

PRINCIPIOS DEL DERECHO MÉDICO



JOSE EDUARDO MAYA AYUBL.

71.695.969

Trabajo de grado para optar al título de Magister en Derecho Médico

TUTOR:

EDWIN MURILLO AMARIS

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

FACULTAD DE DERECHO

PROGRAMA MAESTRIA EN DERECHO MÉDICO

CALI – COLOMBIA

2020

PRINCIPIOS DEL DERECHO MEDICO

José Eduardo Maya Ayubi¹

Edwin Murillo Amaris.²

Resumen

La finalidad de este capítulo es proporcionar al profesional de la salud una guía pedagógica sobre aquellos principios rectores sobre los cuales se desarrolla la actividad médica en su relación constante y directa con el paciente.

De manera organizada y esquemática se resaltan aquellos principios preferentes y de obligatorio acatamiento por parte del personal de la salud, buscando contribuir en el correcto desarrollo de la profesión y la máxima satisfacción en el usuario (paciente); además del menor índice en demandas e investigaciones por responsabilidad institucional y profesional.

Se da un particular énfasis a los principios éticos propios de la profesión, a los principios propios de la relación entre el profesional de la salud con el paciente y a los principios que corresponden a la calidad en la prestación del servicio.

¹ Abogado (Universidad de Medellín), Especialista en Derecho Administrativo (Universidad Pontificia Bolivariana), Especialista en Gerencia de Recursos Humanos (Universidad Sergio Arboleda), candidato a magister en derecho médico (Universidad Santiago de Cali), con trayectoria como docente en la facultad de Derecho de la Universidad Cooperativa de Colombia, en la facultad de Derecho de la Universidad Autónoma del Cauca, en la facultad de derecho de la Corporación Universitaria Comfacauc, en la facultad de Administración de empresas de la Universidad Santiago de Cali, en el programa de investigación judicial de la Fundación Universitaria de las Américas, en la facultad de Contaduría Pública de la Fundación Universitaria los Libertadores, en el programa técnico en procedimiento judiciales del Politécnico Marco Fidel Suarez. A nivel empresarial: trayectoria como gerente, director y jefe de Recursos Humanos en empresas del sector retail, de la construcción, de las microfinanzas, de la distribución; además personero municipal, comisario de familia y abogado del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Actualmente abogado litigante y consultor empresarial. E mail: jmayaabogado@gmail.com.

² Doctor en Gobierno y Administración Pública (Universidad Complutense de Madrid). Magister en Teología (Pontificia Universidad Javeriana). Magister en Filosofía (Pontificia Universidad Javeriana). Especialista en Resolución de Conflictos (Pontificia Universidad Javeriana). Teólogo (Pontificia Universidad Javeriana). Profesional en Relaciones Internacionales (Universidad Jorge Tadeo Lozano, Bogotá, D.C.). Docente Universidad Santiago de Cali – Facultad de Derecho. Email: edwin.murillo00@usc.edu.co.

Abordar los principios rectores del derecho médico en tres particularidades generan en el lector la tranquilidad de contemplar tres episodios diferentes, es por ello que, al diferenciarlos, el profesional de la salud apropiará cada uno teniendo en cuenta su vocación, su espíritu de servicio y las reglas sociales debidamente consideradas en pro del bienestar del paciente y la salud pública en general.

El médico, el especialista, el terapeuta, el instrumentador, el enfermero, el auxiliar e incluso el abogado y el psicólogo (abogado, psicólogo en cuidados paliativos³) están obligados al respeto de estos postulados, además de interiorizar cada uno de ellos en su manejo cotidiano como parte integral en la atención directa del paciente e indirecta con respecto a su familia (cuidados paliativos).

Abstract: The purpose of this chapter is to provide the health professional with a pedagogical guide on those guiding principles on which medical activity is developed in its constant and direct relationship with the patient.

In an organized and schematic way, those preferential and mandatory principles by health personnel are highlighted, seeking to contribute to the correct development of the profession and maximum satisfaction for the user (patient); in addition to the lower rate of claims and investigations for institutional and professional responsibility.

Particular emphasis is given to the ethical principles of the profession, to the principles of the relationship between the health professional and the patient and to the principles that correspond to quality in the provision of the service.

Addressing the guiding principles of medical law in three particularities generates in the reader the tranquility of contemplating three different episodes, which is why, when differentiating them, the health professional will appropriate each one taking into account

³ El objetivo de los cuidados paliativos es ayudar a las personas con una enfermedad grave a sentirse mejor. Estos previenen o tratan los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y los tratamientos. Con los cuidados paliativos, también se tratan problemas emocionales, sociales, prácticos y espirituales que la enfermedad plantea. Cuando las personas se sienten mejor en estas áreas, tienen una mejor calidad de vida. Una enfermedad grave afecta más que simplemente el cuerpo. Afecta todos los ámbitos de la vida de una persona y de la vida de los miembros de la familia. Los cuidados paliativos pueden abordar estos efectos de la enfermedad de la persona.

their vocation, their spirit of service and the Social rules duly considered for the welfare of the patient and public health in general.

The doctor, the specialist, the therapist, the instructor, the nurse, the assistant and even the lawyer and the psychologist (lawyer, psychologist in palliative care) are obliged to respect these postulates, in addition to assuming each of them in their daily management as an integral part of the patient's direct and indirect care with respect to his family (palliative care).

Palabras claves: Principios, ética, moral, derecho, calidad, evento adverso, incidente, dignidad humana.

Keywords: Principles, ethics, morals, law, quality, adverse event, incident, human dignity.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	6
1. ETICA Y MORAL	7
1.1 Aproximación conceptual	8
2 PRINCIPIO	10
3 ETICA Y DERECHO	13
3.1 Bioderecho y bioética.....	13
3.2 Los códigos	15
4. AUTONOMIA PROFESIONAL EN EL SISTEMA SANITARIO	21
4.1 Utilitarismo.....	21
5. PRINCIPIOS RECTORES.....	27
5.1 Principios en cuanto al profesional de la salud	30
5.2 Principios en cuanto a la relación medico paciente	35
5.3 Principios en cuanto a la prestación del servicios.....	38
6. MARCO NORMATIVO	44
7. PANDEMIA Y SEGURIDAD	47
4.1 CONCLUSION	50
BIBLIOGRAFÍA	52

Introducción

Por la necesidad de la relación entre individuos se hace indispensable la creación de principios como argumentos reguladores de la conducta social y más aún cuando de dignidad humana se habla.

La dignidad humana no es solo un concepto filosófico o moralista que soporta el respeto de cada quien para con cada cual; este principio posee una verdadera concreción dentro de la dinámica relacional del hombre (relaciones humanas) y más aun tratándose de relaciones médicas o de la prestación del servicio de la salud en donde el paciente espera un trato justo, oportuno y humanizado.

Ese postulado permanente y absoluto tiene implicaciones moralistas por tratarse de un concepto socialmente aceptado, pero igual ético por la forma en que los hombres deben actuar en su relación con los demás, es una situación simple de la naturaleza humana, a ello lo llamamos ética, proveniente del razonamiento humano y es de su esencia así considerarlo.

La dignidad humana, la solidaridad, la responsabilidad, la integralidad son principios propios del cada ser humano y que como tal refuerzan la esencia de aquellos principios que hemos destacado como principios del derecho médico que se convierten en un actuar obligatorio para el médico, el especialista, el enfermero, el instrumentador, el auxiliar, entre otros oficios en su relación directa con el paciente.

El respeto a la persona humana se debe mover en tres escenarios: 1. En la persona individualmente considerada, 2. En el profesional de la salud y 3. En la Interacción profesional con el paciente.

El Ser humano por el hecho de existir reviste de respeto en su condición misma, de ahí que los Estados estén llamados a garantizar a cada quien sus derechos, derechos llamados fundamentales como la vida, la integridad, la libertad, la intimidad que al ser incluidos en sociedad genera en el otro la obligación de respeto.

Ante el hecho del requerimiento de la interacción entre el profesional de la salud con el paciente, su actividad ha de ser obligatoriamente ética y moral, encaminado a la

beneficencia, a la no maleficencia (principios destacados en la bioética), ello sin dejar a un lado la necesidad de calidez en el trato y la sencillez al momento de informar.

La ética es para el médico lo que para Aristóteles lo era la virtud: un hombre virtuoso actúa de forma correcta, honesta, prudente.

Benítez (2001) referenció en la teoría ética de las virtudes de Aristóteles, al referir tres conjuntos de cualidades de aquella persona virtuosa: a) educación e información; b) elección razonada y con conciencia del riesgo; c) coherencia, consecuencia y fiabilidad. En otras palabras, 1. Tener el conocimiento, 2. Capacidad para escoger los actos por su valor intrínseco; y 3. Su actuar debe ser firme e invariable.

Así las cosas, el profesional de la salud es ético cuando posee el conocimiento y actúa conforme a él de manera responsable; además confía en el resultado que para el desarrollo de este capítulo lo sería un profesional generando el restablecimiento de la salud o evitando en él un mal mayor.

De igual manera es importante señalar que la ética y la moral son dos términos distintos etimológicamente, la ética proviene del griego *Ethos* cuyo significado corresponde a forma de ser, mientras que moral proviene del vocablo latino *morales* y denota lo relativo a las costumbres. La costumbre es pertinente desde lo social.

Por lo dicho, la ética es apropiada para la aplicación del actuar médico porque es un actuar propio del ser con esas virtudes (rectitud, solidaridad, prudencia) y lo moral, aunque no escapa de esa condición, se refuerza con el querer social.

En Colombia hay un buen desarrollo normativo, un sinnúmero de postulados dispersos en el tiempo, no dispuesto en un manual o estatuto único, por eso en este capítulo los principios rectores del derecho médico se concretan en tres momentos o particularidades: Los principios referentes al actuar ético del profesional en salud, los principios que deben estar presentes en la relación profesional – paciente y los principios propios de la prestación del servicio con calidad.

1. Ética y Moral

1.1 Aproximación conceptual

Con respecto a lo ético y lo moral cabe resaltar o referenciar aquellas teorías éticas de Aristóteles y Platón. En cuanto a Aristóteles, las reflexiones presentadas en sus obras: “Ética a Nicómaco” y “La Gran Moral”; para Platón en su obra: “La República”, ello en lo pertinente al mito de la caverna.

Platón relaciona el bien con el conocimiento y expresa que es al hombre a quien le corresponde buscar lo que es correcto y actuar conforme a ello, pero si el hombre desconoce lo que es correcto, entonces tomaría por bueno aquello que le parece bueno y no lo que realmente es bueno.

Platón en la explicación que da en el mito de la caverna en su obra la república, insistió en el conocimiento del bien para proceder de manera sabia o consciente tanto en su vida privada como en su vida pública; esta última en esa relación con los demás. Platón define la idea de bien como única y la misma para todos los hombres.

El pensamiento de Platón permite inferir que lo correcto se deriva del conocimiento adquirido, pero para que exista ese conocimiento de acuerdo a la reflexión que deja entrever este autor, se debe buscar no solo en el trato consigo mismo, sino en la relación con la naturaleza y en la convivencia social, situación que ha de influir en el comportamiento ético de la persona que busca el conocimiento y por ende el bien.

Por lo visto Platón confundía lo que es ético de lo moral, pues al interrelacionar la idea propia de bien con la idea de los demás con respecto al mismo bien, se puede hablar de un bien claramente aceptable en sociedad, ósea moral.

Por su parte Aristóteles señaló que no era posible afirmar la existencia del “bien en sí” de un único tipo de bien, para Aristóteles toda acción y elección conlleva un bien, bien que comporta un fin; de ahí que a manera de ejemplo el fin de la medicina lo sería la salud; el fin de la política, lo sería la elección; el fin de la estrategia, lo sería la victoria y el fin de la ciencia económica, lo sería la riqueza. Como se ve, siempre hay una finalidad detrás del accionar, es por ello que para Aristóteles ese será el bien, el fin perseguido y conseguido.

Bajo esta perspectiva se dirá que para Aristóteles el fin perseguido es el bien de Platón, pero bajo el esquema de la particularidad; es decir cada quien, lo ético.

De las enseñanzas de Aristóteles encontramos el vocablo “el hombre virtuoso” que denota al hombre idóneo; es decir, el hombre que actúa de manera correcta con respecto a ese fin. La virtud del profesional de la salud lo será mantener la salud en sus pacientes y ello mediante la cura.

Como vemos, el hombre que no es virtuoso, no será idóneo y por ende será un sujeto con responsabilidad por su mal actuar; en palabras médicas, por su mala praxis.

Aristóteles de manera interesante refirió dos clases de virtudes: la intelectual y la moral, la intelectual para referir a lo ético y la moral para inferir a la costumbre.

Si hablamos de Aristóteles diríamos que el fin de la medicina o de la prestación del servicio de salud es salvar vidas y al cumplirse tal cometido por el profesional de la salud, este es virtuoso y por ende su actuar es correcto, honesto de acuerdo con ese fundamento ético propio de la actividad desplegada. Hablar de Platón es hablar de una regla de conducta socialmente aceptada como bien.

Ahora, el estudiante de secundaria ha decidido ser un profesional de la salud cuyo fin será conservar la salud de las personas, por lo tanto, este nuevo profesional de la salud se obliga para consigo mismo y para con la sociedad a llevar a cabo ese fin sin ningún otro interés diferente a un hombre virtuoso (Aristóteles) que en otras palabras corresponde a un hombre idóneo apoyado en sus conocimientos científicos adquiridos con respeto de la dignidad humana. Para Platón esa será la regla social y comprometedora del profesional de la salud, salvar vidas, ese es el bien, independiente de cómo se haga.

Benítez (2001) referenció en la teoría ética de las virtudes de Aristóteles tres conjuntos de cualidades de la persona virtuosa: a) educación e información; b) elección razonada y con conciencia del riesgo; c) coherencia, consecuencia y fiabilidad. En otras palabras, 1. Tener el conocimiento, 2. Capacidad para escoger los actos por su valor intrínseco; y 3. Su actuar debe ser firme e invariable.

De lo expuesto se infiere que ese profesional de la salud debe contemplar tres condiciones antes de ser un profesional de la salud: 1. Recibir los conocimientos técnicos científicos en aras del manejo adecuado de la enfermedad; así mismo educación y refuerzo

en valores éticos y morales en su relación con el paciente; 2. Manejo sobre la responsabilidad médica y/o asistencial; 3. Manejo de la duda.

La doctora en filosofía Juliana González (2018) habla del “íntimo vínculo que existe, desde tiempos ancestrales, entre la medicina y la ética. En una perspectiva teórica nos recuerda que estas disciplinas, hasta la fecha, comparten valores morales y humanísticos indispensables para practicar una buena medicina”.

Cuando “el hombre aprende a curar aprende que su saber conlleva un poder, un poder estrechamente relacionado con la salud y la medicina; es decir, de dar vida o de dar muerte. Por lo tanto, quien protege la salud sabe que debe someter sus criterios a valores éticos, pues solo estos permiten superar la ambigüedad implícita en que el poder sea de vida o de muerte”.

“La ética no es un mero código o un mero juramento”. La ética es esencia implícita del actuar alejado del convencionalismo del Estado o de las culturas.

La actividad de la salud como prestación de servicio por los médicos o por los diferentes profesionales prestadores del servicio de salud deben estar regidos por principios éticos con juicio jurídico.

La actividad del profesional debe contemplar: 1. Una estrecha coherencia entre lo ético con la capacidad científica y técnica para curar bajo la convicción de hacer el bien o de inferir un mal menor. 2. Un respeto por las directrices sociales, entendido como moral al respeto de los derechos socialmente considerados.

2. Principio

Cuando se habla de principios es precisamente una forma de tocar uno de los temas más sensibles al común de los seres humanos como cuando se dice de alguien que “es una persona de principios”; que la educación que se imparte en un centro educativo “está fundamentada en principios”; que una empresa se “guía por una serie de principios” o que “la crisis de la política o la corrupción se deben a la falta de principios”, todo eso nos indica que se está hablando de algo muy importante, que actúa como punto de referencia fundamental o ejerce una labor orientadora. (Yarce, 2012)

La real academia española define el principio entre muchas acepciones como la norma o idea fundamental que rige el pensamiento o la conducta. Aseveración importante para denotar el derrotero de la conducta bien por acción u omisión. El postulado válido por el cual todo comportamiento humano debe ceñirse.

En la construcción del principio también existe la idea del valor cuya característica es la de ser subjetivo, pero cuando el valor pasa al principio, lo que era subjetivo pasa a ser objetivo, es decir, una verdadera regla de conducta socialmente hablando.

De acuerdo con lo anterior podemos entonces señalar a modo de ejemplo que el valor del respeto una vez transformado en principio genera la convicción social de que tú derecho termina donde empieza el mío; la lealtad es un valor que logrará estar socialmente justificado en el principio que define: Los pactos deben ser cumplidos. El valor y el principio son entonces presupuestos conexos.

Los principios son postulados objetivos porque inspiran un deber ser que constituyen normas de conducta que contemplan un valor, aquí el ideal social interfiere en el plano individual.

De lo anterior surgen los antivalores como el mal, la injusticia, la deshonestidad. Todos ellos inmersos en los principios como lo sería el derecho a la vida es inviolable (art 11 CN), el debido proceso (art 29 CN), el respeto a la propiedad privada (art 58 CN).

Yarce (2009) afirma:

En el campo ético nos encontramos con esos principios, sobre los que se fundamentan el desarrollo de la persona, la convivencia y el orden social. Su validez no depende de otras ciencias o de que la gente los acepte por elección mayoritaria. Los grupos sociales y el Estado tienen que reconocerlos, descubrirlos, no crearlos, porque son inherentes a la condición humana, de manera parecida a como la ley de la gravedad es inherente a los cuerpos” (p. 1)

Estos patrones de conducta son de vital importancia y por ello se les denomina principios rectores de tal manera que el actuar y su normatividad futura estén anclados a un proceder socialmente aceptado como correcto.

Existe un principio de clara aplicación y exigencia universal: “la dignidad humana”, principio que aplica en todo momento por ser esencial e intrínseco al ser humano y del cual cada quien debe estar atento a respetar en aquella convivencia particular con el otro; ahora, el principio como regla fundamental de conducta, está dada para cumplirse, de lo contrario genera responsabilidades para aquel que lo trasgrede, es ahí cuando se dice de valores y antivalores que al final serán principios aceptados y reprochados ante el hecho de su incumplimiento.

Carlos Llanos Cifuentes en su libro los “Dilemas éticos de la empresa contemporánea” destaca una serie de principios que vale la pena reseñar en este capítulo como referente ilustrativo:

La persona tiende por naturaleza a hacer el bien y evitar el mal
 El ser humano está dotado de una dignidad esencial.
 La vida humana debe ser respetada como un bien inalienable.
 Hay que decir la verdad y evitar la mentira.
 El fin no justifica los medios.
 La persona tiene derecho a su pleno desarrollo.
 La libertad es esencial para el desarrollo de la persona.
 El ser humano es capaz de comprometerse y cumplir lo prometido.
 El trabajo es ley de vida y derecho básico para la subsistencia personal.
 La persona tiene derecho a participar en los destinos de la sociedad.
 La familia es un ámbito indispensable para el crecimiento de la persona.
 La naturaleza es un ámbito esencial para la vida y como tal debe ser respetada

Fuente: Llanos, C. Dilemas éticos de la empresa contemporánea (2015).
 México: Fondo de Cultura Económica. (p.133)

Si se analiza lo expuesto por el autor teniendo en cuenta el manejo por parte de la gran mayoría de los Estados contemporáneos, el respeto por la persona constituye el principio fundamental de una sociedad garantista de la dignidad humana. Ese respeto conlleva al reconocimiento de la persona como un ser autónomo, único y libre; al reconocimiento que se

le hace a cada persona en su derecho y capacidad en la toma de sus propias decisiones. El respeto por la persona garantiza la valoración de la dignidad humana.

Indiscutiblemente de acuerdo con lo reseñado, los valores dan el sentido regulador a la conducta humana y mediante ese sentir sean diseñado los principios universales o normas morales de comportamiento deseables socialmente; ahora, en el contexto médico o de la salud y de cualquier otra disciplina, el término principio debe ser entendido de manera simple como el actuar correcto conforme a lo ético y socialmente aceptado. Si es socialmente aceptado estará normatizado.

3. Ética y Derecho

3.1 Bioderecho y bioética

Lo ético como concepción particular del profesional de la salud en cuanto al bien así concebido sumado al manejo moral o jurídico social del deber ser en la práctica médica o del servicio sanitario en salud, no pueden ser ajeno a la imperiosa necesidad del hombre en cuanto a los avances científicos propuestos que resuelven esos requerimientos propios basados en la construcción del bien y del querer particular en ese fin último de máxima satisfacción y logro en dignidad humana.

Por ello, el derecho fundamental a la salud, a la vida, al trato con dignidad lo es independiente e irrenunciable tanto en lo individual como en lo colectivo, va con la persona por el simple hecho de existir y en ese derecho se comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, ello desde la promoción y prevención hasta la conservación y el mejoramiento en todos sus matices con aprovechamiento de todos los avances científicos propuestos.

Ahora, estos avances presentados y puestos a disposición de la comunidad pueden contemplar conjeturas o reflexiones contrarias a lo ético (el sentimiento personal) o lo moral (el sentimiento social), ello claramente calificado por quien reflexiona, pero igual, la información ha de darse para que exista esa posibilidad de escogencia.

Los medios de comunicación resaltan como la ciencia y la tecnología avanzan a pasos agigantados. Se dice del aborto, de la eutanasia, de la clonación, de la fecundación in vitro, temas cuestionados desde la esfera individual como social, de allí interrogantes a resolver

como: ¿Lo que crea la ciencia ha de ser legal?, ¿Qué incidencia tiene lo que crea la ciencia con los derechos humanos?

Obando (2016) expresa que dentro del bioderecho la práctica médica involucra reflexiones de ética aplicada que orientan la actividad de los profesionales de la salud y cobra vital importancia en razón de la multiplicidad de derechos de los cuales son titulares los pacientes.

El bioderecho es una respuesta jurídica a la sociedad consistente en establecer principios y normas básicas necesarias para el permanente y continuo desarrollo científico y de la protección de la persona humana, así como los derechos fundamentales del hombre entre los cuales se encuentra su dignidad y su libertad. (Rendon, 2011)

Teniendo en cuenta lo expuesto por los anteriores autores se dirá entonces que el bioderecho busca establecer de manera legal el respeto por reglas básicas del ser humano desde el punto de vista ético cuando de esos avances se compromete desde cierta óptica la dignidad humana o el sentir moral de la sociedad.

El bioderecho ha expresado el nexo de tres ciencias a saber: la química, la medicina y la ética, ello sin dejar a un lado el derecho que aporta de manera regular las reglas de comportamiento para una sana convivencia social, el respeto por el ser humano y su razón de existir.

Así las cosas y como se expresó anteriormente, Los problemas más relevantes del bioderecho de cara a las nuevas tendencias mundiales lo será entonces la clonación humana, la maternidad subrogada, los trasplantes, la eutanasia, el suicidio asistido, la criogenización (sometimiento de un cuerpo al frío intenso para reanimarse a futuro), banco de gametos (banco de semen y ovocitos) entre otros.

Lo que busca entonces el bioderecho como lo enseña Obando (2015) “El bioderecho enfatiza que los conflictos éticos y jurídicos surgidos en virtud de la investigación biocientífica, deben ser abordados desde dos puntos de vista: los principios y las reglas.” (p. 19)

Ahora, al hablar de la bioética esta se define como el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales (enciclopedia de Bioética).

No es la ley la llamada a enseñar al personal de la salud en su trato con los pacientes, a la consideración personal de cada quien de acuerdo con respeto a su dignidad; lo que hace factible el aprendizaje sobre las necesidades de la persona, sus diferencias, lo es la vida misma en el interactuar con el otro. La reflexión sobre los demás y sobre uno mismo es lo que nos descubre como seres con dimensionales tanto en lo físicas como en lo emocional y allí lo social, de donde se colige la necesidad permanente de ser cuidados y respetados.

Reflexionar sobre lo anterior determina una relación que va mucho más allá del estricto cumplimiento de la ley.

Al relacionar el bioderecho con la bioética, se dice que el ser humano es único con características que le son propias e intransferibles e intocables. La norma es la llamada a proteger esas características. Lo dicho genera el eje entre el derecho y la bioética.

3.2 Los códigos:

Hablar de códigos de ética médica es hablar de aquellos escritos que reglamentan el actuar médico de cara al paciente, de cara a la relación con el colega y en su relación con la sociedad en general.

El primer código contemporáneo de ética fue promulgado por la Asociación Médica de Boston en 1.808, en 1.847 la Asociación Médica Americana hizo lo propio; para 1949 la Asociación Médica Mundial propuso un Código Internacional de ética médica. América latina no ha sido ajena a la apropiación de este código, ya que se han implementado muchos códigos de ética y deontología⁴ médicas. (Vera, 2015).

De los códigos de ética médica que se han promulgado a nivel mundial, muchos de ellos surgieron de las reflexiones generadas por métodos aplicados en la solución o búsqueda

⁴ Hace referencia a la rama de la ética cuyo objeto de estudio son los fundamentos del deber y las normas morales. Se refiere a un conjunto ordenado de deberes y obligaciones morales que tienen los profesionales de una determinada materia. La deontología es conocida también bajo el nombre de “teoría del deber” y, al lado de la axiología, es una de las dos ramas principales de la ética normativa. (www.deontologia.org)

de curas a las diferentes enfermedades que iban surgiendo en el medio; prácticas que generaban un desmedro de la dignidad humana, por la omisión en la información y de igual manera por la falta del consentimiento por parte de la persona, sujeto de investigación.

Los protagonistas de la práctica de experimentos en humanos justifican sus puntos de vista basándose en que tales experimentos dan resultados provechosos para la sociedad, situación que es valiosa si se conservan los principios básicos que satisfagan conceptos éticos y morales aceptados en sociedad (normativa).

El Código de Núremberg fue publicado el 20 de agosto de 1947, después de la celebración de los Juicios de Núremberg, ello para el mes de agosto de 1945 y octubre de 1946. En esta normatividad se destacan un sinnúmero de principios que rigen la experimentación con seres humanos, pero la importancia se da en el respeto por la autonomía del paciente.

En ese orden, la persona implicada (objeto de experimentación) debe tener plena capacidad para ejercer con libertad la posibilidad de escoger; es decir, la decisión tomada de participar en el experimento debe darse sin ninguna coacción o engaño, ello previo al suficiente conocimiento y comprensión de la practica a la que ha de someterse.

La Declaración de Helsinki, ha sido considerado por muchos autores como el documento más importante en cuanto a la ética para la investigación con seres humanos. Esta declaración sustituye el termino Experimentación humana usado en el Código de Núremberg por aquel termino de investigación clínica.

En la declaración de Helsinki se destaca además el documento o acta denominado consentimiento informado; documento probatorio que permite inferir ante el hecho de la firma, la voluntad de participar en la investigación. Es de advertir de la obligación que reside en quien procede con la experimentación de explicar lo que se persigue, la cura y los posibles eventos o situaciones de infortunio.

Otro aspecto importante en esta declaración de Helsinki lo fue el hecho de permitir como norma la posibilidad del retiro del participante en la investigación cuando él así lo decidiera.

La Declaración de Tokio, otro referente ético, fue concebida en octubre de 1975 en la Asamblea General número 29 de la Asociación Médica Mundial, donde se destaca: “la tortura es contraria a las leyes de la humanidad y antiética a la misión superior del médico, que es aliviar y socorrer el dolor de las personas humanas”.

A los médicos se les prohíbe su participación en manifestaciones de tortura, degradación o el tratamiento cruel de presos. (declaración de Tokio).

La Asamblea General de las Naciones Unidas en la Resolución 217 A (III), del 10 de diciembre de 1948 (París), acoge la Declaración universal de derechos humanos. Documento que señala los derechos humanos considerados básicos de los que se destacan: la vida, la libertad, la seguridad, la asistencia médica.

De igual manera aparece el “Informe Belmont” creado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, cuyo título lo fue "Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación", documento histórico importante en el campo de la ética médica, allí se destacaron temas como la información debida con veracidad al paciente, el consentimiento informado, la valoración de posibles riesgos y de aquellos beneficios surgidos del experimento.

Así mismo, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos aprobada en el año 2005 por la Conferencia General de la UNESCO⁵, reconoce la conexión necesaria entre la ética y los derechos humanos cuando de bioética se debe hablar. Los Estados miembros se comprometieron en el respeto y aplicación de los principios fundamentales de la bioética: Beneficencia, no maleficencia, autonomía y Justicia.

⁵ La UNESCO es la organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Con respecto a la Bioética, la UNESCO ha de desempeñar un papel en la definición de principios universales basados en valores éticos comunes que orienten los adelantos científicos y el desarrollo tecnológico y la transformación social, a fin de determinar los desafíos que surgen en el ámbito de la ciencia y la tecnología teniendo en cuenta la responsabilidad de las generaciones actuales para con las generaciones venideras, y que las cuestiones de bioética, que forzosamente tienen una dimensión internacional, se deben tratar como un todo, basándose en los principios ya establecidos en la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos y la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos, y teniendo en cuenta no sólo el contexto científico actual, sino también su evolución futura (www.Unesco.org).

Los temas éticos que hacen alusión a esa conexidad lo son la medicina, las ciencias de la vida y de aquellas tecnologías análogas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales.

Todos estos documentos referidos como antecedentes han servido para que cada Estado contemple un código de ética en particular aunado a los principios universales de respeto a la dignidad humana y con celo profundo al querer social en cuanto al significado de lo que es ético y no lo es.

El código de ética médica representa una declaración formal del papel moral de los miembros de la profesión, especificando también las reglas de etiqueta y las responsabilidades internas.

Así las cosas, los códigos de ética ofrecen garantías a la sociedad, refuerzan la medicina científica, suavizan los conflictos entre los profesionales médicos y fomentan sus legítimos intereses; sirven para ennoblecer y motivar el ejercicio profesional médico, define al autentico profesional de la medicina, propaga la noble imagen del médico o profesional de la salud cuyas características lo son de ser: virtuoso, compasivo, humano; afianzan los llamados principios de la bioética como lo son la beneficencia y la no maleficencia.

En ese discurrir retórico teórico se destaca de acuerdo con la asociación médica mundial los siguientes deberes de los médicos en general; ahora, no solo para los médicos sino para cualquier profesional de la salud con atención o prestación del servicio directo con el paciente, es por ello que se hace necesario tal como lo dispone en una de sus presentaciones algunos códigos de ética mundial como el de Chile publicado en el año 2019 y que se hace necesario recordar en este texto:

El médico siempre debe aplicar su opinión profesional independiente y mantener el más alto nivel de conducta profesional.

El médico debe respetar el derecho del paciente competente a aceptar o rechazar un tratamiento.

<p>El médico no debe permitir que su opinión sea influenciada por beneficios personal o discriminación injusta</p>
<p>El médico debe dedicarse a proporcionar un servicio médico competente, con plena independencia profesional y moral, con compasión y respeto por la dignidad human</p>
<p>El médico debe tratar con honestidad al paciente y colegas, e informar a las autoridades apropiadas sobre los médicos que practiquen en forma antiética e incompetente o a los que incurran en fraude o engaño.</p>
<p>El médico no debe recibir ningún beneficio financiero ni otro incentivo sólo por derivar pacientes o prescribir productos específicos.</p>
<p>El médico debe respetar los derechos y preferencias del paciente, de los colegas y de otros profesionales de la salud.</p>
<p>El médico debe reconocer su importante función en la educación de la opinión pública, pero debe obrar con la debida cautela al divulgar descubrimientos o nuevas técnicas, o tratamientos a través de canales no profesionales.</p>
<p>El médico debe certificar sólo lo que he verificado personalmente.</p>
<p>El médico debe esforzarse por utilizar los recursos de salud de la mejor manera para beneficios de los pacientes y su comunidad.</p>
<p>El médico debe buscar atención y cuidado apropiado si sufre una enfermedad mortal o física.</p>
<p>El médico debe respetar los códigos de ética locales y nacionales</p>
<p>El médico debe recordar siempre la obligación de respetar la vida humana.</p>
<p>El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando presente una atención médica.</p>

<p>El médico debe a sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe consultar o derivar a otro médico calificado en la materia.</p>
<p>El médico debe respetar el derecho del paciente a la confidencialidad. Es ético revelar información confidencial cuando el paciente otorga su consentimiento o cuando existe una amenaza real e inminente de daño para el paciente u otros y esta amenaza sólo puede eliminarse con la violación del secreto.</p>
<p>El médico debe prestar atención de urgencia como deber humanitario, a menos que esté seguro que otros médicos pueden y quieren prestar dicha atención.</p>
<p>El médico debe en situaciones cuando represente a terceros, asegurarse que el paciente conozca cabalmente dicha situación.</p>
<p>El médico no debe tener relaciones sexuales con sus pacientes actuales, ni ninguna otra relación abusiva o de explotación.</p>
<p>El médico debe comportarse hacia sus colegas como él desearía que ellos se comportasen con él.</p>
<p>El médico no debe dañar la relación médico-paciente de los colegas a fin de atraer pacientes.</p>
<p>El médico debe cuando sea médicamente necesario, comunicarse con los colegas que atienden al mismo paciente. esta comunicación debe respetar la confidencialidad del paciente y limitarse a la información necesaria.</p>

Fuente: Colegio Médico de Chile (2019). Código de Ética (p. 41).

En cuanto a la normatividad en Colombia, tanto la ley 23 como el decreto 3380, ambas de 1981, destacan un conjunto de normas destinadas a garantizar a la sociedad en general el cumplimiento de los principios sobre los cuales descansa una adecuada relación médico – paciente, la ley refleja todo un conjunto de deberes y derechos de los médicos.

El código de ética colombiano destaca: Una declaración de principios, el juramento médico, la ética desde el manejo profesional (con paciente, con colegas), la historia médica y su confidencialidad, de la relación del médico con la Institución y lo referente a la propiedad intelectual.

De la normatividad colombiana se pueden avizorar principios destacados en este trabajo de agrupación atendiendo al enfoque ético profesional, al manejo apropiado con el paciente y lo referente al servicio con calidad; principios que dinamizan el actuar del profesional de la salud en la correcta y debida atención.

4. Autonomía profesional⁶ en el sistema sanitario

Se ha desarrollado este tema en razón de la situación actual del sistema sanitario en Colombia y su injerencia en el actuar ético profesional. En comentarios posteriores se aborda el hecho de la autonomía del profesional de la salud y el manejo de la institución de cara a la seguridad del paciente.

De lo anterior y para una mejor comprensión del tema se debe hacer una reflexión teórica de varios aspectos que comprometen el actuar limpio de Instituciones y profesionales de la salud.

4.1 Utilitarismo⁷

Al abordar el tema del utilitarismo debemos comprender en él, el termino utilidad, ganancia como fin primordial de cualquier empresa en aras de la competencia en el mercado,

⁶ Artículo 105 de la ley 1438 de 2011. Entiéndase por autonomía de los profesionales de la salud, la garantía que el profesional de la salud pueda emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes con calidad, aplicando las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión.

⁷ Utilitarismo corresponde a la mayor satisfacción que no es otra que la máxima utilidad económica o patrimonial conseguida. El Utilitarismo privilegia la libertad individualista sin asumir la responsabilidad, sin embargo, desde una ética de responsabilidad se debe considerar el alcance de las acciones emprendidas en aras de preservar la vida humana y su dignidad, lo que implica señalar el bien a realizar y el mal a evitar.

Los resultados encontrados resaltan la incompatibilidad entre la moral de la economía de mercado y los valores y principios constitucionales que deben regir el sistema de salud para proteger la vida y los derechos de la población; por ejemplo, se observó que la competencia va en contra de la solidaridad, mientras la rentabilidad y la eficiencia administrativa trabajan en contra de la dignidad, la responsabilidad, la autonomía y la calidad. (Molina & Ramírez, 2013.p 291

de ello la tendencia de las entidades particulares vinculadas en la prestación del servicio sanitario de Salud en Colombia.

Para hacer un análisis de lo aquí propuesto se debe partir de aquellos momentos históricos considerados:

Antes de la ley 1751 de 2015⁸ el comentario de una gran parte de los usuarios de las EPS⁹ señalaban que los médicos tratantes no hacían lo mínimo para atender con educación y esmero a sus pacientes, estos además de no atender con su mirada aquello que el paciente o usuario les señala, solo se limitan a llenar un cuestionario como preforma en sus computadoras; respuestas que colocaban en un papel sin un examen de lo dicho, pero lo peor no estaba allí, lo formulado no podía salirse de lo general o genérico aceptado por el anterior plan obligatorio de salud, hoy plan de beneficios en salud PBS.

Como el paciente solo recibía la medicación del POS¹⁰ implicaba para este y en aras de su mejoría rápida y efectiva según su percepción y tal vez por la mala orientación del profesional de la salud¹¹, erogar de su peculio¹² la compra del medicamento llamado comercial; ahora, si la situación económica o poder de compra era escasa, solo tocaba recurrir a la acción de tutela¹³ como medio de protección para salvaguardar la salud y así obligar a la entidad a suministrar el medicamento o tratamiento adecuado para el alivio de la enfermedad.

⁸ Ley Estatutaria por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones entre ellas la autonomía médica.

⁹ Entidad Promotora de Salud y es la encargada de promover la afiliación al sistema de seguridad social. Aquí no hay servicio médico, solo administrativo y comercial.

¹⁰ Plan Obligatorio de Salud. Se trata de un plan de servicios de salud al que tiene derecho todo afiliado a una EPS, hoy PBS plan de beneficios en salud.

¹¹ En muchas ocasiones la desconfianza que nace en la población se debe a la poca información que el personal sanitario les ofrece, y mucha gente piensa: ¡si mi médico me ha recetado este medicamento, ¡cómo voy a cambiar yo a un genérico si él no me lo ha indicado! Sin embargo, según Alfonso Domínguez, “las personas que critican los genéricos no ofrecen argumentos sólidos para afirmar que tienen una calidad peor, porque sencillamente no hay argumentos. <https://www.efesalud.com/medicamentos-genericos-igual-en-calidad-eficacia-y-seguridad-que-los-de-marca/>

¹² Caudal o bienes que posee una persona. Real academia española

¹³ Una garantía Constitucional del Derecho que tiene toda persona a la protección judicial de sus derechos fundamentales a través de un recurso efectivo. Procede la acción de tutela cuando un derecho fundamental ha sido vulnerado o amenazado por la acción u omisión de una autoridad pública, o de ciertos particulares de manera excepcional. Decreto 2591 de 1991.

En el periódico el Tiempo (Wasserman,2016) se destacó un artículo que se tituló “Nueva guerra contra los genéricos “para explicar que el 57 por ciento de las tutelas en salud eran para exigir medicamentos de marca”.

La ley 1122 de 2007¹⁴ contribuyó en parte a mantener esa baja calidad y eficiencia esperada y tan promulgada como principio en el artículo 2 de la ley 100 de 1993 con aquello que el gobierno de turno pregonó y respaldó sobre “la integración vertical”¹⁵, de tal forma que las empresas promotoras de salud – EPS – no pueden invertir del gasto en salud en sus propias IPS sino hasta el 30%.

Si bien la finalidad normativa fue sana al buscar evitar el monopolio, lo cierto es que hoy al paciente en cierta forma se le transfirió el desorden administrativo siendo la ineficiencia¹⁶ el punto de referencia en algunos medios informativos que presentan ante la opinión pública la inoperancia de las IPS¹⁷ por cuenta de las EPS contratantes que, al no pagar el servicio prestado por las IPS, su defensa se orienta a la falta de pago por el Estado.

De lo dicho se suma la inoperancia de la Superintendencia de Salud que en su función de la vigilancia y control de la que fue facultada, tiene el deber y la obligación de dar aplicación a la advertencia inicial y la inhabilitación de ser necesaria.

Tal como se concibe hoy, el Sistema de Salud en Colombia administrado por Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud (IPS)

¹⁴ Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones entre ellas la integración vertical. En Colombia con la ley 1122 de 2007, la integración vertical está sujeta a una regulación que la restringe en el sentido de que los aseguradores de salud, llamados entidades promotoras de salud (EPS) no puede tener gastos en salud mayores al 30% en su red propia. Aquí hay una negociación entre EPS e IPS (Instituciones Prestadoras de Salud).

¹⁵ Para lograr definir a la integración vertical y llevarlo al plano de la salud, (Bardey 2016) señaló:

La integración vertical es el proceso mediante el cual dos eslabones de una cadena productiva se integran en una sola empresa. En el Sector de la salud, este proceso se entiende como la integración entre el aseguramiento (EPS) y la prestación de servicios de salud (IPS), y aunque puede existir integración en muchos otros componentes de la cadena de servicios de salud, esta es la que ha ocupado más la atención de los legisladores y reguladores.

En el Sector de la salud, este proceso se entiende como la integración entre el aseguramiento (EPS) y la prestación de servicios de salud (IPS), y aunque puede existir integración en muchos otros componentes de la cadena de servicios de salud, esta es la que ha ocupado más la atención de los legisladores y reguladores.

¹⁶ Un sistema de salud se considera eficiente cuando es capaz de brindar un producto sanitario adecuado para la sociedad con un uso mínimo de recursos. Lograr eficiencia en salud, significa también alcanzar los mejores resultados con los recursos disponibles

¹⁷ son las Instituciones Prestadoras de Servicios. Es decir, todos los centros, clínicas y hospitales donde se prestan los servicios médicos, bien sea de urgencia o de consulta.

con normas limitativas (integración vertical, ley 1122 de 2007) ha venido interfiriendo radicalmente en la autonomía profesional. Las entidades coartan la libertad médica de formulación o manejo médico en razón de intereses económicos, la utilidad, la ganancia, la rentabilidad que debe dejar el negocio de la salud.

Se hace evidente esa injerencia cuando ese factor ético prevalente e inmerso en el profesional de la salud se pone en la balanza con su parte contractual aunada a la creciente demanda de médicos con necesidad de emplearse, implicando con ello el conflicto de interés entre la subsistencia personal con el principio jurado (juramento hipocrático) de la beneficencia como argumento rector de una atención con dignidad humana (actuación con rectitud).

La evidencia de la restricción a la autonomía profesional¹⁸ lo hace el comentario del médico a su paciente al formular medicamentos a los que el mismo señala de efectividad más prolongada (medicamentos contemplados en el anterior Plan Obligatorio de Salud hoy plan de beneficios en salud - PBS) de aquellos que son comerciales y cuyo efecto en el organismo son radicalmente más rápidos.

Esa ineficiencia de las EPS e IPS conlleva a que los usuarios en salud acudan a la acción de tutela como el mecanismo idóneo en contra de tal inoperatividad; es así como en razón de la crisis institucional por el desprestigio y la cantidad de tutelas a resolver, surgen los Comités Técnico Científicos en cada EPS cuyo propósito fue la de resolver la pertinencia o no de la medicación o tratamiento a seguir de acuerdo con la consideración inicial del médico tratante; sin embargo el tiempo se convertía en el peor enemigo del paciente que de igual forma debía esperar con mucha paciencia el cumplimiento de un plazo como mínimo de 15 días hábiles y obtener el aval del medicamento o tratamiento formulado. Por lo pronto el automedicarse era la solución.

¹⁸ El elemento principal de la autonomía profesional es la garantía de que el médico puede emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de su paciente, tal como lo establece la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la independencia y libertad profesional del médico, adoptada en octubre de 1986. (Hospitalaria, 2009. p4)

De una u otra forma; es decir, con la tutela o con el derecho de petición, igual es un tema de ineficiencia en el servicio, pues se debe recurrir a la acción judicial para proteger un derecho fundamental y claro acorde con la dignidad humana.

Ahora, de la llamada autonomía profesional no era predicable, pues los médicos seguían sujetos a los designios del Comité Técnico Científico. Comité que ponía en entredicho la idoneidad del profesional al medicar o solicitar un tratamiento para con el paciente. El comité tenía la última palabra.

Con la ley 1751 de 2015 se eliminaron los Comités Técnicos Científicos y se dio inicio al aplicativo MIPRES (Mi prescripción).

El Ministerio de Salud de Colombia señala que el aplicativo MIPRES permite al médico tratante elaborar la prescripción y enviarla a la EPS para que realice el suministro al paciente y este pueda reclamar los servicios o tecnologías (medicamentos, procedimientos, dispositivos médicos, productos nutricionales o servicios complementarios).

El hecho de haber sido eliminado los Comités Técnicos Científicos fortaleció la autonomía médica, pues es claro que, de acuerdo con su idoneidad, la decisión del médico no debía someterse a otro concepto. Lo importante es que tal hecho mejora la oportunidad en la atención al paciente, en la medida en que esta no es dilata por cuenta de trámites administrativos.

Con la ley 1751 de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social dispuso: el servicio se debe proveer de manera completa (art 8), del respeto a la autonomía profesional (art 17), de la garantía a la prestación de servicios y tecnologías de manera integral (art 15).

La ley Estatutaria en Salud garantizó a los colombianos la prestación de servicios de manera completa e integral ordenando al Ministerio de Salud adoptar un procedimiento técnico y científico para determinar qué servicios y tecnologías no podían ser financiados con recursos públicos, tales como: aquellos asuntos de consecuencia cosmética, de medicamentos o tratamientos en fase de experimentación o no aprobados por el Invima etc.). Situación que es válida, pues no es lo mismo un manejo estético que un manejo funcional¹⁹.

¹⁹ Tratamiento encaminado en recuperar la función del órgano y/o sistema afectado.

En el hoy, 5 años después de la promulgación de la ley estatutaria y su desarrollo legal, la autonomía profesional²⁰ sigue limitada, pues los medicamentos o tratamientos formulados tienen un compás de espera para ser validados por la EPS y en esa espera pueden suceder muchas cosas; ósea, que volvimos a la época del Comité Técnico Científico; esperar que le crean al médico tratante.

De lo dicho, se tienen dos aspectos:

Primero: el utilitarismo desmedido del sistema que genera irrespeto al principio de la autonomía profesional y por ende a la dignidad y conciencia del profesional de la salud; además con ese interés clientelista, se entorpece la integralidad del sistema tantas veces pregonada en las normas superiores yendo en contravía de la beneficencia y no maleficencia.

Segundo: la decidía en algunos profesionales de la salud que se contaminan (utilitarismo) y contribuyen con ello al sin sentido del irrespeto a la dignidad humana, actuando bajo los designios de la EPS o IPS contratante.

Semana (2014). *Así Controlan las Instituciones y las empresas de salud a los médicos*. “Para evitar que los profesionales cedan ante las ‘presiones’ de los pacientes, las entidades han ideado varios métodos para, asegura, limitar los exámenes y remisiones que los profesionales solicitan. Según ella, “los coordinadores médicos nos reprochan (a los médicos generales) la falta de resolución en el primer nivel”, es decir, la capacidad de resolver la queja del paciente sin enviarlo al especialista o solicitar ayudas diagnósticas caras”.

Además de lo expresado, esta publicación, contempla: “Otro mecanismo para alertar a los doctores sobre los costos que sus conductas generan es poner un límite a los gastos por paciente. Así lo hizo, por ejemplo, la EPS Coomeva hasta el año pasado. De entrada, el sistema electrónico establecía el valor máximo para cada servicio e indicaba automáticamente al médico que había “superado” el valor tope en exámenes, remisiones y

²⁰ Artículo 17 de la ley 1751 de 2015. Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad r del paciente. La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias.

medicamentos. Dicho valor era de cero pesos, indicando que debían evitar hacer remisiones o solicitar las ayudas” (Revista Semana, 2014)

En Conclusión, la Salud se ha convertido en un gran negocio para las entidades prestadoras del servicio de salud, es por ello que de acuerdo con la realidad mostrada se hace necesaria una reforma sustancial al sistema de salud de tal forma que se garantice al usuario final la eficiencia anhelada en la prestación del servicio.

La propuesta sería eliminar la integración vertical y permitir que las EPS inviertan en sus IPS de tal forma que el servicio sea un compromiso total de la entidad no pudiendo establecer la excusa del no cumplimiento de trámites administrativos o de cobros internos.

La Superintendencia de Salud lograría un mejor ejercicio de control generando los compromisos tanto para las IPS como para las EPS; la habilitación y la certificación sería la propuesta de valor al cumplimiento del principio de eficiencia consagrado en el artículo 2 de la ley 100 de 1993.

5. Principios rectores

Se hace necesario establecer cuáles son esos principios aplicados al actuar profesional de la salud en su interrelación directa con el paciente.

El cumplimiento por parte de los profesionales de la salud de estos principios, conlleva en gran medida a la disminución considerable de sentencias condenatorias por mala praxis y a las innumerables sanciones disciplinarias impuestas por el tribunal de ética médica.

Es menester así considerar que la atención de la salud comporta una dinámica particular atendiendo a tres grupos relevantes de principios en su aplicación:

1. Principios en cuanto a la ética del profesional de la salud,
2. Principios en cuanto a la relación del profesional de la salud con el paciente,
3. Principios en cuanto al servicio sanitario

Así las cosas, los principios en cuanto a la ética del profesional de la salud lo serían: Beneficencia, la no maleficencia, dignidad humana, autonomía profesional, concertación, integridad.

Los principios en cuanto a la relación profesional – paciente: Empatía, autonomía del paciente, confidencialidad en la información e información responsable.

Los principios en cuanto al servicio sanitario: Accesibilidad, Oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención.

Estos principios así manejados comportan: a) En el estado la obligación normativa y de control, b) En las entidades prestadoras del servicio de salud el compromiso en la consecución y manejo de los recursos tecnológicos apropiados y de última generación, la adecuación de una infraestructura administrativa y de atención asistencial medica amplia y cómoda; el recaudo económico suficiente que no permita inferir afugias para la atención oportuna, eficiente en el paciente o usuario, la consecución de profesionales idóneos, altamente calificados, c) En el profesional de la salud, el ejercicio ético y moral exigido.

El Estado mediante la norma y ejerciendo control por parte de la Superintendencia de Salud, presta el apoyo social debido evitando con ello la manipulación de las entidades o instituciones prestadoras de salud en el actuar integral del médico; así mismo, las entidades deben garantizar para mantener su habilitación un actuar independiente al interés económico, procurando cada vez la mayor eficiencia en la prestación del servicio con cobertura amplia en los centros hospitalarios de diferentes niveles de atención y el mayor número de profesionales capacitados e idóneos en la práctica médica.

Ahora, en aras de mantener una dinámica apropiada con base en lo aquí descrito, se necesita de aquel profesional que describa el problema de salud con un lenguaje sencillo y entendible, con registro de lo expuesto, que sea cauteloso y diligente en su actuar profesional con apego a sus conocimientos científicos, que no olvide el consentimiento informado, que respete la autonomía plena del paciente o de aquel familiar acompañante, ello en el tratamiento o manejo medico propuesto; además debe ser ecuánime y racional acudiendo a la junta medica ante la duda. Se necesita de un profesional de la salud que actúe bajo el rigor ético que comporta su profesión y con comportamiento moral que le imponen las normas.

El actuar ético conlleva el cumplimiento de los principios del derecho médico; de ahí que, un paciente que ingresa a un consultorio recibe la atención médica requerida previo a un saludo cordial que genere una empatía inicial, le es tomado sus signos vitales con

moderación y pudor, se genera el registro de la sintomatología expresada por el usuario sin mayor definición de aquello que el paciente indica, se registran las consideraciones médicas de primera impresión, explica al paciente sobre lo que piensa científicamente, ello bajo la utilización de un lenguaje apropiado y muy responsable de acuerdo con la ideología y caracterización del paciente; además determina el tratamiento a seguir con la debida observación de posible efectos adversos o consideraciones particulares.

El profesional del área de la salud está obligado a indagar por la voluntariedad y aceptación de un procedimiento, haciendo firmar el consentimiento informado con explicación de sus riesgos.

El actuar del profesional de la salud comprende ante el hecho de la duda en la eficacia de un tratamiento, el recurso tecnológico y/o humano; el primero en cuanto a exámenes de mayor rigurosidad y precisión y el segundo para aprovechar el conocimiento de otros colegas, ello se hace indispensable en junta médica con registro de lo planteado; además de este manejo, debe darse al paciente la confianza apropiada en el respeto a la reserva de la información y acatar con decoro la decisión del paciente en su deseo de cambiar de médico tratante.

La garantía del respeto a la autonomía médica²¹ no puede verse limitada por razones, factores o intereses económicos de aquellas entidades prestadoras de salud que buscan acaparar el mercado de potenciales usuarios a un bajo costo operativo con justificación en la alta demanda de médicos y las pocas ofertas de empleo.

El profesional de la salud está en la obligación de poseer altas condiciones humanas para tratar enfermos y para ello requiere de la apropiación de valores humanos y la búsqueda de la verdad de manera permanente.

Los valores expresan la concepción del bien, derivan de la inviolabilidad del hecho de ser verdadero y de corresponder a las exigencias verdaderas de la naturaleza humana.

²¹ Artículo 17 ley 1751 de 2015. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.

La educación del médico y del profesional de la salud en general ha de ser integral, con fuerte sustento teórico, gran habilidad para llevar a cabo maniobras, técnicas y procedimientos, todo ello sustentado en una escala de valores humanos invariables.

Cumplir con cada uno de los principios aquí propuestos conlleva no solo la participación ética médica del profesional de la salud en su ejercicio particular sino también como prestador en una entidad sanitaria; además se genera el compromiso de las entidades o instituciones prestadoras del servicio en salud por la debida atención y seguridad en el paciente.

Atendiendo a esas tres particularidades descritas, tenemos entonces:

5.1 Principios en cuanto al profesional de la Salud

Se destacan aquellos principios propios del profesional de la salud dentro de lo que fue llamado el concepto ético propio e intrínseco.

La Ética constituye la guía de su conducta, que, basada en principios, plantea cuál es el valor de la bondad, de lo que es correcto o incorrecto siendo para el profesional de la salud un tema libre, voluntario y consciente.

Ahora, desde la óptica del paciente, este tiene derecho al respeto de su dignidad; es decir, en el recibir la mejor atención del profesional de la salud, tanto en lo psicofísico como en lo socio-cultural.

5.1.1 Principio de la Beneficencia:

Al prestar juramento (juramento hipocrático) tal como se dispuso en el capítulo II de la ley 23 de 1981, el profesional de la salud conoce de antemano que su elección profesional conlleva un servicio de salud y por ende converge en él, el sentido práctico de salvar una vida, de aliviar en el paciente los malestares que le produce la enfermedad. Este fin va encaminado a realizar todo lo que este a su alcance de acuerdo con sus conocimientos científicos adquiridos.

Este atributo ético propio del ser virtuoso conlleva ejercer la profesión de forma digna y a conciencia, velando por la salud del paciente con profundo respeto por la vida humana.

Por el principio de beneficencia surge la obligatoriedad del miembro del Equipo de Salud de considerar la salud del paciente por encima de cualquier otra condición.

El médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, de adoptar las medidas curativas y de rehabilitación correspondientes.

5.1.2 Principio de la no maleficencia:

De no poder lograr reestablecer la salud total en el paciente, el profesional de la salud debe estar dispuesto a reconsiderar los tratamientos o manejos suministrados sin ser caprichoso, ello con orientación incluso de otros colegas quienes pueden en junta médica proponer el mejor manejo profesional a fin de evitar un daño mayor. El resultado igual ha de ser la vida humana.

El Principio de no maleficencia afirma esencialmente, la obligación de no hacer el daño de manera intencional, esto quita el error accidental o propio del acto médico, siempre y cuando este no haya sido por irresponsabilidad.

Este principio se suele relacionar con la máxima hipocrática del “*Primum non nocere*”; lo primero no es hacer el daño; entonces la obligación del profesional de la salud conlleva hacer el bien.

Según Diego García, la no maleficencia es el principio básico de todo sistema moral. Se le puede encontrar en lo más alto del orden moral de la tradición medieval que, al reconocer el bien como el fin de la conducta del hombre, la razón descubre su primer principio: hacer el bien y evitar el mal (*bonum est faciendum et malum vitandum*).

En relación con la beneficencia, la no maleficencia contiene cuatro obligaciones generales:

- No se debe hacer mal o daño en cualquiera de sus formas
- Se debe prevenir el mal o daño, lo cual incluye la negligencia
- Se debe remover el mal o daño, el cual puede ser conceptuado de muchas maneras

- Se debe hacer o promover el bien, y tiene que ver más con el principio de la beneficencia (Páez. 2011. p178)

5.1.3 Principio del respeto a la Dignidad Humana:

La dignidad humana no es solo un concepto filosófico o moralista que soporta el respeto de cada quien para con cada cual; este principio posee una verdadera concreción dentro de la dinámica relacional del hombre (relaciones humanas) y más aun tratándose de relaciones médicas o de la prestación del servicio de la salud en donde el paciente espera un trato justo, oportuno, humanizado, libre de discriminación o de intereses ajenos como lo sería el utilitarismo en la prestación del servicio sanitario en salud.

El ser humano al que se le presta el servicio, merece todo el respeto y el trato acorde a su condición de enfermo, además espera del profesional su competencia y responsabilidad al generar en él su pronto consuelo.

La medicina es por esencia una carrera humanística y de servicio. Su definición se encuentra consagrada en la ley de ética Médica, que dice en su artículo 1, paragrafo1: “[...] La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingo de nacionalidad, ni de orden económico, social, racial, político o religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes [...]” (Guzmán & ARIAS, 2012. p 192)

5.1.4 Principio de la autonomía Profesional:

El actuar médico no posee límites más allá de lo ético y lo moral.

No es permitida la manipulación a la conciencia y manejo ético del profesional de la salud por intereses utilitaristas.

Las EPS e IPS contratantes se convierten en un mal ejemplo al pretender manipular las decisiones éticas de los médicos en contravía al principio de la beneficencia o de la no

maleficencia, aprovechando la alta demanda de profesionales de la salud que desean emplearse.

El médico basado en su vocación y por ende en su juramento hipocrático debe defender su ética profesional y en ese orden de ideas procurar la recuperación de la salud de su paciente con prontitud.

Esa autonomía en lo práctico conlleva al tratamiento pertinente y eficaz para contrarrestar el problema o daño en la salud del paciente; de ahí que, medicación adecuada, manejo de laboratorio clínico debido, imagenología apropiada, todo ello sin apremio o restricción alguna.

5.1.5 Principio de la Integridad:

Rectitud en el proceder, compostura adecuada ante lo justo, el honor y la honradez.

Como tal, hace referencia a un conjunto de atributos personales, como la decencia, el pudor, la dignidad, la sinceridad, la justicia, la rectitud y la honradez en la forma de ser y de actuar. La palabra proviene del latín “*honestitas, honestitatis*”

Un profesional de la salud actúa con integridad cuando su accionar está apoyado en valores como la verdad, la justicia y no antepone a estos sus propias necesidades o intereses. En este sentido, es una persona apegada a un código de conducta caracterizado por la rectitud, la probidad y la honradez.

Por lo anterior se falta a la ética profesional, cuando el profesional de la salud apoye, consienta o participe en la práctica de torturas u otras formas de procedimientos crueles, inhumanos o degradantes, cualquiera sea la ofensa que se impute a la víctima y las circunstancias invocadas, incluyendo conflicto armado o guerra civil.

Falta a la ética cuando el profesional participe de cualquier forma en la administración de órganos humanos para ser trasplantados, si dicha acción lleva involucrada fines de lucro.

El profesional de la salud no ha de afirmar o negar con falsedad o hacer citas inexactas o tendenciosas, ni hacer certificaciones falsas ello tanto en la historia clínica como en las certificaciones médicas, de igual manera hacer señalamientos irresponsables que no estén debidamente informados en la historia.

El Profesional de la salud debe mantener su capacidad clínica, conocimientos, habilidades y destrezas actualizados, además de utilizar todos los medios técnicos y científicos a su alcance para lograr una atención óptima e integral de sus pacientes.

Un profesional integro no experimenta, no arroja conjeturas que no estén científicamente probadas.

En la atención institucional, el profesional de la salud procura armonizar su ejercicio profesional con las normas de la institución, siempre que éstas no sean contrarias a la ética.

5.1.6 Principio de la concertación:

El profesional de la salud en su ética debe considerar que ante la duda fundada no cabe otra solución que buscar el consenso con colegas que puedan avizorar de mejor manera el cumplimiento de los principios de la beneficencia y no maleficencia.

Lo anterior se da con aquellos acercamientos conceptuales y operativos de los diferentes médicos que permiten definir líneas compartidas de acción (Art 2 ley 1164 de 2007), ello mediante junta médica, entendida como la interconsulta o la asesoría solicitada por el médico tratante a uno o más profesionales teniendo en cuenta las condiciones clínico-patológicas del paciente. (Art 15 D 3380 de 1981)

La frecuencia de las juntas médicas estará subordinadas a la gravedad de la enfermedad y a la necesidad de aclarar el diagnóstico, mejorar el tratamiento y satisfacer el deseo expresado por el enfermo o sus familiares, siempre y cuando corresponda esta solicitud a la condición clínico patológico de aquel. (Art 17 D. 3380 de 1981)

5.2 Principios en cuanto a la relación médico – paciente

La relación médico-paciente es el elemento primordial en la práctica médica.

Para que dicha relación tenga éxito debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico en el profesional de la salud, el cual impone obligaciones recíprocas con el paciente.

5.2.1 Principio de la empatía

León & González (2018) respecto a la forma de actuar del profesional de la salud manifiestan que ningún médico, ninguna enfermera, están obligados en justicia a sonreír al paciente, a sentarse con él en el borde de la cama, a darle la mano, pero un médico o una enfermera que nunca sonrían, nunca se sientan al lado del paciente, nunca sostengan su mano, no son buenos médicos ni buenas enfermeras, les falta el cuidado humanizado del otro como persona, algo tan esencial que va más allá de los criterios de cumplimiento de un contrato profesional.

Si el profesional en la consulta o atención directa con el paciente, no lo saluda, no le mira a los ojos, le corta su deseo de reflexionar sobre el problema de salud; aquí no podemos hablar de empatía. Si falta humanización, las personas enfermas no se sienten tratadas con dignidad, aunque dispongan de modernos hospitales y centros de salud.

Es situarse en la perspectiva del paciente, comprendiendo sus sentimientos y tomando en cuenta sus valores y convicciones, para esto dejamos nuestros preconceptos y entramos a nuestras relaciones con el corazón y la mente abiertos. En la relación médico – paciente es un valor, una actitud y una habilidad que ha sido llamada “la quinta esencia del arte de la medicina”. Se puede decir también, que es una exploración respetuosa e inteligente de lo que yace más allá de lo que vemos, para esto nos ponemos en lugar del paciente y sentimos lo que el siente. (Zelanda. 2018.p 65)

Se necesita de un profesional que salude, mire a los ojos, se tome un tiempo para describir al paciente el problema de salud con un lenguaje sencillo y entendible, con registro de lo expuesto, que sea cauteloso y diligente en su actuar profesional con apego a sus conocimientos científicos, que refiera al consentimiento informado después de una exposición tranquila sobre el problema y el tratamiento a seguir. Esa confianza generada hace que se haga más fácil la labor del profesional de la salud y del paciente en pro de su pronta recuperación.

Nuestra normatividad colombiana no aborda el tema de la empatía médico – paciente, siendo ello un principio clave dentro de la enseñanza y de la práctica médica.

6.2.2 Principio de la Autonomía del Paciente

Es un principio con una connotación garantista que le reconoce al paciente en el ámbito médico y biomédico, la posibilidad de tomar decisiones sobre el tratamiento o los procedimientos que se hacen necesarios para el mejoramiento de la salud.

Tener en cuenta el consentimiento del paciente se convierte en un atributo necesario para dar inicio a la intervención médica donde lo que se haga o deje de hacer con el paciente es una muestra de su determinación.

El profesional de la salud debe intervenir con celo para que no entre a reñir su autonomía con la del paciente, pues este último es quien dará la autorización sobre el procedimiento a realizar, a esto lo llamamos consentimiento informado.

El consentimiento Informado es una autorización dada por el paciente sin ninguna coacción o fraude, basada en el entendimiento razonable de lo que sucederá incluyendo la necesidad del tratamiento, los riesgos y beneficios del mismo, además de cualquier alternativa disponible. Este acto se lleva al documento que se integra con la firma del paciente y claramente con la firma del médico tratante.

Los requerimientos básicos necesarios entonces para la validez del consentimiento informado lo son: la libertad de decisión, facultad para decidir e información suficiente.

El médico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata, ello de conformidad con el artículo 14 resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud.

6.2.3 Principio de la Confidencialidad

Es un derecho del paciente y consiste en la reserva que debe mantener el equipo de salud sobre la información del estado de salud del mismo, sus diagnósticos, los tratamientos y el pronóstico; por lo cual, nunca se deben comentar en público los problemas médicos de un paciente.

Puede que la historia clínica sea un documento de fácil acceso, por ser escrita o sistematizada y estar allí disponible cuando se atiende al paciente, es por eso que con mayor

exigencia se le hace saber al personal asistencial sobre su confidencialidad y que su uso es exclusivo para el manejo del tratamiento requerido.

El personal de la salud tiene la obligación de reconocer la confidencialidad, la intimidad y el secreto profesional.

El secreto profesional, es guardar cualquier información de un paciente, que se haya conocido en la relación médico-paciente o durante el trabajo asistencial, es decir mantener oculto y no comentar a terceras personas sin el consentimiento del enfermo, por eso es un secreto. Es una obligación del médico tratante respetar el secreto profesional, fundamentado en la dignidad de la persona. (Zelanda. 2018. P 69)

Se determina la obligación del médico y de sus auxiliares en la reserva de la información; es decir la no difusión sobre el estado y salud del paciente de tal manera que se mantenga la armonía familiar y social, salvo excepciones de ley como lo sería por ejemplo una decisión judicial.

6.2.4 Principio de la Información responsable:

La ley 23 de 1981 y el decreto 3380 del mismo año, son una muestra clara de la regulación en tal sentido, por ello se destaca:

El profesional de la Salud está obligado a transmitir conocimientos al mismo tiempo en que ejerce su profesión, ello en atención directa al paciente con miras a preservar la salud de las personas y de la comunidad.

La actitud del médico ante el paciente será siempre de apoyo. Evitará todo comentario que despierte su preocupación, y no hará pronósticos de la enfermedad sin las suficientes bases científicas.

La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto.

El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados.

El médico cumple la advertencia del riesgo previsto con el aviso que, en forma prudente, haga a su paciente o a sus familiares o allegados, con respecto a los efectos

adversos²² que, en su concepto, dentro del campo de la práctica médica, puede llegar a producirse como consecuencia del tratamiento o procedimiento médico.

El médico quedará exonerado de hacer la advertencia del riesgo previsto en los siguientes casos: 1. Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes o allegados se lo impidan, 2. Cuando exista urgencia o emergencia para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento médico.

El médico dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o de la imposibilidad de hacerla.

Si la situación del enfermo es grave el médico tiene la obligación de comunicar a los familiares o allegados y al paciente en la medida en que ello contribuya a la solución de sus problemas espirituales o materiales.

6.3 Principios en cuanto a la prestación del servicio

La calidad de la atención, en el marco del SGSSS²³, se ha definido como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios. Esta definición centrada en el usuario, involucra aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, que se deben considerar en la prestación de los servicios de salud. (Kerquelen. 2008. p 11)

Las características principales de la calidad de la atención en salud son: la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención

6.3.1 Principio de accesibilidad:

²² Todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención (mayoritariamente) hospitalaria que produce la muerte, una discapacidad, la prolongación o estancia, o el reingreso subsecuente.

²³ Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se refiere al conjunto de instituciones, normas y procedimientos mediante el cual el Estado garantiza la prestación de servicios de salud a los colombianos, de acuerdo con lo establecido en las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, Decreto 780 de 2016 y las normas que la reglamentan y desarrollan, si mismo German Alexander Caicedo en su capítulo del Sistema de la Seguridad Social en Salud aborda de manera clara sus componentes.

Nos referimos a la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social, siendo la única limitación la consulta inicial con médico general.

La no limitante de acuerdo con la norma corresponde a los servicios que recibe el paciente en urgencias o cuando está en consulta con médico general o cuando se requiere la intervención del odontólogo, pues allí el médico general no cumple una función específica propia de esta especialidad.

Al igual de lo anterior, se ha establecido que los menores de dieciocho años y las mujeres en estado de embarazo, pueden acceder de manera directa a la consulta especializada pediátrica, obstétrica o por medicina familiar sin necesidad de requerir remisión por parte del médico general.

Es razonable la limitación con el fin de generar un conocimiento previo por parte del profesional de la salud para que, basado en la sintomatología o el problema presentado en el paciente, se genere la remisión responsable al especialista.

No importa el régimen al que se encuentre afiliado el paciente o el usuario (contributivo o subsidiado), todos tienen derecho a acceder a la medicina especializada, con la limitación antes vista.

En cuanto a las consultas médicas, no puede existir un límite en el número de consultas a las cuales el usuario tiene derecho en un (1) año. Ninguna EPS puede limitar el número de consultas de un afiliado.

Las consultas médicas no pueden durar menos de 20 minutos, según lo estipulado la resolución 5261 de 1994.

Los adultos mayores (mayores de 62 años) tienen prelación para la atención por parte de las EPS, según la Ley 1171 de 2007. Los servicios de consulta externa, consulta odontológica, consulta con especialista y servicios diagnósticos deberán ser asignados a esta población, dentro de las 48 horas siguientes a su solicitud. Además, las EPS deberán disponer de una ventanilla preferencial para atender a este tipo de usuarios con el fin de facilitar y agilizar su atención.

En el caso del acceso a la consulta de medicina general, esta no podrá exceder los 3 días hábiles contados a partir de su solicitud.

6.3.2 Principio de oportunidad:

El usuario tiene el derecho a obtener los servicios en salud que requiera, sin que exista la menor disculpa, pues estaría en entredicho su salud o inclusive la vida.

La Corte Constitucional en Sentencia T 825 de 2011 fue clara al expresar:

Para asegurar la salvaguardia del derecho a la salud de los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud -SGSSS- y su consecuente rehabilitación, el acceso a los servicios contemplados en el Sistema debe realizarse de manera oportuna, eficaz y con calidad. Así, en el evento en que un servicio médico sea requerido y éste haya sido reconocido por una entidad adscrita al SGSSS sin que su prestación se hubiere dado de forma oportuna, generando con ello efectos adversos al paciente, se estaría frente a una clara violación del derecho a la salud. De este modo, para que se garantice la prestación del servicio de salud, éste debe prestarse de forma oportuna, es decir, la entidad del SGSSS encargada de asistir a un usuario, debe emplear todos sus recursos técnicos y humanos en procura de brindarle una atención expedita, eficaz e integral, con el fin de no entorpecer ni dilatar su recuperación.

El hecho de aplazar de manera injustificada una atención requerida genera para quien la solicita un problema de salud conllevando con ello en una violación flagrante al principio universal de la dignidad humana.

El no cumplir con el requisito de la oportunidad en la atención, contempla la posibilidad de debatir vía de tutela el derecho a la salud y a la vida en su máxima expresión, pues nadie acude al médico por un querer caprichoso y más aún cuando el médico tratante al haberlo observado, requiere de aquellas ayudas diagnosticas o del manejo de un especialista idóneo para el caso.

La falta de oportunidad que está representada generalmente en la Entidad Prestadora de Salud (EPS) conlleva el repudio individual y social de donde se desprende la intervención de la entidad habilitadora, es decir, la Superintendencia de Salud que en razón de su función de control esta llamada a intervenir.

De este modo, para que se garantice la prestación del servicio de salud, éste debe prestarse de forma oportuna, es decir, la entidad del SGSSS²⁴ encargada de asistir a un usuario, debe emplear todos sus recursos técnicos y humanos en procura de brindarle una atención expedita, eficaz e integral, con el fin de no entorpecer ni dilatar su recuperación.

6.3.3 Principio de Seguridad:

Teniendo en cuenta la definición que podemos extraer de los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente por parte del Ministerio de la Protección Social de Colombia, referimos a la seguridad como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Esto implica llevar al campo de la salud pública el análisis de los riesgos y las probabilidades de que ocurran hechos relacionados con la salud o su pérdida, así como la aparición de discapacidades, la ocurrencia de accidentes y otro tipo de eventos inesperados, ello asociados a la atención sanitaria.

Para manejar una verdadera seguridad en el paciente las Instituciones Prestadoras del Servicio en Salud (IPS) deben trabajar en:

a) Una política institucional de seguridad del paciente implicando con ello un claro objetivo estratégico y un compromiso no solo gerencial sino de todo el factor humano prestador del servicio asistencial. Política escrita y constantemente divulgada que genere la cultura organizacional pretendida.

²⁴ EPS, IPS, ESE, ARL.

La concientización de todo el personal conlleva a la reducción de incidentes²⁵ y eventos adversos²⁶.

b) Una metodología para evaluar la periodicidad en que se presentan los eventos adversos y los factores que los ocasionan de tal forma que se puedan diseñar los correctivos o puntos de mejora institucional.

c) Un diseño de protocolos para la seguridad del paciente y la de su familia, ello implica orientar al paciente y a su familia para que pregunten con respecto de la enfermedad, del autocuidado, de los riesgos latentes.

No solo hacia el paciente, también sobre el profesional de la salud en cuanto a la forma de actuar con respecto al incidente y/o evento adverso.

6.3.4 Principio de Pertinencia:

Se refiere a la garantía que ostentan los usuarios al recibir los servicios que requieren de acuerdo con el diagnóstico médico, ello atendiendo al uso racional de tecnologías, dada la necesidad de la racionalización del gasto en salud, en la medida que los recursos son bienes limitados y de beneficio social.

Las Instituciones Prestadoras de Salud deben garantizar la autonomía del profesional de la salud a la hora de tomar decisiones con respeto a los tratamientos y/o medicamentos prescritos, previo consentimiento del paciente y actuando bajo la consigna de la racionalización del gasto en razón del beneficio social.

²⁵ Se reconoce como un evento o circunstancia que sucede durante la atención clínica de un paciente y que, si bien no le genera un daño directo a su salud, si le afecta en la medida que, al ocurrir fallas en los procesos de atención, alteran en cierta medida a la persona, generalmente debido a que, por ejemplo, se prolonga su estancia hospitalaria (Fernández, 2015 p 4). Errores en las pulseras de identificación, errores en el procedimiento, tratamiento o intervención, situaciones originadas por infecciones nosocomiales (de la herida quirúrgica, sondajes urinarios, neumonías, infección de cánulas intravasculares, prótesis), errores de medicación, errores en los equipos o instalaciones, son algunos ejemplos en tal sentido.

²⁶ Todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención (mayoritariamente) hospitalaria que produce la muerte, una discapacidad, la prolongación o estancia, o el reingreso subsecuente (Fernandez,2015. p 3).

El análisis de los riesgos y la ocurrencia de los eventos adversos tiene su antecedente en estudios sobre efectos indeseables de los medicamentos, de las infecciones nosocomiales, de complicaciones en procedimientos terapéuticos, presentes siempre entre el personal hospitalario. Ejemplos de eventos adversos lo serían las infecciones después de cirugía, neumonías nosocomiales (durante la estancia hospitalaria), sepsis bacteriana, ulcera por presión.

La racionalidad debe ser entendida en el sentido del derecho de los demás a la misma posibilidad de tratamiento y/o medicamento, alejado de manejos estéticos o caprichosos.

A pesar de existir controversia con respecto a la injerencia de las EPS e IPS en la autonomía de los profesionales de la salud que le son contratados, es claro que en algunos eventos tal autonomía puede verse desbordada donde se hace necesaria la evaluación de la pertinencia de aquellos exámenes y/o tratamientos formulados, ello al no existir criterios claros ya que no se comprometen con un diagnóstico.

La pertinencia sin desconocer la autonomía, debe estar igual sometida a una guía de manejo y protocolos de enfermedades, allí los médicos tratantes pueden consultar y establecer tratamientos a seguir sin vacilación.

6.3.5 Principio de la Continuidad en la atención:

Implica que un paciente pueda recibir una serie de servicios de salud sin interrupciones, suspensiones o repeticiones innecesarias.

El principio de continuidad señalado en la Ley 1438 del 2011, consiste en que toda persona que haya ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad.

La Ley 1751 del 2015 señaló que todas las personas deben recibir los servicios de manera continua y una vez haya iniciado con su tratamiento no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas.

La Corte Constitucional en Sentencia T 606 de 2016 reiteró los criterios que las entidades promotoras de salud (EPS) deben tener en cuenta para garantizar la continuidad del servicio público en salud: 1) las prestaciones en salud, como servicio público esencial, deben ofrecerse de manera eficaz, regular, continua y de calidad, 2) las entidades que tienen a su cargo la prestación de este servicio deben abstenerse de realizar actuaciones y de omitir las obligaciones que supongan la interrupción injustificada de los tratamientos, 3) los conflictos contractuales o administrativos que se susciten con otras entidades o al interior de la empresa, no constituyen justa causa para impedir el acceso de sus afiliados a la continuidad y finalización óptima de los procedimientos ya iniciados.

Sumado a ello advirtió que el principio de continuidad en la prestación de salud no solo responde a la necesidad de los usuarios de recibir los servicios, sino también a los postulados del principio de buena fe y de confianza legítima contemplados en el artículo 83 de la Carta Política.

También identificó una serie de eventos en los que las EPS no pueden justificarse para abstenerse de continuar con la prestación de los tratamientos médicos iniciados, estos son: 1) Porque la persona encargada de hacer los aportes dejó de pagarlos, 2) Porque el paciente ya no está inscrito en la EPS, por ser desvinculado de su lugar de trabajo, 3) Porque la persona perdió la calidad que lo hacía beneficiario, 4) Porque la EPS considera que la persona nunca reunió los requisitos para haber sido inscrita, a pesar de ya haberla afiliado, 5) Porque el afiliado se acaba de trasladar de otra EPS y su empleador no ha hecho aún aportes a la nueva entidad, 6) Porque se trata de un servicio específico que no se había prestado antes al paciente, pero que hace parte integral de un tratamiento que se le viene prestando.

Así las cosas, al usuario se le debe garantizar el derecho a permanecer en la atención en salud si existe un tratamiento o manejo médico en curso.

6. Marco normativo

NORMA	TITULO	CONTENIDO
Ley 23 de 1981	Ley de Ética Médica	Destaca una serie de principios de ética médica, se adopta el juramento hipocrático aprobado por la Convención de Ginebra de la Asociación Médica Mundial. Se reflejan deberes y derechos.
Decreto 3380 de 1981	Reglamentación de la ley 23 de 1981	Se enfatiza en el juramento médico, en las relaciones del médico con el paciente, las relaciones del médico con sus colegas, relación del médico con la sociedad y el Estado, la propiedad intelectual, proceso disciplinario, sanciones.
Ley 100 de 1993	Ley de seguridad Social en Colombia	Agrupar el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las

		<p>contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.</p> <p>Se destacan los subsistemas de salud, pensión, riesgos laborales y servicios sociales complementarios.</p>
Resolución 1474 de 2002	Norma de Acreditación en Salud	Se adopta el Manual de Estándares de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y el Manual de Estándares de las Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada del Sistema Único de Acreditación.
Decreto 2309 de 2002	Norma sobre la garantía de calidad en la atención de Salud	Refiere al Sistema Único de acreditación, la vigilancia, inspección y control, sistemas de información para la calidad.
Decreto 4725 de 2005	Norma sobre los registros sanitarios, el permiso de comercialización y de la vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano.	Alude a los dispositivos médicos, a la seguridad y funcionamiento de los mismos, su clasificación, a las buenas prácticas de manufactura y certificados en la capacidad de almacenamiento y acondicionamiento de los dispositivos médicos, del registro sanitario y de los permisos de comercialización.
Decreto 1011 de 2006	Norma sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud	Refiere al Sistema Único de habilitación, acreditación y auditoría de los prestadores del servicio de salud; así mismo de los sistemas de información, inspección y vigilancia, medidas de seguridad y sanciones.
Resolución 1445 de 2006	Norma que define las funciones de la Entidad Acreditadora.	Señala los lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación en salud, sus bases, la confidencialidad, los grandes propósitos, los estándares, la escala de calificación, el proceso técnico.
Resolución 1446 de 2006	Norma que define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio	Establece los niveles de operación del sistema de información para la calidad, el reporte de la información, la vigilancia y control

	de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.	
Ley 1438 de 2011	Ley de Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Aborda los principios generales, las competencias de los distintos niveles de la Administración Pública, un término para el plan decenal para la salud pública, acciones de salud pública, atención primaria en Salud y promoción y prevención, el aseguramiento, la administración del régimen subsidiado, los planes voluntarios de salud, del financiamiento, de la prestación del servicio de salud, redes integradas del servicio de salud, aspectos de relevancia para las IPS, ESE, reglas sobre medicamentos, insumos y dispositivos médicos, las funciones y objetivos del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, políticas de Talento Humano, la contratación, la autonomía profesional, calidad y sistemas de información, inspección y vigilancia.
Resolución 2003 de 2014	Norma que definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud	Define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como de adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución
Ley 1751 de 2015	Ley Estatutaria en Salud	Determina el derecho a la salud como derecho fundamental, sus elementos y principios, su forma de protección, el alcance de la autonomía profesional.
Resolución 3100 de 2019	Norma que define los procedimientos y condiciones de inscripción de las IPS	Refiere a las condiciones que debe cumplir los prestadores del servicio de salud para su habilitación, la autoevaluación e inscripción en la REPS, novedades y cierre de servicios, visitas de verificación.

Fuente: Elaboración Propia.

7. Pandemia y seguridad

Se hace necesario reflexionar sobre el tema actual, la pandemia de enfermedad por coronavirus²⁷ de 2019 -2020, ello para referir que el sistema de salud colombiano se está colocando a prueba y muchos son los escépticos que permiten señalar a pesar de las medidas de aislamiento obligatorio para toda la población colombiana decretada por el Gobierno Nacional, que los centros asistenciales como clínicas y hospitales puedan atender a la cantidad de pacientes con la enfermedad y más aún contar con los equipos de respiradores artificiales requeridos, así como de aquel grupo de profesionales idóneos con atención requerida en las 24 horas.

Pero no solo se debe mirar la idoneidad o la ética profesional inculcada o manejada como propia, sino también se ha de indagar sobre lo qué está haciendo el Estado Colombiano para garantizar en estos profesionales su seguridad.

Ahora, en este capítulo se ha abordado los principios rectores, principios que están enfocados en el profesional de la salud en relación con el paciente y la norma lo direcciona igual para con su colega, para con las instituciones a las que presta el servicio y para con la sociedad e incluso se analiza la responsabilidad disciplinaria ante actos de estos que desbordan la ética y la moralidad pública. (ley 23 de 1981).

La ley 1751 de 2015 rescató con consuelo la autonomía profesional para alejar el utilitarismo de los conceptos éticos médicos, pero aun seguimos en déficit con respecto a la otra parte de la relación médico paciente; es decir, del profesional de la salud, pues para situaciones como la suscitada con la pandemia se ha evidenciado la desprotección en bioseguridad para con los mismos. Idoneidad, pero sin seguridad.

El tema tiene un tinte estatal y social, pues es al Estado a quien corresponde garantizar y proteger a todos sus habitantes la vida y para ello tratándose de medidas sanitarias, el

²⁷ Pertenece a la familia de los Coronaviridae, caracterizados por un genoma de RNA con 6 o más genes, y rodeados por una pericápside (envuelta lipídica en la que también hay proteínas del virus). Los coronavirus infectan a mamíferos y aves y se transmiten entre animales de la misma especie, pero ocasionalmente pueden transmitirse de los animales a los seres humanos, como en el caso del coronavirus que causó la pandemia de SARS* en 2002 (transmitido por las civetas) y el virus que causó la MERS** en 2012 (transmitido por los dromedarios). Los coronavirus capaces de infectar a los seres humanos causan enfermedades respiratorias que van desde el resfriado común hasta patologías más graves como la MERS.

acondicionamiento normativo para propender el máximo bienestar de sus habitantes sin deterioro considerable de la salud, con ello decir, la muerte.

Pero el tema es plausible cuando se pide a las universidades que aceleren la titulación de sus estudiantes en medicina, cuando se generan medidas de aislamiento total, cuando se exigen a las empresas una conducta de máxima protección, pero ello no lo es todo cuando se deja de lado al profesional de la salud que al igual que el resto de la población requiere de seguridad, de la existencia de protocolos de bioseguridad, del respeto social.

Para claridad de lo aquí expuesto basta con reseñar el artículo de prensa publicado el 27 de marzo de 2020 en la página el tiempo.com que dice: “Ad portas de enfrentar masivamente en hospitales y clínicas la amenaza sin precedentes que es la covid-19, no son pocos los médicos y profesionales de la salud en Colombia que, a pesar de su formación y el compromiso inherente a sus profesiones, manifiestan inquietudes frente a las condiciones de trabajo y los riesgos que representa atender a la población afectada”. (Serrano, 2020. p1)

Pero lo social no se queda a un lado, el rechazo es preocupante para aquellos que han sido llamados al cumplimiento de un deber nacido como vocación, pues de ello también a manera de ejemplo contamos con lo expuesto en la página web de la FM con fecha abril 24 de 2020 al publicar las palabras del defensor del pueblo Carlos Negret: "Da mucha tristeza y dolor que el personal médico en Colombia esté siendo amenazado y discriminado, cuando deberíamos recibirlos con aplausos y no con amenazas como es el caso que se registró en un conjunto residencial. En este momento los colombianos deberían rodear a los médicos ". (Fernández, 2020. p1)

Los médicos improvisan con bolsas, elaboran con telas sus tapabocas; en pocas palabras, se las ingenian, pero ellos no tienen consideración por el Estado, las Instituciones y la Sociedad.

No existe hasta la fecha de este aparte, un protocolo de bioseguridad para con el profesional de la salud que deba afrontar el Covid 19²⁸, cada centro asistencial debe procurar

²⁸ El nuevo virus 2019 empezó a difundirse desde un mercado de la ciudad Wuhan, donde se venden animales vivos para consumo humano, sugiriendo el contagio de animales a hombres. Sin embargo, con el tiempo se registraron casos de infección entre personas que no habían frecuentado el mercado, demostrando que el virus ha desarrollado la capacidad de transmitirse entre personas. Es muy probable que el virus se transmita por vía aérea, suspendido en las gotitas expelidas al toser o estornudar

confesionar un protocolo en tal medida, entregando a cada profesional los elementos requeridos y de calidad para la protección que inhabiliten a los mismos del contagio y la proliferación de la pandemia.

El Estado es el garante de la salud pública y ante un enemigo silencioso y mortal, las medidas ya adoptadas como el aislamiento es una forma de controlar la propagación y buscar dar un compás de espera en clínicas y hospitales para su adecuación en atención, esto proveyendo de más camas y la consecución de respiradores artificiales que, ante el hecho de la consulta e intervención en masa, el sistema medico sanitario no colapse, pero igual debe ser exigente con las medidas de bioseguridad.

El Gobierno en estado de emergencia ha generado cualquier cantidad de normas, la última como referente lo fue la expedida por el Ministerio de Salud mediante la resolución 0666 del 24 de abril de 2020 donde se estipuló los protocolos de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar un manejo adecuado de la pandemia en todas las actividades económicas, sociales y sectores de la administración pública; es decir, obliga a empleadores y Administradoras de Riesgos Laborales estar al tanto de las medidas de seguridad en empresas, pero nada se ha dicho sobre la seguridad de los profesionales de la salud.

La responsabilidad de mantener la salud de todos no solo está en los médicos o en los profesionales de la salud, también lo está en el Estado como garante principal y de hecho las medidas para contrarrestar el brote y asegurar la adecuada atención en clínicas y hospitales le son de su correspondencia, pero igual debe ser una exigencia ecuánime el hecho de requerir el cumplimiento en centros asistenciales de los protocolos de bioseguridad para con los profesionales de la salud.

A la sociedad que reprocha la investidura del profesional de la salud que para estos momentos se encuentran con igual desprotección que todos, no tiene sentido, el reproche será para el Estado y las instituciones sanitarias que están en la obligación, en el primero la norma y en el segundo la entrega de los elementos de protección. Para la sociedad insulsa el enjuiciamiento rápido y consecuente con la amenaza²⁹.

²⁹ Art 347 Código Penal Colombiano. El que por cualquier medio atemorice o amenace a una persona, familia, comunidad o institución, con el propósito de causar alarma, zozobra o terror en la población o en un

9. Conclusión

Lo ético y lo moral confluyen para la creación de aquellos principios que al final deben constituir el camino perfecto en el desenvolvimiento de la actividad desplegada por el profesional de la salud a la hora de interrelacionar con el paciente de manera directa, ello en aras de salvaguardar su salud o al menos de disminuir el sufrimiento que conlleva una enfermedad, aprovechando de manera correcta sus conocimientos y la de sus colegas.

El actuar médico debe estar precedido de una convicción generada desde el gusto (vocación inicial) y del desarrollo dogmático de los principios que aquí se han esbozado.

La rebeldía del profesional es una exigencia con respecto a la violación de su autonomía; su dedicación profesional debe estar enmarcada en el juramento hipocrático de servir a sus pacientes y a operar con moralidad y valores éticos en su práctica.

El manejo de los principios rectores bajo la dinámica de tres grupos característicos; es decir, en cuanto a la ética del profesional de la salud, en cuanto a la relación del profesional de la salud con el paciente y en cuanto al servicio sanitario orientan al lector con respecto al deber ser del actuar médico, desde lo ético particular hasta la atención adecuada y de garantía en lo hospitalario.

Un profesional idóneo lo es entonces aquel que disfruta su trabajo, lo realiza a gusto con la atención adecuada al paciente, interviniendo con sus conocimientos científicos o con el apoyo de sus colegas en la duda, formula y genera tratamientos pertinentes con respeto profundo a la dignidad humana como principio universal y a la autonomía del paciente.

La seguridad del paciente ha de ser el eslogan permanente en clínicas, hospitales o de cualquier centro asistencial. La retórica no es individual, sino colectiva donde se involucra a cada uno de los actores que concurren en la atención médica – sanitaria.

hemos avanzado en el control, en la investigación, en la prevención, pero aún falta por generar la mayor cultura en el desarrollo de una salud óptima libre de incidentes y eventos

sector de ella, incurrirá por esta sola conducta, en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años y multa de trece puntos treinta y tres (13.33) a ciento cincuenta (150) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

adversos, libre de responsabilidades medicas por negligencia³⁰, impericia³¹, inobservancia³² e imprudencia³³.

El profesional de la salud alejado de los principios aquí referidos se convierte en un precursor de responsabilidad que no solo lo afecta a él sino a la Institución para la cual presta sus servicios siendo esta o no del estado. Responsabilidad, civil, penal, disciplinaria y patrimonial.

El llamado es a las instituciones de educación superior cuya finalidad como lo reseña filosóficamente Aristóteles, es el de generar hombres virtuosos, correctos y para ello no solo se deben instruir desde el conocimiento científico sino desde el fundamento ético y social constructivista desde lo actual y lo pertinente en cuanto a la Bioética y el Bioderecho.

Ahora en cuanto a la reflexión propuesta con respecto a la situación actual que afronta el país con el Covid 19 cabe resaltar que los principios rectores también deben comportar no solo en situaciones de crisis como estas, un discernimiento donde el Estado y la sociedad deben al Profesional de la salud los compromisos de aseguramiento, no solo desde la seguridad profesional, sino salarial y de respeto social. Con ello evitamos el desprecio, la manipulación y disminuimos los riesgos en su salud. La exigencia ha de ser para ambos lados.

³⁰ Descuido grave e injustificado

³¹ Ausencia de conocimientos técnicos, científicos, artísticos y administrativos.

³² No advertencia y seguimientos de protocolos

³³ Actuar ligero sin razonamiento alguno, actuación sin medir consecuencias de los actos.

10. Bibliografía

Agrest, A. (2010). Ser médico ayer, hoy y mañana. *Revista Argentina de cardiología*, 375.

Aguilar, B. (2015). Los Fines de la medicina. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 157.

Aguilar, B. (2015). Los Fines de la Medicina. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 3-9.

Asociación Médica Argentina. (2012). Código de Ética para el equipo de salud. buenos Aires: AMA.

Bardey, D., & Buitrago, G. (2016). Integración vertical en el sector colombiano de salud. *Desarrollo y sociedad*, 231-258.

Benítez, A., López, V., Valdez, G., & Escobar, M. (2001). La ética de las virtudes de Aristóteles y su desarrollo en la Bioética. *Humanidades Médicas*, 15-16.

Calderón, J. (2015). Autonomía Médica y Ley Estatutaria en Salud. *Acta Médica Colombiana*, 51-53.

Colegio Médico de Chile. (2019). Código de Ética. Santiago De Chile: Colegio Médico de Chile.

Congreso de la República de Colombia. (18 de febrero de 1981). Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. DO: 35.711.

Congreso de la República de Colombia. (16 de febrero de 2015). Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. DO: 46.506.

Congreso de la República de Colombia. (9 de enero de 2007). Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. DO: 49.427.

Congreso de la República de Colombia. (23 de diciembre de 1993). Ley 100 de 1993. Por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. DO: 41.148

Congreso de la República de Colombia. (19 de enero de 2011). Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. DO: 47.957

Corte Constitucional, Sala Quinta de Revisión, Sentencia T 825 de 2011 (MP. Jorge Iván Palacio Palacio; noviembre 2 de 2011).

Corte Constitucional, Sala Quinta de Revisión, Sentencia T 606 de 2016 (MP. Gloria Stella Ortiz Delgado; noviembre 2 de 2016).

Cubero, M. (2016). El Informe Médico, un dilema Asistencial. *Revista Cubana de Pediatría*, 110-116.

Donoso, C. (2014). La empatía de la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. *Revista Persona y Bioética*, 184-193.

Entre paréntesis. (1 de diciembre de 2017). Obtenido de <http://www.entreparesis.org/la-dignidad-humana/>

Fernández, C (2020). La dura realidad de los médicos colombianos frente a la pandemia. *El tiempo.com*, 1

Fernández, S. (2015). Los Eventos Adversos y la seguridad del paciente. *CONAMED-OPS*, 1-9.

Ferro, M., & Rodríguez, W. (2009). La bioética y sus principios. *Acta Odontológica Venezolana*, 481-487.

González, J. (2018). *Ética*. *Revista Conamed*, 11-16.

Guzmán, F., & Arias, C. (2012). Buena fe y principio de confianza en la medicina. *Revista Colombiana de Cirugía*, 192-195.

Ibarra, G. (2009). *Ética y valores profesionales*. *Reencuentro*, 43-50.

Kerquelén, C. (2008). Calidad en Salud en Colombia: Los Principios. *Calidad en Salud*, 11-229.

León, J., & González, P. (2018). *La humanización de la Salud y el Humanismo Médico en Latinoamérica*. Santiago de Chile: Keiko Suzuki S.

Llanos, C. (2015). Dilemas éticos de la empresa contemporánea. México. Fondo de Cultura Económica, 110 -200

Ministerio de la Protección Social. (2008). Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. *Sistema de Información para la calidad*, 1-47.

Ministerio de la Protección Social. (diciembre 26 de 2005). Decreto 4725 de 2005. por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano. DO: 46.134

Ministerio de la Protección Social. (mayo 8 de 2006). Resolución 1446 de 2006. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de munitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. DO: 46.271

Ministerio de la Protección Social. (mayo 8 de 2006). Resolución 1445 de 2006. Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. DO: 46.271

Ministerio de Salud. (octubre 15 de 2002). Decreto 2309 de 2002. Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. DO: 44.967

Ministerio de Salud. (noviembre 7 de 2002). Resolución 1474 de 2002. Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación. DO: 45.001

Ministerio de Salud. (mayo 28 de 2014). Resolución 2003 de 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. DO: 49.167

Ministerio de Salud. (noviembre 25 de 2019). Resolución 3100 de 2019. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. DO: 51.149

Molina, G., & Muñoz, I. (2010). Dilemas en las escisiones en la atención en salud. ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud colombiano. *Gerencia y Políticas de Salud*, 103-117.

Molina, G., & Ramírez, A. (2013). Conflicto de valores en el sistema de salud en Colombia: Entre la economía de mercado y la normatividad Constitucional. *Panam Salud*, 287-293.

Obando, S. (2016). Responsabilidad Médica por falta de oportunidad. Medellín: Librería Jurídica Sánchez.

Obando, S. (2015). Bioderecho, derecho médico y responsabilidad médica. Medellín: Librería Jurídica Sánchez.

Páez, R. (2011). La riqueza del principio de no maleficencia. *Medigraphic*, 178-185.

Presidente de la República de Colombia. (30 de noviembre de 1981). Decreto 3380 de 1981. Por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1981. DO: 35.914.

Presidente de la República de Colombia. (3 de abril de 2006). Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. DO: 46.230.

Quintana, O. (2003). Los Objetivos de la medicina. *Revista Calidad Asistencial*, 132-135.

Rancich, A., & Gelpi, R. (2017). Juramentos Médicos. *Fundación Interamericana Ciencia y Vida*, 25-100.

Rendon, A. (2011). El Bioderecho como Investigación Interdisciplinaria: Una respuesta jurídica. *Revista UNAM*, 1-24.

Restrepo, J., & Lopera, J. (2007). La Integración Vertical en el Sistema de Salud colombiano. *Revista de economía Institucional*, 279-308.

Revista Semana. (25 de noviembre de 2014). *Google*. Obtenido de <https://www.semana.com/>

Romero, C. (2017). Bioderecho y la bioética un largo camino en común. *Revista Iberoamericana de bioética*, 1-16.

Ruiz, R. (2012). La distinción entre reglas y principios y sus implicaciones en la aplicación del derecho. *Revista Derecho y Realidad*, 143 -166.

Serrano, C (2020). No tiene sentido que ahora se amenacen a los médicos: Defensoría del Pueblo. lafm.com.co, 1

Social, M. d. (2008). Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. *Sistema de Información para la calidad*, 1-47.

Vera, O. (2015). El Código de Ética en Medicina. *Revista Médica la Paz*, 1-5.

Wasserman, M. (9 de junio de 2016). Nueva Guerra contra los Genéricos. *El Tiempo.com*, pág. 1.

Yarce, J. (2009). *El poder de los valores*. Bogotá: Universidad de la Sabana.

Zelanda, J. (2018). Los Valores humanos, que el médico del siglo XXI debe conocer y practicar en su desempeño profesional. *Cuadernos Hospital de Clínicas.*, 63-71.