



Revista Latinoamericana de Ciencias
Sociales, Niñez y Juventud

ISSN: 1692-715X

revistaumanizales@cinde.org.co

Centro de Estudios Avanzados en Niñez
y Juventud
Colombia

Urrego-Mendoza, Diana Zulima; Quintero-Mejía, Marieta
Dilemas de la guerra: un estudio desde las narrativas médicas en Colombia
Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, vol. 13, núm. 2, julio-
diciembre, 2015, pp. 837-849
Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud
Manizales, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77340728021>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Referencia para citar este artículo: Urrego-Mendoza, D. Z. & Quintero-Mejía, M. (2015). Dilemas de la guerra: un estudio desde las narrativas médicas en Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (2), pp. 837-849.

Dilemas de la guerra: un estudio desde las narrativas médicas en Colombia*

DIANA ZULIMA URREGO-MENDOZA**

Profesora Universidad Nacional de Colombia, Colombia.

MARIETA QUINTERO-MEJÍA***

Profesora Universidad Distrital Francisco José de Caldas, Colombia.

Artículo recibido en mayo 16 de 2013; artículo aceptado en abril 21 de 2014 (Eds.)

• **Resumen:** *En esta investigación buscamos comprender las situaciones dilemáticas e identificar los principios que guían la toma de decisión que en la práctica afrontan los médicos y médicas en el contexto del conflicto armado colombiano. Para lograrlo realizamos un estudio con enfoque cualitativo hermenéutico interpretativo, en el que utilizamos como estrategia metodológica las narrativas ricoeurianas. Identificamos las siguientes situaciones dilemáticas: El valor de la vida: actuar como médico o médica o el cuidado de sí, Marcando territorios médicos: ¿Rebeldía o sometimiento?, Ser médico o médica, el protocolo o el cuidado del otro y Más allá de la medicina: el consultorio o el cuidado colectivo. En relación con los principios morales identificamos la obligación moral, el deber profesional, el respeto, la autonomía, la dignidad, la amistad, la honestidad, la igualdad, y los lineamientos del derecho internacional humanitario, entre otros.*

Palabras clave: guerra, ética médica, médicos y médicas (Tesauro de Ciencias Sociales de la Unesco).

Palabra clave autoras: práctica médica, conflicto armado, dilemas éticos, narrativas.

Ethical dilemmas in contexts of war: a study of Colombian medical narratives

• **Abstract:** *This study aims to understand the situations involving ethical dilemmas and identifies the principles that guide the decision-making processes of physicians in their practice within the context of the Colombian armed conflict. To achieve this, the study used a quantitative hermeneutic interpretive approach, adopting Ricoeurian narratives as a methodological strategy. The study identified the following situations in which ethical dilemmas occur: The value of life-to act as a physician or to act as an individual and look after oneself; Marking medical territories; Rebellion*

* Este artículo de investigación científica y tecnológica pertenece al macroproyecto de investigación “La práctica médica en el conflicto armado colombiano-un estudio cualitativo desde las narrativas médicas”. En este escrito se presentan los resultados del proyecto titulado “Narrativas de médicos colombianos en contexto de guerra: Principios y acciones que orientan la toma de decisión en situaciones dilemáticas”, desarrollado entre febrero de 2012 y mayo de 2013 como tesis doctoral con la dirección de Marieta Quintero-Mejía como uno de los requisitos para optar por el título de Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud en el Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud de la Universidad de Manizales y Cinde; corresponde a un estudio cualitativo hermenéutico interpretativo que utiliza las narrativas como estrategia conceptual y metodológica y se ubica en el área de Filosofía, sub área de ética. Este macroproyecto se finalizó durante el año sabático concedido por Resolución 2231 de 2012 de la decanatura de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

** Médica Cirujana. Especialista en epidemiología, Mg A en Medicina Alternativa, Mg Sc Salud Pública, Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Profesora asociada, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: dzurregom@unal.edu.co

*** Licenciada en Español y Francés, Especialista en Didáctica de la literatura Infantil, Magister en Filosofía de la Ciencia, Magister en Evaluación en Educación, Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Universidad de Manizales-Cinde. Posdoctorado en Infancia. Profesora de planta de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas. Correo electrónico: marietamg@gmail.com



or submission? Being a physician, protocol or care for others, and; Beyond medicine; consultations or collective care. In terms of moral principles, the study identified moral obligations, professional duty, respect, autonomy, dignity, friendship, honesty, equality and international humanitarian law guidelines, among others.

Key words: war, medical ethics, physicians (Unesco Social Sciences Thesaurus).

Key words authors: medical practice, armed conflict, ethical dilemmas, narratives.

Dilemas da guerra: um estudo a partir das narrativas médicas na Colômbia

• **Resumo:** Esta pesquisa buscou compreender as situações de dilema e identificar os princípios que orientam a tomada de decisão enfrentada pelos médicos na prática no contexto do conflito armado colombiano. Para isso, realizou-se um estudo qualitativo com abordagem interpretativa hermenêutica enquanto estratégia metodológica da narrativa ricoeuriana. Foram identificadas as seguintes situações de dilema: o valor da vida: para atuar como médicos ou outros cuidados, a marcação dos territórios médicos; rebeldia ou submissão, ser médico, o protocolo ou o cuidado com o outro; além da medicina: o consultório ou o atendimento coletivo. Em relação aos princípios morais identificamos a obrigação moral, o dever profissional, o respeito, a autonomia, a dignidade, a amizade, a honestidade, a igualdade e as diretrizes do direito internacional humanitário.

Palavras-chave: guerra, ética médica, médico, médica (Tesauro de Ciências Sociais da Unesco).

Palavras-chave autoras: prática médica, conflitos armados, dilemas éticos, narrativas.

-1. Introducción. -2. Metodología. -3. Resultados. -4. Conclusiones. -Lista de referencias.

1. Introducción

En este artículo exponemos algunos resultados de la investigación realizada, a través de las narrativas, sobre las decisiones y las acciones de los médicos y médicas de Colombia en situaciones dilemáticas en contextos de guerra, y los principios que orientaron sus marcos de elección. Es decir, analizamos el proceso de argumentación, deliberación y justificación en la toma de decisión por parte de los sujetos profesionales de la salud. Identificamos como situación dilemática aquella en la cual se presentó un conflicto entre dos cursos de acción, lo que implicó una elección que contiene principios contradictorios y consecuencias distintas.

Para ello, nos fue necesario conocer los relatos de médicos y médicas acerca de su praxis en tales situaciones, con el objeto de identificar los dilemas a los que se vieron enfrentados.

Al explorar narrativas médicas en contextos de guerra, se puede encontrar relatos referentes a situaciones altamente problemáticas, que van desde profesionales de la salud sometidos a amenazas e intimidaciones, hasta narraciones

sobre el uso de los conocimientos médicos como apoyo a las actividades bélicas en uno u otro bando -y cuyo caso más dramático tal vez sigan siendo las investigaciones y experimentos de la Segunda Guerra Mundial-. De hecho, son frecuentes los estudios de narrativas de médicos y médicas en los que se evidencia situaciones de vulneración de los derechos de los pacientes y alteraciones en el manejo de los protocolos médicos. Ejemplos de ello son, por nombrar algunos, los relatos del ejercicio médico hechos por los prisioneros y prisioneras de las dictaduras latinoamericanas, en donde se observa casos evidentes de violación de la autonomía en la relación médico-paciente, al narrar la forma en que las mujeres embarazadas fueron vulneradas en los centros de detención hospitalarios donde atendían sus partos y se les hacía firmar un documento que “autorizaba” a los médicos o médicas a entregar los recién nacidos a otras personas.

Ahora bien, aun cuando el análisis de estos problemas pueda ser útil para indicar el grado de vulneración al que ha estado y está sometida la práctica médica, el enfoque de esta investigación fue el estudio de las narrativas

de los médicos y médicas que permitieron identificar los contextos en los que tales problemáticas tienen lugar.

Por otra parte, los intereses investigativos expuestos previamente buscaron tomar distancia de aquellos estudios previos en los cuales la práctica médica en contextos de guerra ha sido abordada desde una perspectiva heroica, como puede ser el caso de las narraciones sobre las guerras de conquista o las batallas independentistas, en las cuales el interés narrativo de los sujetos profesionales de la salud recaía en su autopercepción como héroes, sintiéndose valorados e indispensables para realizar el acompañamiento del personal en la batalla y, por lo tanto, sabiéndose significativos en su aporte para cualquiera que fuera la causa por la cual luchar (Fortique, 1963).

Estudios de narrativas de médicos y médicas en contextos bélicos, mucho más contemporáneos, han dado cuenta de las acciones médicas durante las guerras mundiales. En estos estudios predominan las narraciones alrededor de las estrategias y los mecanismos tecnificados que dieron lugar a prácticas médicas legitimadas, estructuradas y organizadas arbitrariamente en torno a la eutanasia, al exterminio y a la eugenesia, como es el caso de los experimentos realizados en la ciudad de Núremberg durante el nazismo, en donde es evidente la participación del personal médico en experimentos mortales, asesinatos selectivos y establecimiento de políticas de exterminio de acuerdo con los fundamentos políticos del nacionalsocialismo (Dumont, 1975). Sin embargo, también pueden documentarse relatos de médicos y médicas que asumen la oposición a estas actividades a través de frentes activos de resistencia, con lo cual resulta útil analizar ambos casos para establecer los principios éticos que guiaban -y guían- la praxis médica en contextos de guerra (Hachiya, 1945/2005, p. 190).

Otras prácticas médicas se centran en los lineamientos de la guerra no convencional y en los patrones de seguridad mundial de la lucha contra el terrorismo, que en algunos casos se vale de la tortura, el chantaje y el asesinato para lograr fines prácticos o demostrar resultados (Gross, 2010). En estos casos, se priorizan los

principios de la guerra sobre los principios médicos y, por lo tanto, el médico o médica termina por relegar a un segundo plano el deber profesional. Los relatos de personal médico revisados y relacionados con el contexto en mención, se refieren mayoritariamente a experiencias de prisiones, en las que el médico o médica asiste a los interrogatorios de los sujetos detenidos con el fin de apoyar los mecanismos psicológicos empleados (Bloche & Marks, 2005). Algunos médicos y médicas develan la obligación que tienen de colaborar con la seguridad nacional, para evitar posibles ataques terroristas (Jeff, 2006). De esta forma, apelan al beneficio colectivo utilitarista sobre los derechos individuales del individuo paciente y por encima del respeto a la vida.

De forma similar, en el contexto latinoamericano del siglo XX se tienen las prácticas médicas durante las dictaduras en Argentina, Chile, Brasil, Uruguay y Perú. Estas pueden agruparse en prácticas que se realizan dentro del régimen -y por lo tanto 'legítimas'- y otras orientadas a oponerse al sistema, a la resistencia contra el mismo. En el primer caso la toma de decisión está restringida por los principios políticos del régimen, por lo que estos se constituyen, de forma evidente, en violatorios de los principios morales referidos a la justicia y a la autonomía, así como al derecho internacional humanitario (DIH) (Getgen, 2004). En cuanto a los médicos y médicas vinculados a la resistencia, en ellos prevalecen principios de solidaridad propios de los tratados humanitarios, limitados por amenazas y por la falta de garantías para proteger su vida e integridad física y psicológica (Riquelme, 1995). Ante esta situación, los códigos de ética médica profesional entran en clara contradicción con las prácticas y el entorno del ejercicio médico.

Este tema cobra importancia en Colombia, no solo por las condiciones de conflicto y violencia social acaecidas desde finales de 1900 y agudizadas entre las décadas de los ochenta y noventa, sino porque orienta el análisis de las iniciativas y políticas planteadas en el marco de la práctica de la medicina en el conflicto armado. Ejemplo de ello pueden ser las iniciativas encaminadas a asistir a las víctimas del conflicto, como la Ley de Víctimas

y Tierras, que si bien ha sido tardía -únicamente hasta el 10 de junio del 2011 fue sancionada la Ley de Víctimas, con una vigencia de 10 años- se orienta a la búsqueda de restitución de tierras despojadas en medio del conflicto colombiano, así como a la realización de acciones propias en el campo de la salud, como son la atención psicosocial y la salud integral a las víctimas de la violencia.

Según el informe de la Presidencia de la República de Colombia (2009), la violencia está afectando directamente a los trabajadores y trabajadoras de la salud. En los últimos catorce años hubo 796 casos de infracciones hacia la misión médica que incluyeron amenazas, asesinatos, desplazamiento y secuestros. De acuerdo con un reporte de la Dirección General de Emergencias y Desastres del Ministerio de la Protección Social, las agresiones van dirigidas directamente contra los trabajadores y trabajadoras de la salud y contra la población civil (Presidencia de la República de Colombia, 2009).

Las investigaciones realizadas en Colombia que involucran al personal médico se desarrollan básicamente en tres categorías: el registro de misión médica, los lineamientos y protocolos de atención para heridos de guerra y las relacionadas con la acción humanitaria.

El registro de misión médica en Colombia se realiza principalmente por el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR & MPS, 2011), Médicos sin Fronteras (MSF, 2010) y el Ministerio de Protección Social (Presidencia de la República de Colombia, 2009).

García muestra los tipos de violaciones más frecuentes a los sujetos profesionales de la salud en Colombia, que incluyen la presión para violar el secreto profesional y la intimidación. Se han denunciado casos de médicos y médicas que deben revelar la identidad de sus pacientes porque son amenazados, y por lo tanto eligen salvar su propia vida. Al mismo tiempo, se conoce que en los casos en los cuales no proporcionan los datos son acusados y señalados por cada uno de los actores, y se ven obligados a abandonar la institución de salud donde prestan sus servicios (García, 2004).

Los protocolos médicos de atención a víctimas en conflicto armado fueron publicados

por el CICR en febrero de 2011; allí se dan los lineamientos de manejo médico y quirúrgico para las patologías más frecuentes con relación a heridas por explosivos, minas antipersonales, heridas por arma de fuego, quemaduras y trauma psicológico (CICR & MPS, 2011).

De Currea-Lugo realizó un estudio descriptivo sobre las infracciones a los derechos de la misión médica en el conflicto armado colombiano (1995-1998); considera que en Colombia las principales infracciones contra la misión médica son: muerte de personal sanitario, daño en bienes, destrucción de instituciones, interrupción de programas de control de vectores y puesta en riesgo de la prestación de servicios a personas heridas y enfermas, junto con presiones sutiles, mensajes disfrazados, comentarios, rumores y falsas versiones sobre hechos que intimidan al personal de salud. Concluye que el sector salud no se respeta en el conflicto armado colombiano, los actos no son aislados sino frecuentes y graves (De Currea-Lugo, 1999).

Sobre este tema se destacan también las investigaciones de Franco (2007, 2008) en las cuales afirma que la guerra afecta negativamente la salud y la calidad de vida de las personas, al traer consecuencias tales como: incremento en la mortalidad, impacto sobre la salud mental, alteración en las prioridades de salud y postergación de atención no urgente -los padecimientos de los pacientes se postergan para atender a los heridos de guerra-, aumento de costos en la atención, alteración negativa en la comunicación de la salud -no se puede denunciar-, mayor dificultad para las acciones de salud -campañas de vacunación-, desplazamiento, secuestro e infracciones contra la misión médica -personal de salud e instalaciones, asesinato de profesionales de la salud, robo de ambulancias y violaciones del derecho humanitario- (Franco, 2007). En otro estudio realizado por este mismo autor, relacionado con las infracciones contra la misión médica, se entrevistaron médicos y médicas en diversos departamentos. Un médico de Nariño relata: "Hay que comenzar por proteger a quienes atienden las víctimas para que no haya más víctimas" (Franco & Baez, 2008, p. 337).

Lo expuesto permite señalar que a pesar de existir unas normativas relacionadas con los deberes del personal médico en torno a la protección de la vida y sus obligaciones profesionales, en sus relatos y testimonios se indica que en situaciones de guerra están expuestos a prácticas dilemáticas, las cuales en su mayoría se resuelven de acuerdo con las situaciones del contexto.

De ahí el interés en la presente investigación por identificar el impacto en la práctica médica de los dilemas éticos relacionados con la vida o la muerte de los pacientes, del personal médico y de los actores del conflicto armado.

En esta investigación retomamos en su marco conceptual los presupuestos de la ética práctica, la bioética, la ética procedimental kantiana, la ética discursiva habermasiana, la propuesta de ética médica hermenéutica ricoeuriana, y también lineamientos relacionados con el Derecho Internacional Humanitario.

De igual manera adoptamos los presupuestos de la ética aplicada, cuya disciplina filosófica estudia las acciones humanas y las motivaciones que llevan a su realización. Para Aristóteles (384 a. C. /2001), la filosofía práctica se encarga del estudio de la ética, es decir, de la acción y la praxis moral. Por esto, la ética orienta las valoraciones que tenemos de las acciones, y los contenidos de los juicios morales valorados como correctos/incorrectos, buenos/malos. Estas valoraciones han dado lugar a distintas orientaciones éticas, a partir de las cuales se fundamentan las normas de la conducta humana. Para Pieper, estas orientaciones incluyen la perspectiva de la ética social, la ética económica, la ética científica y la ética ecológica. La ética social da prelación a los deberes y derechos de cada individuo respecto de la colectividad. La ética económica se ocupa de los objetivos y de las normas de la actividad económica. La ética científica reflexiona acerca de los requisitos morales bajo los cuales realiza el científico su labor profesional. Por último, la ética ecológica implica la responsabilidad ante el ambiente (Pieper, 1991).

Dado que la ética se encarga del estudio de la praxis humana desde el punto de vista de las acciones y de los juicios, nos interesa,

precisamente, conocer las prácticas médicas, las argumentaciones, y las justificaciones de la toma de decisión en situaciones de guerra, en particular cuando dicha práctica profesional exige en la normativa un tratamiento “neutral”, lo que genera o da lugar a la emergencia de situaciones dilemáticas.

La ética práctica informa, a quienes toman decisiones, sobre el grado de desacuerdo y la fuerza de las preferencias de la población. Para Elster, los médicos y médicas en algunos casos deben dejar de lado necesidades particulares específicas de pacientes con enfermedades graves pero poco frecuentes, para adoptar la perspectiva de eficacia máxima, es decir, deben elegir actuar sobre enfermedades frecuentes, aun cuando sean menos graves, incluso si esto significa apartarse, como afirman algunos, de la equidad y la justicia que merece la minoría (Elster & Herpin, 2000, p. 18).

La bioética se establece como perspectiva filosófica para el abordaje ético de los principios relacionados con la vida. El principal representante de dicha corriente fue Fritz Jahr, teólogo y pastor protestante de Halle, quien en 1927 creó sus fundamentos, denominándola ‘*bio-ethik*’. Durante los años setenta, Van Rensselaer Potter propuso una ética global o *bio-ethics* que incluyera a los seres humanos y a los animales. Es así como se consideran dos campos relacionados con la vida: la aplicación de valores éticos en el razonamiento de las ciencias de la salud, y un punto de vista ético general para el análisis de la ciencia y la tecnología (Lolas, 2008).

La bioética surge del abordaje racional y pragmático de los problemas teórico-prácticos en el área de la biología y la salud, donde la ética normativa y la descriptiva se conjugan como una sola ética aplicada. Según Shramm, la razón teórica y la razón práctica se convierten en elementos indispensables para evaluar los raciocinios morales relacionados con las acciones que involucran consecuencias sobre la vida humana (Shramm, 2001).

Los desarrollos teóricos más importantes para este trabajo desde la medicina, se producen en el campo de la bioética, a través del estudio de las perspectivas de la ética narrativa y de la ética principalista expuestas por Wilker y

Beauchamp, respectivamente (Beauchamp, 1996, Winkler, 1996). El académico Diego Gracia analiza los procedimientos de decisión en la ética clínica, permitiendo integrar el sistema de toma de decisión del sujeto médico al ejercicio clínico cotidiano (Gracia, 1996).

En relación con la ética procedimental, se establece que los principios morales orientan la comprensión de las acciones dentro de los sistemas morales. Adicionalmente, Kant señala que los individuos en su vida cotidiana tienen conflictos morales que requieren solución y una toma de decisión (Kant, 1785/ 2002).

En cuanto a la perspectiva de la ética discursiva habermasiana, el criterio racional permite que el sujeto autónomo elija fines y metas. Por tanto, la toma de decisiones se realiza desde la racionalidad y el lenguaje en el contexto de la sociedad. El saber, la argumentación y las justificaciones permiten consensuar normas de acción imparciales, diferenciando el ámbito práctico, la acción instrumental, la acción comunicativa y la acción teleológica (Habermas, 1981).

Por último, la ética hermenéutica ricoeuriana propone tres niveles del quehacer médico: el nivel prudencial, el deontológico y el reflexivo; ello implica un pacto de cuidado, de confianza, de respeto al secreto médico, así como el derecho a saber la verdad. El proceso de argumentación es lógico-discursivo e incluye la narratividad y la historia personal del sujeto (Ricoeur, 2008).

Para el análisis del proceso de toma de decisión incluimos la propuesta de la ética casuística, la ética narrativa, la ética de la virtud y el derecho internacional humanitario.

La ética casuística de Jonsen se fundamenta en la deliberación de casos particulares, estudiándolos desde el diagnóstico, los objetivos terapéuticos, la utilidad en el tratamiento y la eficacia, analizando situaciones particulares en un contexto específico (Jonsen, 1996). La ética narrativa de Wilker propone estudiar la práctica médica indagando la historia social, las circunstancias del hecho, la actitud del paciente y de su familia, los hábitos y las posibilidades de acción (Winkler, 1996). La ética de la virtud de Pellegrino y Thomasma, centra el análisis en el profesional de la salud, plantea que los núcleos

de acción son la relación médico paciente, la enfermedad y la curación (Pellegrino & Thomasma, 1993). En la ética principalista planteada por Beauchamp, el médico o médica está regido por principios morales que sirven de guía para su ejercicio clínico, permitiéndole elaborar sus razonamientos para la toma de decisiones (Beauchamp, 1996).

En relación con el Derecho Internacional Humanitario (DIH), incluimos los lineamientos propuestos para el ejercicio de la medicina en tiempo de conflicto armado de la Asociación Médica Mundial (AMM), donde se establece que el médico o médica está irresolublemente atado a las convenciones sobre derechos humanos y sobre derecho internacional humanitario, y a las declaraciones de la AMM sobre la ética médica. Los tres órdenes normativos mencionados están vinculados al ejercicio de la ética médica en todo tiempo; no obstante, el vínculo derivado del DIH se hace efectivo solamente en tiempos de conflictos armados. Los principios éticos aplicados tanto al tratamiento como a todo tipo de intervención médica -como la investigación-, se aplican por igual en tiempo de conflicto y en tiempo de paz, aunque en tiempos de conflictos armados se explicita la prohibición absoluta de experimentos en seres humanos privados de su libertad, en especial prisioneros y prisioneras civiles y militares, y en población de países ocupados (AMM, 2006).

2. Metodología

En el componente metodológico adoptamos los presupuestos de la fenomenología hermenéutica en relación con la función narrativa ricoeuriana. El relato de la experiencia de los médicos y médicas en situaciones dilemáticas se basó en los recursos simbólicos de la narrativa, articulándolos con el lenguaje a través de una trama, una temporalidad, una espacialidad y unos modos de acción.

El uso de las narrativas como herramienta metodológica para el estudio de las situaciones dilemáticas se presentó como una alternativa novedosa, ya que dio la voz al personal médico que vivió la experiencia. Las narrativas son

utilizadas en investigación médica por Charon desde la perspectiva de los individuos pacientes, con el fin de indagar sobre la historia natural y social de la enfermedad (Charon, 2006). Las narrativas no se habían utilizado para el estudio de la práctica médica en la guerra, sin embargo permitieron evidenciar su valor en la medicina y metodológicamente se convirtieron en una propuesta interesante para entretener la voz del médico o médica, en torno a su práctica

en contextos que dificultan el ejercicio de su misión.

Las categorías iniciales de acercamiento a la información fueron la práctica médica, la situación dilemática, los principios morales, los rumbos de acción, la espacialidad, la temporalidad y las circunstancias (ver tabla 1). Estas no impidieron que emergieran categorías acorde con cada una de las situaciones dilemáticas y el contexto que las rodeaba.

Tabla 1. Categorías iniciales de abordaje de las narrativas.

CATEGORÍA	CARACTERIZACIÓN	ESCENARIOS
Práctica médica	Conjunto de experiencias, conocimientos, habilidades y procedimientos que el médico o médica aplica al paciente o a la comunidad. Se configura en la acción.	Consulta externa. Campañas de promoción o prevención. Atención de urgencias. Elaboración de protocolos clínicos o de programas.
Situación dilemática médica	Aquellos escenarios relacionados con la práctica médica que generan un conflicto, pues conllevan más de un rumbo de acción contrario. Presentan principios contradictorios y generan una o más obligaciones morales contrarias.	Se podrán identificar en relación con el contexto de ejercicio clínico y de salud pública.
Principios morales	Conjunto de normas o valores o principios básicos que se convierten en exigencia para la acción. Expresan deberes relacionados con los actos.	Justicia, Benevolencia, no maleficencia, solidaridad, integridad, autonomía, honestidad, deber profesional, cuidado, derecho a la vida, derecho a la atención médica, entre otros.
Rumbos de acción	Diferentes alternativas de respuesta en la práctica a una situación determinada. Son excluyentes y contradictorios. Conllevan unas consecuencias.	Se identificarán los argumentos por los cuales el médico o médica podría elegir cada uno de ellos.
Espacialidad	Se refiere a los lugares, territorios y espacios donde el médico o médica realiza su práctica o donde se presentan situaciones dilemáticas.	Centro de salud. Vereda, pueblo, cabecera municipal.
Temporalidad	Se refiere al tiempo cronológico, metafórico y humano.	Época, momento del día, tiempo subjetivo del médico o médica.
Circunstancias	Se relaciona con los acontecimientos en los cuales se presenta la situación dilemática.	Incluye medios, situaciones y contexto de la situación dilemática.

Obtuvimos las narrativas por medio de entrevistas a diez médicos y médicas -seis mujeres y cuatro hombres- que en algún momento de su vida habían desarrollado actividades propias del ejercicio profesional en el contexto del conflicto armado colombiano. Los criterios de selección de la población estuvieron determinados por las siguientes características: la validez, la verosimilitud, la ubicación geográfica y la temporalidad.

El tiempo promedio que los médicos y médicas trabajaron en estas regiones de conflicto fue de uno a tres años. De igual forma, los médicos/médicas-narradores estuvieron ubicados en diversas temporalidades históricas, habiendo estado algunos de ellos o ellas expuestos a las anteriores circunstancias durante las décadas de 1980, 1990 y 2000.

Una vez que obtuvimos el consentimiento verbal informado de los médicos/médicas-narradores, procedimos a hacerles la siguiente solicitud: “Narre situaciones de su práctica médica en las que ha enfrentado toma de decisiones en contextos de guerra, identificando casos en que los niños, niñas y jóvenes estuvieran involucrados o afectados”.

La narración fue grabada y codificada para que en el momento del análisis fuera posible reconocer y valorar la voz textual del narrador o narradora, haciendo posible su reconfiguración narrativa, a la vez que se mantenía el anonimato del sujeto entrevistado. Cada entrevista duró en promedio entre 25 y 60 minutos, durante los cuales se describieron distintas situaciones que para el médico o médica generaron dilemas en relación con el desarrollo de sus actividades profesionales, en el contexto del conflicto armado.

Después de realizar la transcripción “línea a línea”, identificamos que cada narrativa contenía entre 300 y 1200 líneas. Agrupamos dichas narraciones por categorías emergentes, dado que varias de ellas comparten criterios analíticos -temporalidades, hechos, personajes y espacios, entre otros- que contribuyen a la comprensión de las situaciones dilemáticas.

Dentro de estas categorías de situaciones dilemáticas procedimos a identificar casos hasta que saturaran la categoría emergente, tal como lo propone la teoría fundamentada, utilizando la escogencia de datos por saturación de categoría. En total escogimos 17 casos. Finalmente, presentamos cuatro categorías de situaciones dilemáticas que contienen los casos representativos. En estos casos, a su vez, identificamos los principios que se enfrentan o se oponen en la práctica de médicos y médicas en contextos de conflicto.

Para la sistematización, utilizamos el método de análisis de narrativas para la comprensión de los tiempos de crisis (Quintero-Mejía, 2011). De este método realizamos varias modificaciones, siempre acorde con los objetivos del estudio, con el fin de identificar los principios morales y los rumbos de acción del médico o médica en torno a la situación dilemática en el ejercicio profesional en contexto de guerra. Estas modificaciones las realizamos en razón a que la

metodología se orienta al análisis de narrativas en sus dimensiones ética y política, pero no a la identificación y análisis de situaciones dilemáticas. Por lo tanto, consideramos que estos cambios son un aporte fundamental que complementa la propuesta metodológica.

En su estructura, esta metodología comprende cuatro momentos, cada uno con su propia significación, pero relacionados entre sí por la dinámica propia del enfoque narrativo hermenéutico interpretativo. Estos momentos nos permitieron la recolección, organización y sistematización de las narrativas, de la siguiente manera:

Momento 1: Transcripción y Codificación.

Consistió en la recolección y transcripción de las entrevistas narrativas acorde con la pregunta y objetivos del estudio. Identificamos cada narración con un código único que hace referencia al sujeto entrevistado y protege su identidad. Luego identificamos las situaciones dilemáticas realizando la codificación y el análisis línea a línea. Cada caso lo identificamos con un título que nos permitió caracterizar el tema y otorgar sentido a la situación dilemática.

Momento 2: Nivel textual de preconcepción de la trama narrativa.

Realizamos un primer acercamiento a los significados que el médico o médica le otorga a sus rumbos de acción en la práctica médica. Estos significados se relacionan con los principios que motivan a tomar una decisión. Las situaciones en relación con el rumbo de acción las discriminamos haciendo referencia a los hechos, a las temporalidades y a las espacialidades.

Momento 3: nivel contextual de la trama narrativa.

Nos centramos en el análisis de las fuerzas narrativas encontradas acerca del rumbo de acción elegido, relacionándolo con los principios que emergen en el relato. Las fuerzas narrativas identificadas fueron: compromisorias (principios), metafóricas, y simbólicas. Además, identificamos las tipologías de los principios emergentes que guían el rumbo de la acción, a la vez que caracterizamos a los sujetos relacionándolos con los juicios del médico o médica, con sus obligaciones y con sus potencialidades como parte del rumbo de acción elegido.

Momento 4: nivel metatextual de reconfiguración de la trama narrativa.

En este nivel reconfiguramos la narrativa según la situación dilemática a través de la interpretación de la trama construida, teniendo en cuenta los rumbos de acción, la toma de decisión, los principios emergentes, la temporalidad y la espacialidad.

3. Resultados

Acorde con el enfoque de investigación cualitativa y el diseño narrativo, el análisis que presentamos en los resultados es de naturaleza hermenéutico-interpretativa. En la tabla 2 presentamos las situaciones dilemáticas del médico o médica en su contexto, e identificamos los principios que se evidencian en la toma de decisión.

Tabla 2. Situaciones dilemáticas y principios identificados según categorías emergentes.

Situación dilemática	Rumbo de acción	Principios emergentes
1. El valor de la vida: Actuar como médico o médica, o el cuidado de sí.	Actuar como médico o médica	Obligación moral, responsabilidad, neutralidad, imparcialidad, igualdad, cuidado del otro, dignidad, solidaridad, respeto, justicia, valentía, honor propio y amistad.
	Cuidado de sí	Integridad propia, cuidado de la familia, cuidado de sí, vulnerabilidad.
2. Marcando territorios médicos: ¿rebeldía o sometimiento?	Rebeldía	Obligación moral, responsabilidad, neutralidad, imparcialidad, igualdad, autonomía, confidencialidad, distinción, prudencia, cuidado del otro, integridad, lealtad, protección de recursos de la población.
	Sometimiento	Vulnerabilidad, deber profesional.
3. Ser médico o médica: el protocolo o el cuidado del otro.	El protocolo	Obligación moral, imparcialidad, igualdad, cuidado del otro.
	El cuidado del otro	Obligación moral, imparcialidad, cuidado del otro, confidencialidad, responsabilidad, igualdad, distinción, derecho a la salud, dignidad, integridad, vulnerabilidad.
4. Más allá de la medicina: el consultorio o el cuidado colectivo.	El consultorio	
	El cuidado colectivo	Respeto, humildad, tolerancia, obligación moral, solidaridad, sinceridad, dignidad, cuidado, integridad, autonomía.

En este estudio no encontramos situaciones dilemáticas relacionadas con la participación de médicos o médicas en casos de torturas, ni en interrogatorios preventivos, problemáticas estas enunciadas como frecuentes en los conflictos armados internos. Tampoco hallamos casos relacionados con toma de decisiones en triage (procedimiento utilizado en medicina para establecer la prioridad de atención de los pacientes de acuerdo a la gravedad de sus heridas), probablemente porque los médicos

y médicas entrevistados eran civiles que prestaban el servicio a toda la población de la región, y no específicamente a un grupo que se encontrara dentro de un combate activo.

En las narrativas de los profesionales existe una situación de resistencia y defensa de la vida. Observamos que en la gran mayoría de los casos mediados por el miedo, en donde la vida del sujeto profesional de la salud se encuentra en peligro, actúa eligiendo el bien prioritario para los demás por encima de su propio bienestar.

Estas revelaciones son novedosas dado que los antecedentes revisados indican que en circunstancias similares el sujeto profesional elige el cuidado y protección de su integridad, deber al que en condiciones inseguras y fuera de los protocolos no está obligado.

Los casos que se relacionan con la violación de la misión médica por parte de los actores del conflicto -guerrilla, fuerzas militares del Estado y paramilitares- son comparables con conflictos de distinta naturaleza, como puede serlo la invasión de las fuerzas militares de las dictaduras latinoamericanas. En la presente investigación observamos reiterativamente la resistencia y el rechazo de los médicos y médicas a estos hechos, incluso por encima de su propia seguridad.

Asimismo, encontramos situaciones que involucran el conflicto armado con la pérdida de derechos sexuales y reproductivos en las mujeres. Estos casos, siguiendo los antecedentes de este estudio, han sido descritos por investigadores como Riquelme sobre los campos de concentración en la segunda guerra mundial, en donde se realizaban abortos encubiertos con el fin de defender la vida de las mujeres. Prácticas similares son descritas también por Dumont (1975), particularmente en relación con las enfermeras polacas durante la ocupación nazi, que debían asesinar a los recién nacidos con el fin de evitar la muerte tanto de las madres como de sus hijas e hijos. En Latinoamérica, prácticas similares fueron denunciadas en el informe de la Comisión de la Verdad y Reparación peruana alrededor de la dictadura de Alberto Fujimori, así como por parte de organismos internacionales humanitarios en relación con Colombia.

Al identificar los principios, observamos que la obligación moral, el deber profesional, la responsabilidad, el cuidado, la igualdad, el respeto, la justicia y la autonomía, entre otros, emergen en las diferentes situaciones dilemáticas planteadas. Sin embargo, al realizar un análisis de los casos que componen las situaciones dilemáticas, surgen reiterativamente principios que configuran perspectivas de análisis acorde con los rumbos de acción identificados.

En relación con la situación dilemática 1, *El valor de la vida: Actuar como médico*

o médica, o el cuidado de sí, los principios emergentes significativos para el rumbo de acción ‘actuar como médico o médica’ son, además de los enunciados inicialmente, la valentía, el honor propio y la amistad. Si el sujeto profesional elige el cuidado de sí se identifican la integridad propia, el cuidado de la familia y la vulnerabilidad.

Respecto a los principios identificados en la situación dilemática 2, *Marcando territorios médicos: ¿rebeldía o sometimiento?*, en relación con la defensa de la acción médica emergen los principios del derecho internacional humanitario de neutralidad, imparcialidad, confidencialidad, distinción, y otros principios como prudencia, lealtad y autonomía. Cuando el rumbo de acción elegido es el sometimiento a las presiones externas de la práctica médica, se identifican el deber profesional y la vulnerabilidad propia.

Los principios identificados en la situación dilemática 3, *Ser médico: el protocolo o el cuidado del otro*, en relación con el cumplimiento de los protocolos médicos se incluyen el deber profesional, la imparcialidad, la igualdad y el cuidado. En aquellos casos donde prevalece el cuidado del otro emergen el derecho a la salud, la dignidad, la integridad del otro y la vulnerabilidad ajena.

Por último, en la situación dilemática 4, *Más allá de la medicina: el consultorio o el cuidado colectivo*, los principios que guían el rumbo de acción que sobrepasa el deber médico son el respeto, la humildad, la tolerancia, la obligación moral, la solidaridad, la sinceridad, la autonomía del médico o médica y la dignidad.

Al realizar el análisis del proceso de toma de decisión en las situaciones dilemáticas identificadas en esta investigación, encontramos que el médico o médica apela principalmente a sentimientos morales, a la noción que tiene del otro, a la capacidad de alivio y sanación, al tipo de mal y a los límites entre su vida pública y su vida privada.

4. Conclusiones

En relación con las situaciones dilemáticas, identificamos cuatro tipos que generan dilemas a los médicos y médicas en el contexto de

guerra en Colombia: *El valor de la vida: actuar como médico o médica, o el cuidado de sí; Marcando territorios médicos: ¿Rebeldía o Sometimiento?; Ser médico o médica: El protocolo o el cuidado del otro; y Más allá de la medicina: el consultorio o el cuidado colectivo.* Estas situaciones dilemáticas sobrepasan lo descrito en los dilemas clínicos propuestos desde la perspectiva de la bioética, ya que se amplía el marco de acción y se desdibuja el escenario profesional circunscrito a una institución hospitalaria, involucrando la vida en todas sus dimensiones.

El análisis de estas situaciones, teniendo en cuenta la metodología propuesta, nos permitió identificar los atributos de los protagonistas, los espacios, las temporalidades y los rumbos de acción posibles, facilitando la comprensión de la toma de decisión en un contexto real.

Respecto a los principios morales como un conjunto de normas o valores básicos que se convierten en exigencia para la acción y expresan deberes relacionados con los actos, encontramos que además de los principios contemplados en las perspectivas bioéticas revisadas, emergieron otros que complementan los planteamientos existentes y enriquecen el marco de análisis de la ética práctica en medicina. Al visualizarlos en el contexto, evidenciamos que los principios adoptan un significado que trasciende la relación médico/médica-paciente.

Durante el análisis del proceso de toma de decisión en las situaciones dilemáticas en escenario de guerra, tuvimos en cuenta los procedimientos y formas de análisis para la resolución de problemas cuando uno o varios principios se enfrentan. En relación con la ética procedimental, notamos que los casos en que el médico o médica justifica su elección exclusivamente en el deber profesional son escasos, y se refieren a las condiciones de subordinación ante los diferentes actores armados, debido a que se pierde la capacidad de autodeterminación y no existe libertad de su arbitrio. Por otra parte, el criterio de universalidad fue limitado, ya que las máximas priorizadas no implicaron la aceptación de todos los individuos afectados.

En cuanto a la ética deliberativa observamos que la toma de decisiones en este contexto incluyó la deliberación y la búsqueda de consensos entre los sujetos afectados. Esta negociación se dio en la mayoría de los casos en condiciones de coacción y asimetría, en las que no existían condiciones que aseguraran que la fuerza del mejor argumento fuera la que prevaleciera, ni la existencia de imparcialidad, así como tampoco la universalidad de los acuerdos.

Al retomar los planteamientos de la ética hermenéutica se hizo evidente que en el proceso de toma de decisión predomina la desconfianza y la sospecha, incumpléndose todos los preceptos del pacto de cuidado, en tanto que la mayoría de situaciones se presentan en condiciones de coacción y amenaza. En cuanto al nivel reflexivo, observamos que los médicos y médicas llevaron a cabo un proceso incluyente y acorde con la valoración del otro, y dando importancia a los significados simbólicos de la salud y la enfermedad.

Como aporte teórico de esta investigación, encontramos que el médico o médica, para la toma de decisión en situaciones dilemáticas en el contexto del conflicto armado, apela a los sentimientos morales, a la noción que tiene del otro, a la capacidad de alivio y a la sanación que posee, al tipo de mal que sufre el otro y a los límites entre su vida pública y privada.

Tuvimos en cuenta, durante el proceso de toma de decisión, los sentimientos morales como el origen de vínculos intersubjetivos entre el médico o médica, el paciente, la comunidad y los actores armados. La noción que se tiene del otro en relación con la fragilidad y la vulnerabilidad influyó en las deliberaciones y argumentaciones del médico o médica al elegir rumbos de acción. El tipo de mal que padecía el otro representó para el sujeto profesional una orientación en la toma de decisión, privilegiando los casos de violencia sexual, de injusticia, de sufrimiento emocional y de irrespeto a la misión médica. La capacidad de alivio y sanación en relación con el dolor, se convirtió en motivación para el actuar del médico o médica. Finalmente, los límites entre la vida pública y privada emergieron como factor decisivo al elegir el rumbo de acción.

Al realizar el estudio de las narrativas sobre las situaciones dilemáticas emergieron categorías relacionadas con la guerra, el personal médico, los individuos jóvenes y la infancia. Las temáticas recurrentes en los casos descritos por los médicos y médicas que involucran a niños, niñas y jóvenes colombianos, se relacionan con el amor como arma de guerra, las heridas del cuerpo y del alma, las cicatrices de hoy y mañana, y los jóvenes médicos y médicas como mediadores. Además, identificamos circunstancias que violan los derechos de los niños, niñas y jóvenes, entre las que se destacan la vinculación de menores de edad a los grupos armados, la niñez y la juventud como víctimas civiles del conflicto y la mediación de los sujetos jóvenes en la guerra.

Respecto a los aportes relacionados con la configuración de la práctica médica en el conflicto armado, se caracterizó una distinción entre la medicina como trabajo y labor, la presencia de la subjetividad como categoría que permea la relación del médico o médica con los otros, y las falencias de la educación médica colombiana.

Por último, concluimos que el uso de las narrativas como metodología de análisis para el estudio de situaciones dilemáticas y el proceso de toma de decisión en la práctica médica, se convierte en una alternativa novedosa, integral y eficaz para valorar los acontecimientos dentro del contexto, mediante la construcción, a través de la voz del sujeto protagonista, de la memoria colectiva de los hechos, mostrando en toda su dimensión las motivaciones y las acciones que permean el universo moral.

Lista de referencias

- AMM (2006). *Regulaciones de la AMM en tiempos de conflicto armado*. Recuperado el 9 de julio de 2013, de:
doi: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/a20/index.html>
- Beauchamp, T. (1996). The role of principles in practical ethics. En L. Sumner & J. Boyle (Eds.) *Philosophical perspectives on bioethics*, (pp. 79-95). Toronto: University of Toronto.
- Bloche, G. & Marks, J. (2005). When Doctors Go to War. *The New England Journal Of Medicine*, 352, pp. 3-6.
- CICR & MPS (2011). *Guía para el manejo médico-quirúrgico de heridos en situación de conflicto armado*. Bogotá, D. C.: Comité Internacional de la Cruz Roja, Delegación Colombia.
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine*. New York: Oxford University Press.
- De Currea-Lugo, V. (1999). *Derecho Internacional Humanitario y sector salud: caso colombiano*. Bogotá, D. C.: Plaza y Janés.
- Dumont, J. (1975). *Una nueva orientación de la medicina alemana*. Madrid: Círculo de Amigos de la Historia.
- Elster, J. & Herpin, N. (2000). *La Ética de las Decisiones Médicas*. Barcelona: Gedisa.
- Fortique, J. R. (1963). *Algunos aspectos médicos de nuestra guerra de independencia*. Maracaibo: La Columna.
- Franco, S. (2007). Comunicación, salud y conflicto armado. En M. Moreno, M. Avillarraga & R. Malagón (eds.) *La salud y la comunicación*. Bogotá, D. C.: National Graphics Ltda.
- Franco, S. & Báez, L. (2008). Las infracciones a la misión médica en Colombia: Un tema olvidado. *Forensis*, 1 (1), pp. 333-343.
- García, F. J. R. (2004). Los Comités de Bioética y el Conflicto Armado Colombiano. *Bioética en la Red*. Recuperado el 9 de julio de 2013, de:
doi:<http://www.bioeticaweb.com>
- Getgen, J. E. (2004). Untold truths: The exclusion of enforced sterilizations from the peruvian commissions final report. *Boston College Third World Law Journal*, 29 (1), pp. 1-34.
- Gracia, D. (1996). Problemas Éticos en Medicina. En O. Guariglia (ed.) *Cuestiones Morales*. Madrid: Trotta.
- Gross, M. (2010). *Torture, Assassination, And Blackmail: New Norms For Asymmetric Conflict? Moral Dilemmas of Modern War*. New York: Cambridge University Press.
- Habermas, J. (1981). *Racionalidad una determinación preliminar del concepto*

- Teoría de la acción comunicativa I*. México, D. F.: Taurus.
- Hachiya, M. (1945/2005). *Diario de Hiroshima de un médico japonés: 6 de agosto-30 de septiembre 1945*. Madrid: Turner.
- Jeff, M. (2006). Preventive War and the Killing of the Innocent. En R. Sorajbi & D. Rodin (eds.) *The Ethics of War, Shared Problems in Different Traditions*, (pp. 169-190). Burlington: Ashgate.
- Jonsen, A. (1996). Morally appreciated circumstances: a theoretical problem for casuistry. En L. Sumner & J. Boyle (eds.) *Philosophical perspectives on bioethics*, (pp. 37-49). Toronto: University of Toronto.
- Kant, I. (1785/2002). *La fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid: Alianza.
- Lolas, F. (2008). Bioethics and animal research. A personal perspective and a note on the contribution of Fritz Jahr. *Biological Research*, 41 (1), pp. 119-123.
- Médicos Sin Fronteras (2010). *Informe Anual de Actividades*. Bogotá, D. C.: MSF.
- Pellegrino, E. & Thomasma, D. (1993). *The virtues in medical practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Pieper, A. (1991). *Ética y Moral. Una Introducción a La Filosofía Práctica*. Barcelona: Crítica.
- Presidencia de la República de Colombia (2009). Gobierno Nacional analiza situación de ataques a la misión médica en Colombia. *Derechos humanos y derecho internacional humanitario*. Recuperado el 24 de junio de 2011, de: <http://www.derechoshumanos.gov.co/Prensa/Comunicados/2009/Paginas/090415a.aspx>
- Quintero-Mejía, M. (2011). *Justificaciones y narraciones orientaciones teóricas e investigativas en la formación ética y política*. Bogotá, D. C.: Universidad Distrital.
- Ricoeur, P. (2008). Los tres niveles del juicio médico. En P. Ricoeur (ed.) *Lo justo 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*. Madrid: Trotta.
- Riquelme, H. (1995). *Entre la obediencia y la oposición: Los médicos y la ética profesional bajo la dictadura militar*. Caracas: Nueva Sociedad.
- Shramm, F. R. (2001). *Lineas de Fundamentación de Bioética y Bioética de la Protección*. Recuperado de: <http://www.redbioetica-edu.com.ar> info@redbioetica-edu.com.ar
- Winkler, E. (1996). Moral philosophy and bioethics: Contextualism versus the Paradigm Theory. En L. Sumner & J. Boyle (eds.) *Philosophical perspectives on bioethics*, (pp. 50-78). Toronto: University of Toronto.