

Conflictos de obligaciones, conflictos de intereses y modalidades de contratación en la atención en salud en el final de la vida:
una mirada desde la bioética.
Conflicting obligations, conflicts of interest and modalities of contracting in health care at the end of life: a view from bioethics.

DOI: <https://doi.org/10.26852/28059107.565>

Boris Julián Pinto Bustamante¹, María Valentina Castellanos Quintero²

Introducción

El filósofo y psiquiatra alemán Karl Jaspers identifica aquellas situaciones vitales que se viven en los límites de la existencia, y que exponen al ser humano ante la profundidad de la experiencia moral. Estas situaciones límite (la culpa, el sufrimiento, la muerte, etc.) trascienden la moral cotidiana, superficial y legalista, y confrontan la existencia a una ética de situación, en la que los medios habituales para resolver los conflictos humanos, la ética normativa y el legalismo de las formas jurídicas son francamente insuficientes (Jaspers, citado por Gracia, 2008, pp. 23-24).

Las situaciones médicas en el final de la vida, si bien están orientadas por un conjunto de normas y leyes positivas en Colombia (Ley 1733 de 2014, Resolución 971 de 2021, Resolución 825 de 2018, Sentencia C-233 de 2021, entre otras), constituyen situaciones límite en las que entran en conflicto intereses y obligaciones morales. La resolución de estos conflictos no es posible con el simple recurso a las formas normativas, dado que en estos escenarios coexisten valores, afectos y expectativas de múltiples actores que requieren para su resolución del razonamiento moral, el concurso de las virtudes (como la prudencia) y la sensibilidad ética.

Teniendo en cuenta esto, el presente escrito busca aclarar conceptos sobre los tipos de conflicto que pueden presentarse en la atención sanitaria, identificar distintas fuentes intrapersonales, organizacionales y contractuales que distorsionan la excelencia de la práctica médica, así como algunas propuestas para hacer frente a estas situaciones.

1. Tipos de conflictos morales en la práctica sanitaria

1.1 Conflictos de obligaciones

Los conflictos de obligaciones se plantean como una contradicción entre dos intereses primarios diferentes, vinculados a la obligación profesional y a la consideración de los derechos fundamentales de nuestros pacientes. Por ejemplo, en el caso de un adolescente que acude a consulta por un trastorno por consumo de sustancias. El paciente solicita a su médico que no revele su hábito a sus padres. El profesional enfrenta en esta situación dos obligaciones morales: por una parte, el respeto por la confidencialidad de la información suministrada por el paciente y, por otra, la necesidad de evaluar una red de apoyo efectiva.

Según Jameton (1984), el conflicto de obligaciones morales se puede expresar como angustia moral. En este escenario, el individuo realiza un juicio moral adecuado sobre un caso particular, pero condiciones estructurales y del entorno hacen difícil o imposible su aplicación, lo cual genera sufrimiento para el agente moral (Jameton, citado por Coirley, Minick, Elswicky y Jacobs, 2005). Raines (2000) considera que estas restricciones trascienden el nivel institucional, en lo cual concuerdan Burston y Tuckett (2012), quienes especifican aspectos que abarcan el ámbito individual (cultura, cualidades personales, visión del mundo, experiencia), el ámbito laboral (relaciones interpersonales, sitio de trabajo, inseguridad para la toma de decisiones, carencia de habilidades y destrezas específicas) y otros, como el impacto que generan las dimensiones del cuidado o las influencias externas (factores

¹Médico cirujano, especialista, magister, PhD. En Bioética. Profesor investigador Universidad el Bosque. Profesor principal, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario. pintoboris@unbosque.edu.co

²Médica cirujana, Universidad el Bosque.

Citar como: Pinto, B.J. y Castellanos, M.V. (2022). Conflictos de obligaciones, conflictos de intereses y modalidades de contratación en la atención en salud en el final de la vida: una mirada desde la bioética. Meridiano. Revista Colombiana de Salud Mental, 1(1), 45-51.

socioeconómicos, contención de costos, cuestiones de eficiencia y acceso a los servicios). El filósofo Theodor Adorno (2019) denomina a esta situación, en la que condiciones del entorno generan una brecha entre lo que se espera del propio desempeño y aquello que se logra, violencia ética, lo cual se puede manifestar como un “índice de dislocación” en los valores del profesional, y en un síndrome de desgaste emocional (burnout) (Benito, Arranz y Cancio, 2011).

Un escenario en el que se viven de forma cotidiana situaciones de angustia moral es la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Si bien existen criterios técnicos y éticos de ingreso a UCI y criterios de reanimación (Rubio, et al, 2020), es frecuente que muchos pacientes con enfermedades de pronóstico vital limitado sean ingresados a estas unidades, a pesar del escaso beneficio, dado que ni los pacientes ni sus familias han contado oportunamente con un adecuado proceso de cuidados paliativos. En estas circunstancias, los equipos de la UCI deben enfrentar a diario situaciones moralmente demandantes, como el ingreso a la unidad, la comunicación sobre decisiones en el final de la vida con pacientes y familias que desconocen su pronóstico, decisiones de adecuación del esfuerzo terapéutico, sedación paliativa, el retiro o la no instauración de ciertas intervenciones médicas, entre otros. En el contexto de la pandemia por COVID-19, la multiplicación de casos de pacientes que han requerido recursos de cuidado intensivo ha llevado al extremo la angustia moral de muchos profesionales (Amaya et al, 2021) y han desafiado la capacidad de respuesta de los sistemas de salud, las instituciones y los trabajadores de la salud, quienes nos hemos visto en la necesidad de incorporar con mayor urgencia principios éticos para la distribución eficiente y equitativa de los recursos disponibles (Arévalo et al, 2020).

Una mejor articulación por niveles de complejidad de estos servicios, como el Modelo de Soporte Integral planteado por el Instituto Nacional de Cancerología (INC), el cual propone la creación de procesos de gestión y organización, la formación de equipos de atención a personas con enfermedades crónicas avanzadas y la consolidación de servicios alternativos a la hospitalización tradicional, según

la complejidad de los pacientes (unidades de cuidados de pacientes crónicos, servicios de atención comunitaria y extramural, hospicios, etc.) es una necesidad impostergable en nuestro medio (Instituto Nacional de Cancerología ESE, 2017).

La angustia moral es el resultado de un evento moral (en tanto conflicto de valores) que desencadena la experiencia del sufrimiento psicológico. Las emociones y sentimientos relacionados con la angustia moral (como rabia, frustración, culpa, ansiedad, etc.) se pueden suscitar a partir de eventos morales como son el dilema, la tensión, el conflicto, la restricción y la incertidumbre (Morley, Bradbury-Jones & Ives, 2020). De estos eventos morales, resaltaremos dos: el dilema y la incertidumbre.

Dilema moral: en esta situación entran en conflicto dos principios morales que apoyan cursos de acciones contradictorios. En este caso, el conflicto se reduce a una dicotomía entre dos cursos de acción extremos, sin tomar en consideración cursos intermedios (Gracia, 2011). Si bien existen situaciones críticas en las que la escasez de recursos (tiempo, bienes materiales, certeza diagnóstica o pronóstica, etc.) condiciona una rápida toma de decisiones, en la mayoría de los casos existe una riqueza de alternativas para la resolución de los conflictos morales. Una valoración superficial de un conflicto, desde lo que llamaremos una “aritmética moral” (en la que se contraponen, sin mayor reflexión, dos principios normativos, p. ej. autonomía versus beneficencia), puede convertir un conflicto en un falso dilema.

Por ejemplo, un paciente Testigo de Jehová (TJ) acude a una valoración preoperatoria con un documento de voluntades anticipadas donde declara el rechazo a transfusión de productos sanguíneos primarios y hemodilución normovolémica preoperatoria. Esta situación conflictiva puede ser reducida a un falso dilema: operar o no operar al paciente; transfundir o no transfundir; salvar la vida o dejar morir, dada su negativa a la transfusión. No obstante, cabe pensar en otras alternativas para la resolución de este conflicto: hemodilución normovolémica aguda, recuperador de eritrocitos, eritropoyetina, hierro intravenoso, como alternativas sobre las

cuales se puede deliberar con los actores en conflicto, etc. Convertir un problema en un falso dilema es un acto imprudente y un ejemplo de ética minimalista, muchas veces motivada por una medicina defensiva. Un caso diferente sería el de un paciente TJ en un choque hemorrágico en la sala de emergencias, en el cual sí puede existir un auténtico dilema.

Incertidumbre moral: se caracteriza porque el profesional de la salud está inmerso en un conflicto de obligaciones, pero expresa inseguridad sobre cómo identificar un problema ético o moral, cómo caracterizar la naturaleza del conflicto y cómo abordarlo (Arango,2014).

En este caso, el profesional puede carecer de sensibilidad ética (la capacidad para identificar un problema moral) (Hébert, Meslin y Dunn 1992), bien por falta de maestría o de exposición a escenarios de conflictos morales, o bien por presentar un desarrollo moral preconvenional o convencional (Kohlberg, 1972), por lo cual su estrategia para la toma de decisiones ante conflictos de obligaciones recurre a mecanismos heterónomos de recompensa y castigo, o a la observancia irreflexiva de las normas, sin la capacidad de asumir una postura crítica y autónoma ante las mismas, característica del razonamiento moral postconvencional.

Por ejemplo: una persona mayor acude al servicio de urgencias, con un cuadro de dificultad respiratoria y múltiples comorbilidades. El paciente está inconsciente y trae un documento de voluntades anticipadas (DVA) ajustado a los requisitos de la normatividad vigente (Resolución 2665 de 2018), en el que solicita, en caso de paro cardíaco, no ser reanimado, y en caso de paro respiratorio, no ser intubado. No obstante, su familiar exige que el paciente sea reanimado y se implementen medidas de ventilación mecánica invasiva. Ante la presión familiar, y el desconocimiento del contexto deontológico y ético, el profesional de la salud decide intubar al paciente.

1.2 Conflictos de intereses

Los conflictos de intereses, según el Instituto de Medicina de Estados Unidos (2009), se

definen como “un conjunto de circunstancias que crea un riesgo de que el juicio profesional o las acciones con respecto a un interés primario sean influenciadas indebidamente por un interés secundario”. Este interés secundario puede ser financiero o no financiero (el deseo de progreso profesional, reconocimiento o la realización de favores personales, etc.).

Respecto a esto, la calidad diferencial de la atención sanitaria que obtiene un paciente, de acuerdo con su seguro de salud, la naturaleza de las relaciones contractuales, los incentivos económicos según el tipo de servicio prestado y las alternativas diagnósticas o terapéuticas que selecciona un profesional para sus pacientes, basado en los beneficios financieros de la prescripción, y no en la indicación clínica, reflejan una disociación profesional y ética en la práctica actual. Dentro de este conjunto de factores estructurales, los modelos de contratación entre empresas aseguradoras (EPS) e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) pueden constituir factores de riesgo para la materialización de conflictos de intereses en la prestación de servicios sanitarios.

1.2.1. Modalidades de contratación de servicios de salud en Colombia

La contratación entre empresas aseguradoras e IPS es un acuerdo de voluntades cuyo propósito es garantizar la continuidad de la prestación de servicios entre las partes involucradas, fijando mecanismos de pago y asegurando otros aspectos de dicho intercambio, como el uso razonable de los servicios de salud. En la legislación colombiana, luego de la implementación de la Ley 100 de 1993, en la cual se crea el Sistema de Seguridad Social en Colombia (y como parte del mismo, el Sistema General de Seguridad Social de Salud, SGSSS), se promulgaron normas que regulan las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago (Decreto 4747 de 2007).

En el SGSSS, contamos con el sistema de pago retrospectivo, el cual se realiza con posterioridad a la prestación del servicio, a partir de sumas fijadas con anticipación para el cobro de actividades,

intervenciones, medicamentos, insumos y servicios prestados en términos de pago por evento, o del conjunto de actividades, grupos de servicios prestados, grupos relacionados al diagnóstico y protocolos de tratamiento para enfermedades específicas (pago por paquete). Esta modalidad de pago puede ser fuente de conflictos de intereses, dado que incentiva la realización de procedimientos e intervenciones que puedan ser cobrados posteriormente. En este escenario, son fundamentales, tanto la autorregulación profesional, como las estrategias de supervisión y seguimiento de la pertinencia científica de las intervenciones médicas, sin perjuicio de la autonomía médica y orientada por criterios clínicos razonables.

Por otra parte, el sistema de pago prospectivo se efectúa antes de la prestación del servicio, mediante el contrato de pago por capitación, el cual requiere la determinación del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) en cada periodo, de acuerdo a las disposiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, según el Decreto 2562 de 2012. Esto se establece de acuerdo con el perfil epidemiológico nacional, la estructura demográfica de la población, la tecnología disponible, y variables como la edad, género y zona demográfica donde reside el afiliado al sistema. Para el año 2019 se adopta el valor fijado en la Resolución 5858 de 2018.

Este modelo de contratación es el preferido para servicios básicos y ambulatorios, lo cual se encuentra estipulado en la Ley 1438 de 2011 y ordenado en la Sentencia C-197 de 2012, donde se afirma que sólo se pueden contratar mediante la modalidad de pago por capitación servicios de baja complejidad (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección específica y atención de enfermedades de interés en salud pública). La citada Sentencia advierte que la contratación de servicios de alta complejidad mediante esta modalidad se puede constituir en un incentivo negativo para el prestador, dado que, ante la necesidad de contener los costos en salud, puede decidir la asignación de los servicios según la capacidad de pago del asegurador, así como según indicadores hospitalarios de eficiencia: índice de rotación, coeficiente de renovación, giro de camas, promedio de egresos por cama, intervalo

de sustitución, entre otros.

Frente a los conflictos de intereses relativos a los procesos de contratación cabe pensar, tanto en la relevancia de la implementación de los principios enunciados en la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015), como en la adopción de mecanismos de pago alternativos y dinámicos que cumplan el doble propósito de atender a las necesidades de salud como derechos fundamentales (equidad), al tiempo que contribuyen a la sostenibilidad del sistema (eficiencia). Como lo define Castaño (2019), una opción razonable es aquella en la cual “un modelo de atención integral que genera valor se une a un mecanismo de pago que le dé razón de ser y su sentido”. Por esto, se ha planteado una taxonomía de modalidades de pago prospectivo según la transferencia de riesgo primario de incidencia, con base en ciclos de atención:

- Con un inicio y un final: se pueden abordar mediante una modalidad de pago por episodio (situaciones agudas con su respectiva resolución), y que además incentiva a la realización de acciones de prevención primaria.
- Con un inicio y sin un final: se pueden abordar mediante una modalidad de pago integral por grupo de riesgo (condiciones crónicas), y que incentiva al prestador a hacer detección temprana para disminuir severidad, atención costo-efectiva y a realizar acciones de prevención secundaria y terciaria para disminuir el riesgo de morbilidad evitable.

Conclusiones

Los profesionales de la salud deben enfrentar, con frecuencia, situaciones límite en su práctica clínica. En estas situaciones, los medios habituales para la resolución de conflictos (como el recurso al paternalismo médico o a la medicina defensiva) son insuficientes. Por tal razón, es necesario promover, desde la formación académica, la familiaridad con aspectos deontológicos y humanísticos de la profesión, así como la sensibilidad bioética (como la habilidad para reconocer conflictos de valores), el desarrollo moral postconvencional (fundamentado en el reconocimiento de la autonomía moral y la diversidad de valores como fundamentos de una sociedad con aspiraciones pluralistas y democráticas) y la enseñanza para la deliberación cuando se enfrentan conflictos entre valores (Couceiro, 2012), lo cual puede contribuir en la superación de distintos eventos morales generadores de angustia, como son el dilema y la incertidumbre moral.

Son múltiples los factores que pueden generar conflictos de obligaciones morales (intrapersonales, relativos a la formación profesional, culturales, psicológicos, institucionales, normativos, etc.). Las condiciones estructurales (modalidades de contratación, incentivos laborales, presiones de la industria biomédica, dificultades en la articulación de servicios por niveles de complejidad, entre otros), en medio de las cuales se ejerce la práctica sanitaria, constituyen un conjunto de factores que limitan significativamente la autonomía profesional y que generan, a la vez, conflictos de obligaciones y conflictos de intereses.

Desde esta perspectiva, si bien es necesaria la promoción de la educación médica basada en valores y destrezas en comunicación, también es fundamental la autorregulación profesional (a través de sociedades científicas, cuerpos colegiados, comités de ética y tribunales de ética), así como la participación deliberativa de los profesionales de la salud en las dimensiones estructurales y políticas que determinan las condiciones en las cuales se ejerce la actividad profesional, como son los esquemas de aseguramiento y las modalidades

e incentivos para el pago de las actividades en salud, con el propósito de reivindicar la esencia del acto médico y proteger el derecho a la prestación de servicios de salud de calidad para nuestros pacientes y comunidades.

Referencias

1. Amaya S, Andrade MJ, Pinto-Bustamante BJ, Mateus MJ, Palacio IC, Murillo M. (2021). Newsletter January 2021: Anaesthesiology in Times of Pandemic: Between Anguish and Duty. European Society of Anaesthesiology and Intensive Care. Disponible en: <https://www.esaic.org/esa-news/newsletter-january-2021-anaesthesiology-in-times-of-pandemic-between-anguish-and-duty/>
2. Arango, G.L. (2014). Conflictos éticos que se presentan a médicos de tres centros hospitalarios de Bogotá, Colombia. *Revista Latinoamericana De Bioética*, 15(28-1), 108-119.
3. Arévalo-Leal, J. S., Gómez Córdoba, A. I., Pinto Bustamante, B. J., León, N. A., Castillo Niuman, A., & Trillos Peña, C. E. (2020). Problemas éticos en la asignación de recursos escasos y cuidado intensivo en la atención de la pandemia por SARS CoV-2: Una reflexión desde los principios, criterios, derechos y deberes. *Acta Médica Colombiana*, 45(3).
4. Benito, E., Arranz, P. y Cancio, H. (2011). Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 18(2), 59-65.
5. Burston, A.S. y Tuckett, A.G. (2013). Moral distress in nursing: Contributing factors, outcomes and interventions. *Nursing Ethics*, 20(3), 312-324.
6. Campbell, S.M., Ulrich, C.M. y Grady, C. (2016). A broader understanding of moral distress. *The American Journal of Bioethics*, 16(12), 2-9.
7. Castaño, R.A., Moreano, D., Prada S.I. y Marín, F.R. (2018). Modalidades prospectivas de pagos en salud: una propuesta de taxonomía. Editorial Universidad Icesi. Documentos de trabajo. Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud (PROESA), 18.
8. Coirley, M., Minick, P., Elswick, R.K. y Jacobs, M.

- (2005). Nurse, moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*, 12(4), 381-390.
9. Congreso de Colombia (19 enero 2011). Ley 1438 de 2011.
 10. Corte Constitucional. Sala Plena (14 marzo 2012). Sentencia C-197 de 2012. [MP Jorge Ignacio Pretelt Chaljub].
 11. Couceiro, Azucena. (2012). Aprendizaje práctico de la bioética en el pregrado: objetivos, herramientas docentes y metodología. *Educación Médica*, 15(2), 79-87
 12. Fourie, C. (2015). Moral distress and moral conflict in clinical ethics. *Bioethics*, 29, 91–97.
 13. Gracia, D. (2008). Procedimientos de decisión en ética clínica. (3a ed.). Madrid: Editorial Triacastela, pp. 23-24.
 14. Gracia, D. (2011). Teoría y práctica de la deliberación moral. En: Feito, L., Gracia, D. y Sánchez, M. (eds.). *Bioética: el estado de la cuestión*. Madrid: Editorial Triacastela, p. 125.
 15. Hébert, P.C, Meslin, E.M y Dunn, E.V. (1992). Measuring the ethical sensitivity of medical students: a study at the University of Toronto. *J Med Ethics*, 18(3), 142–147.
 16. IOM (Institute of Medicine). (2009). *Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice*. Washington, DC: The National Academies Press.
 17. Instituto Nacional de Cancerología ESE (2017). *Modelo de soporte integral y cuidado paliativo al enfermo crónico*. Primera edición. Bogotá DC: Instituto Nacional de Cancerología ESE.
 18. Jameton, A. (1984). *Nursing Practice: The Ethical Issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1984, p. 6.
 19. Ministerio de Salud y Protección Social. (10 diciembre 2012). Decreto 2562 de 2012.
 20. Ministerio de Salud y Protección Social. (26 diciembre 2018). Resolución 5858 de 2018.
 21. Ministerio de Salud y Protección Social. (25 de junio de 2018). Resolución 2665 de 2018.
 22. Ministerio de Salud y Protección Social. (7 diciembre 2007). Decreto 4747 de 2007.
 23. Morley, G., Bradbury-Jones, C., & Ives, J. (2020). What is 'moral distress' in nursing? A feminist empirical bioethics study. *Nursing ethics*, 27(5), 1297–1314.
 24. Raines, M.L. (2000). Ethical decision making in nurses. Relationships among moral reasoning, coping style, and ethics stress. *JONA's Healthcare Law Ethics Regulation*, 2(1), 29–41.
 25. Rubio O, et al. (2020). Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos. *Med Intensiva*.
 26. Turnbull, A.E., et al. (2018). Competing and conflicting interests in the care of critically ill patients. *Intensive Care Med*, 44(10), 1628-1637.

Anexo

	Pago retrospectivo		Pago prospectivo
	Pago por evento	Pago por paquete	Pago por capitación
Ventajas	<p>Genera incentivos (mayor trabajo: mayor ingreso económico). Mayor autonomía del profesional. Favorece uso de tecnología</p>	<p>Control de costos. Optimiza recursos. Uso racional de tecnologías diagnósticas</p>	<p>Mejoría de la oportunidad de atención. Mecanismo de control para la regulación de costos</p>
Desventajas	<p>Incrementos en costo médico y administrativo. Procesos complejos de auditoría</p>	<p>Paciente puede requerir atenciones adicionales (riesgo para paciente y aumento de costos). Procesos complejos de auditoría</p>	<p>Puede requerir atenciones adicionales (riesgo para paciente y aumento de costos). Requiere auditoría y seguimiento. Selección adversa del usuario según pagos</p>
Ejemplos de problemas éticos posibles	<p>Por incentivos adicionales en cuanto al uso indiscriminado de tecnologías disponibles, se realizan procedimientos o tratamientos sin indicación médica</p>	<p>Por selección adversa de grupo de diagnóstico, se prefieren tratar enfermedades de alto costo</p>	<p>En servicios de alta complejidad pueden limitar el uso de ciertos procedimientos o medicamentos con el fin de ahorrar costos o generar desviación de pacientes a otros niveles para evadir costos y responsabilidades en la atención</p>

Adaptado de: González, A. y González, J. (2017). Comparación de sistemas de pago convenido en los costos de la prestación de servicios ambulatorios y hospitalarios. Bogotá: Universidad Del Rosario.