un dato.

Luego de haberse develado este fenómeno en el área quirúrgica, los principios de la dignidad dada por Dios al ser humano y los promulgados por la ética hipocrática, base de la formación médica, se pierden absolutamente.

Uno de los investigadores, quien antes y durante la investigación era Medico Administrativo Subdirector Científico, posterior a la recolección de datos ingreso a formar parte del bloque quirúrgico de este hospital, y prestar guardia durante los fines de semana; pudo darse cuenta que mientras estaba en los turnos, en los diálogos presenciados, no se evidenciaron manifestaciones verbales irrespetuosas ni de los pacientes, ni de los colegas y del resto de personal de salud, desaparecieron los antivalores y emerge otro fenómeno diferente y determinado porque se actúa de manera diferente y como se cree correcto al sentirse supervisado y observado por quien fue su superior, y se trata de recordar cómo es ser el mejor médico y el más ético, aplicando los principios médicos más los valores médicos. En presencia del superior

los diálogos no hacen referencia a la institucionalidad, sino a situaciones sociales actuales externas, lo que refuerza lo estandarizado en las investigaciones fenomenológicas, en como el entorno tiene mucho que ver al como aflora, el fenómeno, y da la seguridad que no existieron sesgos en la investigación.

¿Cómo hacer frente a una institucionalidad sin principios ni valores médicos? Se requiere de Política educativa ética, con prácticas estudiantiles en hospitales académicos éticos es decir en los que médicos docentes y no docentes sean éticos; dado que las Facultades de Medicina en la práctica hospitalaria han de preparar a los médicos del futuro, es necesario que tanto los docentes como profesionales no docentes participen en la formación ética del profesional médico, aplicación de la (Ley 1164 de 2007) que tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud

Los médicos deben saber compatibilizar la representación institucional de la profesión, el colegaje, la garantía de la calidad en salud, el trato humanizado, la legislación del sistema de salud, haciendo evidente el conjunto de cualidades que deben exhibir en cualquier contexto y ejercicio constante, interiorizando los principios esenciales de la medicina; ***no maleficencia, beneficencia, respeto por la autonomía y justicia***. Así como sus valores elevados como norma de conducta, con exigencia ética.

A partir de los resultados, se entendió el fenómeno axiológico en el bloque quirúrgico, identificando un patrón estructural de develación del fenómeno «valor» en su naturaleza, que permitirá a las organizaciones en contextos similares, entrar en contacto con sus valores morales conociéndose a sí mismas, lo que les permita tomar decisiones alineadas con la conciencia de sus trabajadores, permitiendo desarrollar una economía ética a partir del reconocimiento de los principios médicos de **beneficencia, no-maleficencia, justicia y autonomía**, encaminados a no hacer daño y generar beneficios, representados en productividad y estabilidad económica empresarial.

9. Bibliografía

- Abric, J. C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México D.F.: Coyoacán.
- Administración Municipal Santiago de Cali. (2008). *Informe de diagnóstico percepción de la Gestión Ética*. Santiago de Cali: Administración Municipal Santiago de Cali.
- Álvarez, Á. (2014). Ética de lo impersonal y gestión de la vida en Roberto Esposito. *Metafísica y Persona Filosofía, conocimiento y vida*, 145-161.
- Bonilla, S. (2008). *La participación local: Espacio de formación humana y desarrollo local. La dinámica comunitaria y el programa "Agua para Siempre". Tesis de Maestría*. Puebla: Universidad de las Américas.
- Brain Calderón, M. L., & Sánchez Cabrera, R. (1999). La bioética y la medicina administrada. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex*, 233-4.
- Cánovas, T, M. A. (2008). *La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. Proyecto de Investigación*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Cánovas, T, M. A. (2009). *La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. Tesis Doctoral*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Cardona Sánchez, A. (2000). *Formación de Valores: teorías, reflexiones y respuestas*. México: Universidad Autónoma de Baja California/Grijalbo .
- Colomer, E. (2002). *El pensamiento alemán de Kant a Heidegger. Vol. III. El Postidealismo: Kierkegaard, Feuerbach, Marx, Nietzsche, Dilthey, Husserl, Scheler, Heidegger*. Barcelona: Herder.
- Comission for Healathcare Audit and Inspection. (2009). *NHS Performance Ratings 2004/2005*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Cortina, A. (1997). *El mundo de los valores ética y educación*. Bogotá: El Buho.
- Cuevas Moreno, R. (2009). 52-79.
- Cuevas, M. R. (2009). Ética y economía en la obra de Adam Smith: la visión moral del capitalismo. *Ciencia y sociedad*, XXXIV(1), 52-64.
- D'Auria, A. (2013). Aproximación a la ética filosófica. *Academia. Revista sobre enseñanza del Derecho*, 11(21), 69-89.

- del Rincón, I. D. (1988). *Análisis de los componentes motivacionales en el desarrollo de la personalidad ética*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Diario El Tiempo. (11 de Abril de 2015). Se encienden las alarmas por la desaceleración económica del país. *El Tiempo*.
- Díaz, J. L., Paniagua, R., & Díez, M. E. (1998). El texto fenomenológico como objeto de análisis de procesos conscientes. *Salud Ment*, 21(1), 14-26.
- Diego Bautista, O. (2012). La superación de la crisis de valores y violencia en la sociedad contemporánea. *Espacios Públicos*, 15(33), 96-108.
- Diego, B. O. (2009). De la res pública a la res privada ¿realmente no hay alternativa? *Dilemata*(1), 137-151.
- Escobar, N. &. (1988). ÉTICA MÉDICA Y ECONOMÍA DE LA SALUD. *Rev Cubana Salud Pública*, 5-10.
- Espinosa, C. V., Menoret, V., Puchulu, M. B., Selios, M. J., & Witriw, A. (2009). Bioética en la relación equipo de salud-paciente. *Diaeta*, 27(128), 31-36.
- França. (s.f.).
- Frondizi, R. (1995). ¿Qué son los valores? En R. Frondizi, *Introducción a la axiología* (págs. 11-23). México: Fondo de Cultura Económica.
- Frondzi, R. (1958). *¿Qué son los valores?* México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- García, E. S. (2012). *Incidencia del proceso educativo de los valores humanos en la productividad laboral*. Recuperado el 10 de Septiembre de 2015, de <http://dspace.uah.es:8080/dspace/bitstream/handle/10017/15461/WP.346%20tirada%5b1%5d.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García, G. D., & Laín, E. P. (1990). *Primum non nocere : El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica*. Madrid: Anzos.
- García, H. V. (1976). "Test" de reacción valorativa. *Bordón Revista de Pedagogía*(211), 245-270.
- Gómez Pineda, F. H. (2014). *¿Qué es la bioética? De vuelta a la división de la vida humana en vida/bios y vida/zoe*. Cali: Universidad Libre.
- Guzmán, C. J. (2005). El rol de la ética en la ciencia económica. *Revista ICE*(823), 11-27.
- Heidegger, M. (2005). *Ser y tiempo*. Santiago: Escuela de Filosofía Universidad ARCIS.
- Honneth, A. (2005). *Verdinglichung*. Fráncfort d. M: Suhrkamp.
- Hospital Susana Lopez de Valencia E.S.E. (2015). *HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.* Recuperado el 15 de 12 de 2016, de Cartilla de acreditación: <http://www.hosusana.gov.co/sites/default/files/u1/pdf/cartillaacreditacion2015.pdf>

- Husserl, E. (1913). *Ideas Relativas a una Fenomenología Pura y una Filosofía*. México: FCE.
- Kottow, M. (2015). Confianza: crisis y decadencia en las prácticas médicas. *Nuevos Folios de Bioética*, 5-23.
- Laín, E. P. (1970). *La Medicina Hipocrática*. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes.
- Marí, M. R., Bo, B. R., & Climent, C. (2010). Propuesta de análisis metodológico de los datos obtenidos en la entrevista. *Revista de Ciencias de la Educación. Universidad de l'Eduació*, 1(1), 113-133.
- Marquínez, A. G., & Et All. (1991). *El Hombre Latinoamericano y sus valores*. Bogotá: Nueva América.
- Martínez, A, E. (Octubre a diciembre de 2014). Necesitamos una nueva teoría financiera. *Revista de antiguos alumnos IESE*(135).
- Ministerio de la Protección Social. (2010). *Resolución 1536 de 2010. Por medio de la cual se establece la organización y funcionamiento del Observatorio de Talento Humano en Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: Congreso de la República.
- Ministerio de la Protección Social Republica de Colombia. (31 de Diciembre de 2009). [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Mejorar_la_seguridad_en_procesos_quir%C3%BArgicos.pdf). Recuperado el 27 de Febrero de 2014, de http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Mejorar_la_seguridad_en_procesos_quir%C3%BArgicos.pdf
- Ministerio de Salud del Perú. (1999). *Curso de gestión en las redes de establecimientos y servicios de salud. Gestion recursos humanos*. Lima: Ministerio de Salud.
- Ministerio de salud y protección social. (2007). *Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud*. Bogotá, Colombia: Congreso de la República.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Ley 1608 de 2013. por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del Sector Salud*. Bogotá, Colombia: Congreso de la República.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Bloque quirúrgico estándares y recomendaciones*. Madrid: Centro de Publicaciones Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Mirón Pérez, M. D. (2004). Oikos y oikonomia: El análisis de las unidades domésticas de producción y reproducción en el estudio de la Economía antigua. *Gerión*, 61-79.
- Monzón, J. E., Monzón, W. Á., Ariasgago, O. L., & Rauch, E. (2006). *Análisis comparativo del Test de Rest (DIT) para su aplicación en el ámbito de la UNNE*. Recuperado el 16 de Agosto de 2015, de <http://www.unne.edu.ar/>: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt2006/01-Sociales/2006-S-068.pdf>
- Mozo, R. F., & Pérez, S. P. (2010). Una perspectiva dual para la gestión de los recursos humanos: ¿optimizar recursos o reducir costes contractuales? *Dirección y Organización*, 25, 923-931.

- Noreña, A. L., Alcaraz, M. N., Rojas, J. G., & Rebolledo, M. D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274.
- OCDE/Naciones Unidas/CAF. (11 de Abril de 2015). *Perspectivas económicas de América Latina 2015. Educación, competencias e innovación para el desarrollo*. París: Éditions OCDE.
- Ortiz Pommier, A. (2009). Gestión clínica y conflicto de intereses. *Acta Bioethica*, 15(2), 157-164.
- Osorio, F. (1998). El Método Fenomenológico. *Cinta de Moebio [en línea]*.
- Pardell, H. G.-B. (2006). *Ser Médico, hoy. Retos del nuevo profesionalismo médico en España*. Madrid.
- Patiño, J. F. (2004). El profesionalismo médico. *Revista Colombiana de Cirugía*, 19(3), 146-152.
- Patiño, J. F. (2005). Ley 100 de 1993. Reforma y crisis de la salud en Colombia. *Gerencia y Políticas de Salud*, 9, 173-179.
- Patiño, J. F. (2011). La atención de la salud en un modelo de aseguramiento comercial. *Revista Colombiana de Cirugía*, 9-10.
- Patiño, J. F. (2013). El sistema de salud de Colombia: crisis sin precedentes. *Revista Colombiana de Cirugía*, 28(4), 259-261.
- Prieto, D. M. (2001). La reflexión axiológica y el sistema de valores del profesional de la salud. *Humanidades Médicas*, 1-11.
- Raw, D. F. (2007). *Cuando la medicina enferma. El calvario de médicos y pacientes en los Sistemas de Salud*. Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Rivero-Serrano, O., & Durante-Montiel, I. (2008). Ética en la medicina actual. *Gac Méd Méx*, 279-83.
- Robbins, S., & Judge, T. (2009). *Comportamiento organizacional*. México D.F.: Pearsons Education.
- Rodríguez, J. A. (2007). Test axiológico. Un instrumento para detectar valores. *Revista portuguesa de pedagogía*, 41(1), 157-177.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: Free Press.
- Sabato, E. (1951). *Hombres y engranajes: Reflexiones sobre el dinero, la razón y el derrumbe de nuestro tiempo*. Buenos Aires: Emecé Editores.
- Sabato, E. (1977). Entrevista "A Fondo". (J. S. Serrano, Entrevistador)
- Sánchez, H. A. (2003). Análisis de la Naturaleza de los valores ético morales. *Humanidades Médicas*, 3(2).
- Seijo, E. B., Cardozo, P. R., Álvarez, V. J., Valle, S. T., & Muñoz, R. M. (2001). Los valores ético profesionales del médico. Su diagnóstico. *Humanidades Médicas*, 1(2).
- Sen, A. (2000). *El Desarrollo como libertad*. Barcelona: Planeta.

- Stepke, F. y. (2007). BIOÉTICA Y SALUD PÚBLICA. *Revista Selecciones de Bioética*, 107-120.
- Suhonen, P. (1985). Approaches to value research and value measurement. *Acta Sociológica*, 28(4), 349-358.
- Thompson, J. (2006). Los principios de ética biomédica. *CCAP*, 5(4), 15-34.
- Torres, V, F. (2002). *El Ejercicio Actual de la Medicina*. Recuperado el 25 de Julio de 2015, de <http://www.facmed.unam:>
http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2002/ponencia_sep_2k2.html
- Trejo, M. F. (2012). La fenomenología como método de investigación: una opción para el profesional de enfermería. *Enf Neurol*, 11(2), 98-101.
- Veloso, d. (2015). *La vieja y la nueva ética médica*.
- www.inversiopedia.com. (2015). *¿Qué es la economía y qué estudia?* Recuperado el 5 de Agosto de 2015, de <http://www.inversiopedia.com/>: <http://www.inversiopedia.com/aquaeconomaaquaestudia.html>

10. Anexos

Anexo 1 Documento consentimiento informado



Documento de consentimiento informado para autorización de participación en el estudio: Estrategia para la identificación de valores morales en un grupo de médicos especialistas.

El propósito de este estudio de investigación, es identificar un valor (es) en su naturaleza, mediante la aplicación de una estrategia, guía o protocolos definidos en el diario vivir de los especialistas quirúrgicos importantes en el desarrollo del Hospital, permitiendo a otros investigadores, utilizar el patrón de análisis en contextos similares, como un primer paso para poder aplicar la administración por valores.

La investigación será realizada por dos estudiantes de la Maestría en Administración en Salud de la Universidad del Valle. DIANA FERNANDA SANDOVAL CERON y FERNANDO VALLEJOS ROJAS como parte del requisito curricular para obtener el título respectivo.

Esta investigación se plantea con el personal especializado del bloque quirúrgico del Hospital Susana López de Valencia de Popayán, quienes deberán cumplir con los criterios de inclusión que son: aceptar participar voluntariamente en el estudio, ser trabajador del Hospital Susana López, tener algún tipo de vínculo laboral medido por diferente tipo de contratación, que su área de trabajo sea el bloque quirúrgico, que hayan recibido la capacitación de plan estratégico de la IPS. Serán participantes, la totalidad de especialistas (43), del bloque quirúrgico que se distribuyen numéricamente así: Anestesiólogos: 12, cirujanos generales: 8, ginecólogos: 14, traumatólogos: 7, cirujanos pediatras: 2, criterio establecido por los investigadores cuyo aporte será, el que se realice espontáneamente durante su estadía en el bloque quirúrgico mediante la recepción de las expresiones verbales denominadas VERBATIM, frases captadas en cualquier sitio y momento de su permanencia en el bloque quirúrgico. Los participantes no tendrán ninguna conducción para el desarrollo del trabajo. Serán partícipes en forma espontánea siguiendo la rutina laboral sin que perciban, que están suministrando datos para el trabajo respectivo

Para decidir su participación no debe ser de manera inmediata. Puede que haya algo que no entiende por lo cual si desea hacer preguntas, puede contactar a los investigadores. La participación en esta investigación es totalmente voluntaria y usted puede dejar de participar del

estudio en cualquier momento, puede elegir en participar o no, si lo hiciese o no, continuarán normalmente todos los procedimientos y gestión diaria y nada cambiará.

El estudio de campo tomará alrededor de un (1) mes de tiempo, en los quirófanos del Hospital Susana López de Valencia de Popayán.

No existe ningún riesgo si interviene en este estudio de investigación. No se hará modificación alguna del proceso diario de su labor, no habrá requerimiento adicional a lo que diariamente realiza. Todos los aspectos vistos, escuchados, encuestados, serán puestos en absoluta reserva.

Puede que no haya beneficios para usted, pero su valiosa participación ayudara a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación que permita al Hospital identificar si los valores practicados por sus trabajadores corresponden a valor ético en función de los principios de no maleficencia y beneficencia. Los participantes tendrán derecho a conocer toda la información que resulte del estudio luego de la recolección y análisis de los resultados según el cronograma establecido y podrán recibir una copia de los mismos previa sugerencia al Comité de Investigación para su aceptación.

Si autoriza, el proceso se realizará de la siguiente manera: a) Socialización del estudio. b) Firma voluntaria del Consentimiento Informado. c) Recolección de la información mediante la aplicación de encuesta, entrevistas a profundidad y grabaciones aleatorias. (Grabaciones en audio que pueden realizarse en cualquier momento y sitio del proceso quirúrgico para obtener pequeñas frases denominadas verbatim que orienten al objetivo del trabajo de investigación)

En la recolección de datos y resultados no será incluido su nombre, y nadie fuera del estudio tendrá conocimiento de su participación. La información suministrada, será utilizada SOLO para el estudio que se describe en este documento y se mantendrá en nuestros archivos, únicamente revisada por los investigadores. La recolección de datos y el análisis de los mismos tendrán una duración como se indica en el cronograma de tres (3) meses tanto para los verbatim como para la entrevista escogida.

Como se trata de un estudio en esencia cualitativo, los participantes en ningún momento tendrán que ejercer nuevas funciones diferentes a las realizadas rutinariamente

Al firmar este documento usted:

- Está de acuerdo con participar en el estudio.
- Está autorizando a los investigadores obtener información.
- Está autorizando a usar y compartir su información para este estudio.
- Se le ha explicado la información de este documento y se han contestado todas sus preguntas.
- No tendrá que contestar preguntas que no quiera contestar.
- En cualquier momento, puede dejar de participar en la investigación.
- Tendrán derecho a ingresar y salir voluntariamente de la investigación, a conocer los objetivos del proceso, a conocer los resultados del análisis y que se le guarde completa reserva en cuanto al origen de los verbatim sea cual fuere la expresión emitida.

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el comité de ética de la Universidad del Valle que está precedido por la Dra. MARIA FLORENCIA VELASCO con número de teléfono 5185677.

YO, _____ he leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente hacer parte de esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL PARTICIPANTE

C.C. No.

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

FIRMA DEL INVESTIGADOR
FERNANDO VALLEJOS ROJAS
C.C. No. 12.978.984 de Pasto
Tel: 3218529633

FIRMA DEL INVESTIGADOR
DIANA FDA. SANDOVAL C.
C.C. No. 34.319.044 de Popayán
Tel 3007144429

TESTIGO
C.C. No.

TESTIGO
C.C. No.

Fecha y lugar:

Nota: Se hace entrega de copia del consentimiento informado al participante del proyecto.

Anexo 2 Preguntas para desarrollar por el investigador sobre la participación de sujetos humanos en investigación

PREGUNTAS PARA DESARROLLAR POR EL INVESTIGADOR SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE SUJETOS HUMANOS EN INVESTIGACIÓN

- 1. Proporcione una descripción detallada de la participación de sujetos humanos incluyendo número, edad, sexo, grupo étnico y estado de salud**

RESPUESTA:

En el estudio participaran los especialistas de las diferentes ramas quirúrgicas que laboran en los quirófanos de un hospital de nivel II de atención del Departamento del Cauca. En total son 43 especialistas de los cuales son: 12 anestesiólogos, 8 cirujanos, 14 ginecólogos, 7 traumatólogos y dos cirujanos pediatras, de sexo masculino y femenino, sin distingo de raza, ni edad. Se pretende identificar un valor moral practicado por el personal especializado que labora en quirófano, respecto al estado de salud los participantes son sanos.

- 2. Identifique las fuentes de Materiales para la Investigación propuesta que se obtendrá de seres humanos como muestras clínicas, datos, historias clínicas: Identifique si este material será obtenido específicamente para propósitos de investigación o si se utilizarán muestras, datos, etc., existentes o tomados para otros propósitos**

RESPUESTA:

Las fuentes primarias de información que se utilizarán en la investigación serán; proporcionadas por los participantes en el estudio mediante encuesta socioeconómica, transcripción fidedigna de los parlamentos palabras o frases expresadas (verbatim), y una entrevista a profundidad con cuestionario estructurado. La información obtenida de forma oral y personalizada sobre acontecimientos vividos y aspectos subjetivos en relación al fenómeno estudiando, se registrará de manera escrita y magnetofónicamente para facilitar su análisis y construcción de un protocolo, obtenidos para propósitos únicos de la investigación.

- 3. Describa los planes para el reclutamiento de los participantes en el estudio, y los procedimientos para informar y obtener el consentimiento informado ¿Qué información será proporcionada al participante potencial? ¿Quién comunicará esta información y obtendrá el consentimiento? ¿Cómo se documentará el consentimiento?**

RESPUESTA:

Se reunirá a los 43 especialistas para la socialización del trabajo de investigación. Se dará a conocer la redacción del consentimiento informado donde la participación es absolutamente voluntaria y se obtendrá la firma de los que deseen participar. Se explicará claramente la estrategia para la obtención de la información utilización de encuesta, audios y entrevista, mas no se informará fecha exacta de trabajo de campo para no incurrir en cambios de las actitudes y comportamientos diarios en la obtención de los verbatim. La exposición será realizada por los investigadores, informando que no habrá represalias ni acciones punitivas dado que la información obtenida será de carácter anónimo y de uso exclusivo de los investigadores, usada solo para fines del estudio. El consentimiento, se realizara en el respeto propio de las ciencias humanas y no en el aspecto del mundo biomédico, documento escrito de tres hojas que será firmado en forma absolutamente voluntaria por los especialistas que acepten participar siempre y cuando concuerde tanto con sus valores y principios como con el interés que les despierta el aportar su experiencia frente al fenómeno estudiado, sin que esta participación les signifique algún perjuicio moral.

- 4. Describa los riesgos potenciales físicos, psicológicos, sociales, legales u otro y evalúe su probabilidad y gravedad. Cuando sea apropiado, indique tratamientos y/o procedimientos alternativos que podrían ofrecer ventajas al participante.**

RESPUESTA:

La presente investigación no hace ningún tipo de intervención en las variables sociales, psicológicas, culturales, biológicas, fisiologías por lo tanto no se considera como una investigación médica, en consecuencia, no está sujeta a la vigilancia que señala la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia y las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos de 2002 (Pauta 14/CIOMS-2002), Por lo tanto no implica ningún riesgo potencial. Dado que el estudio es cualitativo fenomenológico se tendrá especial cuidado que los participantes del estudio deben estar de acuerdo con ser informantes y deben conocer tanto sus derechos como sus responsabilidades dentro de la investigación, se cumplirá con cada una de las responsabilidades adquiridas con los informantes relacionado con el manejo posterior de la información proporcionada, los resultados del estudio no generarán ningún perjuicio o daño institucional, profesional o personal a efectos de la información recabada; en este sentido, los hallazgos del estudio no serán utilizados con fines distintos a los que inicialmente se han proyectado, no implicara riesgos potenciales físicos, psicológicos sociales y legales, por lo tanto no se contempla la protección a participantes, ni riesgos que puedan sufrir sujetos de estudio.

- 5. Describa los procedimientos para proteger a los participantes de riesgos potenciales y para minimizar los riesgos, incluyendo riesgos de confidencialidad y evaluar su probabilidad de ser efectivos. Cuando sea apropiado, indique las medidas para asegurar la provisión de atención médica en el caso de efectos adversos a los participantes. También, cuando sea el caso, debe indicar las provisiones para monitorear los datos obtenidos en el transcurso del estudio para**

asegurar la seguridad de los participantes

RESPUESTA:

Los datos recolectados no serán de dominio público y solo estarán al alcance del grupo investigador. La información se guardará bajo términos de absoluta confidencialidad, la custodiada será responsabilidad de los investigadores en computadores personales de manejo exclusivo de los mismos con clave de seguridad. Para garantizar la confidencialidad las encuestas serán anónimas identificadas con un número consecutivo asignado por los investigadores, los audios realizados en el bloque quirúrgico que proporcionaran los verbatim serán anónimos y se asignará un seudónimo a los entrevistados que será elegido por cada participante. Posterior a la escritura de los resultados, las grabaciones, entrevistas y la base de datos que se generó en el trabajo de campo, se guardarán en archivos confidenciales a los cuales el acceso estará restringido exclusivamente a los investigadores. Pasado un tiempo considerable en que no se necesite utilizar dicha información, serán destruidos los archivos correspondientes.

6. Indique porque los riesgos a los sujetos participantes son razonables con relación a los beneficios para ellos y con relación a la importancia del conocimiento que podrían esperar de la investigación

RESPUESTA:

El trabajo de investigación no representa riesgo para los sujetos participantes. La participación de los especialistas permitirá definir un protocolo para la identificación de un valor moral, que permita apoyar el desarrollo de la economía ética. Los resultados positivos contribuirán al fortalecimiento de la comunidad científica Colombiana. El proyecto podrá impactar en la frontera del conocimiento a nivel nacional e internacional dado que puede contribuir a la solución o entendimiento de problemas de administración de los recursos de salud, permitiendo desarrollar una economía de salud ética a partir del reconocimiento de valores en función de los principios éticos de beneficencia y no-maleficencia, encaminados a no hacer daño y generar beneficios representados en productividad y estabilidad económica empresarial.

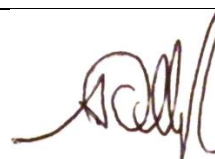
7. Indique si se ha iniciado la realización del proyecto

RESPUESTA:

En el momento no se ha iniciado el desarrollo del proyecto hasta tanto el Comité de Ética de la Universidad del Valle, dé el aval a los investigadores.



Diana Fernanda Sandoval Cerón
Firma Investigador Principal



Fernando Vallejos Rojas
Firma Investigador Principal

Anexo 3 Instrumento de Recolección de Información

 Universidad del Valle	Cuestionario fenomenológico. Médicos especialistas del bloque quirúrgico del Hospital Susana López de Valencia.		 HOSPITAL Susana López de Valencia E. S. E.
Objetivo: Identificar un valor ético practicado por el personal médico especializado, del bloque quirúrgico en un Hospital de mediana complejidad del Departamento del Cauca.			
Información general			
Cuestionario Número			
Edad	Género (1) femenino (2) masculino		
Lugar de procedencia			
Zona residencia	(1) urbana (2) rural		
Estrato socio económico			
Que significa para usted vivir en ese estrato socioeconómico			
Nivel académico de su Mamá			
A que se dedicaba su mamá en la etapa productiva			
Nivel académico de su Papá			
A que se dedicaba su papá en la etapa productiva			
Colegio donde estudió			
Zona donde se ubicaba el Colegio donde realizó sus estudios	(1) urbana (2) rural		
Tipo de colegio	(1) Público (2) Privado		
Cuál es su especialidad Medica			
Que significa para usted ser Medico			

Que significa para usted ser Especialista	
Tipo de contratación	(1) Planta (2) Sindicato (3) OPS
Que significa para usted tener este tipo de contratación	
Tiempo laborado como especialista del bloque quirúrgico en este Hospital	
Que significa para usted formar parte de este Hospital	
Que significa para usted beneficencia y no maleficencia	

ENTREVISTA A PROFUNDIDAD CUESTIONARIO ESTRUCTURADO

1. Que es ser medico
2. Que significa no ser medico
3. Usted cuando está en el hospital se siente médico o no se siente medico
4. Que es lo que lo hace ser valioso.
5. Que siente y que vive, cuando escucha la frase: «otra vez aquí». Describa usted ¿qué siente físicamente?
6. Que lo lleva al Hospital Susana López.

Lo importante son las circunstancias.

Anexo 4 Aval de la escuela para asignación de director de investigación

 FACULTAD DE SALUD ESCUELA DE SALUD PÚBLICA	 Escuela de Salud Pública
--	---

Santiago de Cali, junio 18 de 2014 0200.0210.8.22.2014

Doctor
FLORO HERMES GOMEZ
Docente
Maestría en Administración en Salud

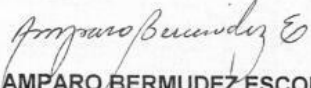
Asunto: Asignación de director

Atento saludo,

A nombre del Posgrado en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública, comedidamente solicito su colaboración como director del trabajo de Investigación de los estudiantes **Fernando Vallejos Rojas** y **Diana Fernanda Sandoval Cerón** de la Maestría en Administración en Salud.

Agradezco su valiosa colaboración.

Cordialmente,


AMPARO BERMUDEZ ESCOBAR
Directora
Posgrado en Salud Pública



Anexo: Formato de asesoría.

Copia: Fernando Vallejos Rojas y Diana Fernanda Sandoval Cerón

Anexo 5 Carta de autorización de la empresa



NUESTROS VALORES:
HONESTIDAD - RESPETO - PASIÓN - TRABAJO EN EQUIPO



Popayán, 11 de marzo de 2016

Señores

COMITÉ INSTITUCIONAL DE REVISION DE ETICA HUMANA

Facultad de Salud
Universidad del Valle
Cali

Ref: Aceptación de proyecto

Cordial saludo:

De acuerdo con el oficio enviado por los estudiantes de la Maestría en Administración en Salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle, DIANA FERNANDA SANDOVAL CERON y FERNANDO VALLEJOS ROJAS para desarrollar el proyecto denominado; **Estrategia para la identificación de valores morales en un grupo de médicos especialistas** en el que solicitan autorización para el desarrollo del mismo en nuestra institución, informamos a ustedes, que el Comité de Investigación del Hospital Susana López de Valencia, aprueba la realización de dicho proyecto y que dichos estudiantes contarán con el apoyo de la institución al igual que con la información que requieran para tal efecto.

Atentamente


GERMAN JAIR ARDILA MUÑOZ
PRESIDENTE COMITÉ DE INVESTIGACION

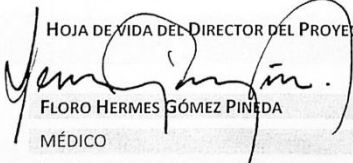
HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E. CALLE 15 N° 17 A - 196 LA LADERA, TEL: 8211721 - 838 6363
PÁGINA: WWW.HOSUSANA.GOV.CO POPAYÁN, CAUCA - COLOMBIA

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 8000070 - Bogotá, D.C.
Línea Seguro Nacional 01 8000 1088

Anexo 6 Hoja de Vida de los Investigadores

HOJA DE VIDA DEL INVESTIGADOR	
Nombre	 DIANA FERNANDA SANDOVAL CERON
Título de pregrado	ENFERMERA
Títulos de Postgrado:	ESPECIALISTA EN AUDITORÍA EN SALUD ESPECIALISTA EN DERECHOS HUMANOS
VINCULACIÓN CON EL PROYECTO INVESTIGADOR PRINCIPAL: ☒	
ASESOR METODOLÓGICO:	☐ CO-INVESTIGADOR: ☐ DIRECTOR DE PROYECTO: ☐
ASESOR TEMÁTICO:	☐ ESTUDIANTE POSTGRADO: ☐ ESTUDIANTE PREGRADO: ☐
Teléfono: 3007144429	Email: dianafer_s@hotmail.com

HOJA DE VIDA DEL INVESTIGADOR	
Nombre	 FERNANDO VALLEJOS ROJAS
Título de pregrado	MEDICO
Títulos de Postgrado:	ESPECIALISTA EN GERENCIA HOSPITALARIA
VINCULACIÓN CON EL PROYECTO INVESTIGADOR PRINCIPAL: ☒	
ASESOR METODOLÓGICO:	☐ CO-INVESTIGADOR: ☐ DIRECTOR DE PROYECTO: ☐
ASESOR TEMÁTICO:	☐ ESTUDIANTE POSTGRADO: ☐ ESTUDIANTE PREGRADO: ☐
Teléfono: 3218529633	Email: fevaromd@hotmail.com

HOJA DE VIDA DEL DIRECTOR DEL PROYECTO	
Nombre	 FLORO HERMES GÓMEZ PINEDA
Título de pregrado	MÉDICO
Títulos de Postgrado:	DOCTOR EN ESTUDIOS POLÍTICOS ESPECIALISTA EN BIOÉTICA
VINCULACIÓN CON EL PROYECTO INVESTIGADOR PRINCIPAL: ☐	
ASESOR METODOLÓGICO:	☐ CO-INVESTIGADOR: ☐ DIRECTOR DE PROYECTO: ☒
ASESOR TEMÁTICO:	☐ ESTUDIANTE POSTGRADO: ☐ ESTUDIANTE PREGRADO: ☐
Teléfono: 3113328351	Email: florohermesgomez@hotmail.com

Anexo 7. Carta de respaldo del director del proyecto

Floro Hermes Gómez Pineda, Ph.D

Cali, 8 de Julio de 2015.

Señores

COMITÉ INSTITUCIONAL DE REVISION DE ETICA MÉDICA

Facultad de Salud

Universidad del Valle

Ciudad

Ref: Carta de respaldo profesional

Cordial saludo.

Comedidamente presento a usted como tutor del proyecto ***Estrategia para la identificación de valores morales en un grupo de médicos especialistas*** de los estudiantes de la Escuela de Salud Pública, Maestría en Administración de Salud, Diana Fernanda Sandoval Cerón y Fernando Vallejos Rojas para ser evaluado por el comité de Ética Humana Institucional con el propósito de poder contar con el aval para iniciar su desarrollo.

Atentamente.



FLORO HERMES GÓMEZ PINEDA
Tutor del Proyecto

Anexo 8 Carta de aval del Comité Institucional de la Escuela de Salud Pública

FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



Santiago de Cali, Marzo 14 de 2016

0200.0210-130-2016

Señores
COMITÉ INSTITUCIONAL DE REVISION DE ETICA HUMANA
Facultad de Salud
Universidad del Valle
Cali

Asunto: Aval

Apreciados Señores:

Comedidamente les informo que el Comité de Posgrado en Salud Pública, de la Escuela de Salud Pública, informa que avala metodológicamente el Proyecto **"ESTRATEGIA PARA LA IDENTIFICACION DE VALORES MORALES EN UN GRUPO DE MEDICOS ESPECIALISTAS"** realizado por los estudiantes **DIANA FERNANDA SANDOVAL CERÓN** con código 201303899 y **FERNANDO VALLEJOS ROJAS** con código 201303980 de la Maestría en Administración en Salud.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

LYDA OSORIO MD PhD
Directora de Posgrados
Escuela de Salud Pública

Anexo 9 Acta de Propiedad intelectual de titularidad de derechos

	VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES Oficina de Transferencia de Resultados e Investigación OTRI	ACTA DE PROPIEDAD INTELECTUAL DE TITULARIDAD DE DERECHOS Acuerdo 023 del Consejo Superior del 18 de marzo de 2003
---	---	--

Fecha de Radicación del Proyecto en la

Día	Mes	Año
15	Julio	2015

Unidad Académica

I- UNIDAD ACADÉMICA

FACULTADES		INSTITUTOS ACADÉMICOS
Artes Integradas ☐	Ciencias Soc. y Eco. ☐	Educación y Pedagogía ☐
Ciencias Nat. y Exactas ☐	Humanidades ☐	Psicología ☐
Ciencias de la Adm. ☐	Ingeniería ☐	
Salud ☒		

II- NOMBRE DEL PROYECTO, OBRA O CREACIÓN:

Estrategia para la identificación de valores morales en un grupo de médicos especialistas
Objeto Principal del Proyecto o Tema General de la Obra o Creación:
Identificar un valor ético practicado por el personal médico especializado, del bloque quirúrgico en un Hospital de mediana complejidad del Departamento del Cauca.

III- TIPO DE PRODUCTO INTELECTUAL:

Proyecto de Investigación ☒ Proyecto de Producción Artística ☐ Consultoría y/o Asesoría ☐
 Otro ☐ Especifique _____

IV- CLASE DE OBRA:

1. Obra Individual ☐ (producida por una persona natural) persona natural o jurídica que divulga y publica bajo su nombre)	3. Obra Colectiva ☐ (producida por un grupo bajo la orientación de una persona natural o jurídica que divulga y publica bajo su nombre)	5. Obra por encargo ☐ (obra creada en ejecución de un contrato de prestación de servicios)
2. Obra en Colaboración ☒ (producida por dos o mas personas)	4. Obra Derivada ☐ (creación autónoma que resulta de la adaptación, traducción y otra transformación de una obra originaria)	6. Otra ☐ Especifique _____

V- AUTORES, COAUTORES E INVENTORES

NOMBRE Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	P/E/I E ¹	FECHA DE INGRESO AL PROYECTO	HORAS SEMANA DEDICACIÓN	CALIDAD EN LA QUE PARTICIPA
DIANA FERNANDA SANDOVAL CERON	34319044	E2	feb-14	20	IP
FERNANDO VALLEJOS ROJAS	12978984	E2	feb-14	20	IP
FLORO HERMES GOMEZ PINEDA		P	feb-14		D

¹ Señale P: si es Profesor; E1: si es Estudiante de Pregrado; E2: si es Estudiante de Maestría; E3: Estudiante de Doctorado; IE: Investigador Externo.



VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES
Oficina de Transferencia de Resultados e Investigación
OTRI

**ACTA DE PROPIEDAD INTELECTUAL DE
TITULARIDAD DE DERECHOS**
Acuerdo 023 del Consejo Superior del 18 de
marzo de 2003

²Calidad en que participa en la obra intelectual, de acuerdo a la función asignada así: D: Director del Proyecto; IP: Investigador Principal; CI: Coinvestigadores; CA: Coautores; CP: Coordinador del proyecto; T: Tesis o Trabajo de Grado.

En caso de abandono o no cumplimiento de las actividades de Propiedad Intelectual, debe ser certificado por el Investigador o autor principal.

VI. PRODUCTOS ESPERADOS DE ESTE TRABAJO INTELECTUAL (numérico):

1. Derechos de Autor				
Tipo de producto	Científico	Técnico	Artístico	Humanístico
1. Obras Literarias				
2. Obras Musicales				
3. Obras Artísticas				
4. Obras Audiovisuales				
5. Registro de Software				
6. Fonogramas				
7. Contratos				
8. Artículos de Comunicación Corta	X			
9. Otros				

2. Propiedad Industrial			
Patente ☐	Modelo de utilidad ☒	Diseño Industrial ☐	
Innovación ☐	Adaptación ☐	Know How ☐	
Tecnológica	Tecnológica		

VII. FINANCIACIÓN

ORGANISMOS FINANCIADORES No ☐ Si ☐ Otro ☒ Especifique RECURSOS PROPIOS

Nombre de la entidad financiadora: _____

Aporte financiación externa: _____

Contraprestación Universidad del Valle: _____

VIII. GARANTÍAS Y RESPONSABILIDAD

El presente acuerdo se registrará por la Ley colombiana y comunitaria que sea aplicable. Las controversias derivadas de derecho de propiedad intelectual serán sometidas al Comité de Propiedad Intelectual y al Comité de conciliación de la Universidad del Valle antes de pasar a la jurisdicción ordinaria. Todas las participantes profesores, estudiantes, servidores, funcionarios de entidades públicas y privadas manifiestan que conocen y aceptan lo dispuesto en el Estatuto de Propiedad Intelectual de la Universidad del Valle y demás normas que lo modifiquen, adicionen o aclaren. Y aceptan lo dispuesto en las siguientes cláusulas:

a) Derechos de Propiedad Intelectual:

Calidad en que participa en la obra intelectual, de acuerdo a la función asignada así: D: Director del Proyecto; DT: Director Trabajo de Grado o Tesis de Investigación; IP: Investigador Principal; CI: Coinvestigadores; CA: Coautores; CP: Coordinador del proyecto; T: Tesis o Trabajo de Grado

Los derechos morales: la titularidad del derecho moral corresponden a los profesores, estudiantes y servidores en su calidad de autores, coautores, directores, investigadores o coinvestigadores; Los derechos patrimoniales: Comprenden el derecho de reproducción y comunicación pública. Es el beneficio sobre la explotación económica de la obra o producto intelectual, corresponden conforme a la Ley 23 de 1982 a la Universidad, salvo estipulación expresa en caso de participación de organismos financiadores, entidades públicas o privadas, en los términos del contrato, convenio o proyecto suscrito.



VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES
Oficina de Transferencia de Resultados e Investigación
OTRI

**ACTA DE PROPIEDAD INTELECTUAL DE
TITULARIDAD DE DERECHOS**
Acuerdo 023 del Consejo Superior del 18 de
marzo de 2003

b) **Grado de autonomía y responsabilidad para designar colaboradores:** La Universidad y los organismos financieros, reconocen el grado de autonomía y de responsabilidad que tienen tanto el autor, investigador principal o director del proyecto como los coinvestigadores, o coautores o codirectores del proyecto para proponer sus colaboradores. La designación y participación de éstos, en todo caso se establecerá de conformidad con las normas vigentes de la Universidad.

c) **Obligación de informar modificaciones:** Con el fin de definir derechos de propiedad entre los intervinientes, éstos se comprometen a hacer constar expresamente en escrito que se anexará al Acta de Acuerdo de propiedad intelectual las modificaciones que surjan durante el desarrollo de la actividad o proyecto. Así mismo se expresarán las causales de retiro y exclusión del director, coordinador, coinvestigador, o coautor: por retiro voluntario o por incumplimiento de sus obligaciones u otros causales que lo desvinculen del proyecto.

d) **Cronograma de actividades:** El desarrollo de la obra, proyecto o consultoría se efectuará de conformidad con el cronograma de actividades aprobado en el proyecto que se anexa a ésta acta.

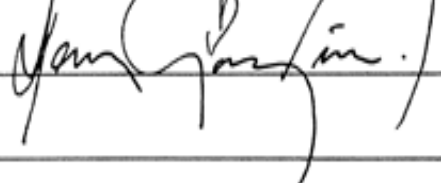
e) **Clausula de confidencialidad:** Los docentes y estudiantes participantes, además de cumplir con sus obligaciones, se comprometen a guardar la reserva de la información que han obtenido a través del desarrollo de la obra o del proyecto de investigación, especialmente cuando el resultado esperado sea una invención, un modelo de utilidad, un diseño industrial o creaciones similares, aún después de su desvinculación del proyecto, para evitar que se puedan violar los derechos de propiedad intelectual y la obligación de confidencialidad, por lo menos durante un periodo no menor a dos años.

En constancia de aceptación se firma esta Acta por los que en ella intervienen, en Santiago de Cali a los 14 días del mes de julio de 2015 y se envía una copia al Comité de Propiedad Intelectual de la Universidad del Valle.

FIRMAS AUTORES, COAUTORES E INVENTORES







Firma del investigador Principal

Vo.Bo Vicedecano de Investigaciones o Similar