

Principales determinantes en la implementación de ética médica y su normatividad en Colombia en el ejercicio profesional desde la implementación de la ley 100 de 1993¹

Ángela Patricia López Soto²

Jairo Alberto Mendoza Rodríguez³

Guillermo Meléndez Lizarazo / Tutor⁴

Resumen

Este artículo realiza una breve descripción de la ética médica, las disposiciones normativas más importantes que rigen el ejercicio médico en Colombia y que protegen el derecho a la salud y la vida de los colombianos; teniendo en cuenta, a su vez, la identificación de las principales limitantes que tienen los profesionales de la salud para la aplicación de la ética médica en su ejercicio profesional. Asimismo, se expone, de forma general, el modelo de atención regulado por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la creación de la Ley 100 de 1993, sistema que busca garantizar el acceso, la calidad y la equidad en la prestación de servicios de salud para la población colombiana.

Palabras claves: Ética, derecho, salud, Colombia, servicio, Ley 100.

Main determinants in the implementation of medical ethics and its regulations in Colombia in professional practice since the implementation of law 100 of 1993.

Abstract

This article provides a brief description of medical ethics, the most important regulatory provisions that govern medical practice in Colombia and that protect the right to health and life of Colombians; taking into account, in turn, the identification of the main limitations that health professionals have for the application of medical ethics in their professional practice. Likewise, the care model regulated by the General Social Security Health System (SGSSS) and the creation of Law 100 of 1993 are presented, in general terms, a system that seeks to guarantee access, quality and equity in healthcare. provision of health services for the Colombian population.

Keywords: Ethics, law, health, Colombia, service, Ley100.

¹ Artículo científico presentado como opción de grado para optar el título de Especialista en Seguridad Social.

² Autor de contacto: Abogada de Universidad Juan De Castellanos, especialista en Gerencia de SST De Universidad Iberoamericana con Licencia Vigente, Experiencia en Asesoría y Capacitación Jurídica y Derecho Laboral, y Tecnóloga en Servicios de Salud de Universidad Pedagogía y Tecnológica de Colombia. angela.lopez03@ustabuca.edu.co.

³ Autor: Contador Público, Fundación Universitaria Tecnológico Comfenalco Cartagena. jairo.mendoza@ustabuca.edu.co.

⁴ Director: Experto En Derecho Laboral, Asesor Empresarial, Litigante y Docente de Pregrado y Posgrado, Coordinador Especialización En Seguridad Social.

Introducción

La ética médica en Colombia sigue principios fundamentales que guían la conducta de los profesionales de la salud y la prestación de servicios médicos. Algunos de los principios éticos comunes en la práctica médica colombiana incluyen:

Autonomía del Paciente: Se reconoce y respeta la capacidad de los pacientes para tomar decisiones informadas sobre su propia atención médica. Los médicos deben proporcionar la información necesaria para que los pacientes comprendan los riesgos, beneficios y alternativas de los tratamientos propuestos.

Beneficencia y No Maleficencia: Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de buscar el bienestar del paciente (beneficencia) y de no causar daño innecesario (no maleficencia). Esto implica la obligación de brindar atención de calidad y de evitar prácticas que puedan causar daño sin beneficios claros.

Justicia: La distribución equitativa de los recursos y el acceso a la atención médica es un principio importante. Se busca garantizar que todos los pacientes tengan acceso a servicios médicos adecuados, independientemente de su origen étnico, género, religión, condición económica, entre otros factores.

Confidencialidad: Los médicos están obligados a mantener la confidencialidad de la información médica de los pacientes, protegiendo su privacidad y respetando el deber de confidencialidad.

Honestidad y Veracidad: Los profesionales de la salud deben ser honestos y veraces en la comunicación con los pacientes. Esto incluye proporcionar información precisa sobre el diagnóstico, el tratamiento y las expectativas de resultados.

Estos principios éticos están respaldados por el Código Deontológico Médico, que establece las normas éticas para la práctica médica en Colombia. Además, las instituciones de salud y los colegios médicos juegan un papel importante en la promoción y supervisión del cumplimiento de estas normas éticas.

Planteamiento del problema

A través de la historia, se han ido reglamentando todo tipo de situaciones en el ejercicio de la medicina, creando, perfeccionando y regulando protocolos o manuales para el adecuado desarrollo de la misma; tan así, que con los avances de la tecnología se han ido puliendo procedimientos como, por ejemplo: cirugías complejas volverlas más sencillas con aparatos electrónicos gastando menos tiempo y menos recursos y de esta forma atender y porque no sanar a un paciente.

Dicho lo anterior y ante tantas reglamentaciones, se trae a colación un conflicto generado entre la Ley y la ética médica; ahora bien, para poder entender la Ley, específicamente en Colombia, con la creación de la Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, las EPS, Empresas Promotoras de Salud, específicamente en su artículo 156

respecto a las características, aduce que por cada persona afiliada y beneficiaria, la entidad promotora de salud recibirá una Unidad de Pago por Capitación, UPC, que será establecida periódicamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, esto quiere decir que recibirá un dinero por cada persona.

Justificación

Pero que implica lo anterior, pues que las EPS son medidas en sus gastos y con la finalidad de no generar gastos innecesarios, limitan a los profesionales médicos para que no remitan exámenes paraclínicos de alto costo a sus pacientes aunque sean de requerimiento para la determinación etiológica de una enfermedad que puede comprometer la vida o integridad física o mental del paciente, generando el interrogante si se ve afectada la ética de los médicos cuando las EPS les prohíben ordenar ayudas diagnósticas; y el facultativo acata estas instrucciones a pesar de tener conocimiento que los pacientes requieren dichas prestaciones asistenciales.

Marco teórico

Primer capítulo - legislación existente

Se hace necesario analizar por medio de la legislación existente los antecedentes de la atención médica y su relación con el derecho laboral.

Para entrar en materia, se hace necesario mencionar inicialmente la Ley 100 de 1993, la cual maneja un modelo económico y jurídico pluralista, si bien es cierto, integra varias instituciones no se basa solo en ellas, sino que es un sistema engranado, tanto de las personas que lo componen como de las instituciones.

De otro lado, cada grupo de personas presentan una serie de necesidades en salud, las cuales sirven para analizar que se requiere a nivel social y de esta forma satisfacer dichas necesidades con el sistema de salud; generando soluciones, ya sea creando mecanismos de acceso, financiamiento de recursos entre otros.

Pero, para lo anterior, se hace necesario involucrar al Estado, el cual en Colombia juega un papel trascendental por medio de sus Ministerios, sea el de Salud o el de Protección Social, y los cuales son ejes fundamentales para el aseguramiento y atención de la población en general.

Un aspecto estructural y complejo del sistema, el cual está conformado por diferentes fuentes fiscales y parafiscales, nacionales y territoriales, es el financiamiento, ya que tiene aplicaciones específicas de acuerdo a los regímenes subsidiado y contributivo, de ahí la importancia de articular el sistema entre la población y los prestadores de servicio.

Ahora bien, uno de los trece propósitos establecidos en la reforma de la Ley 100 de 1993, según lo menciona el profesor Iván Jaramillo⁵ es la especialización de las instituciones públicas donde la reforma propone separar los sistemas de dirección de la salud del sistema de prestación de servicios y apartar los programas de salud pública, así como separar las funciones financieras.

Respecto a los aspectos jurídicos conceptuales y que de esta forma se pueda comprender el sistema general de seguridad social en salud, se hace necesario repasar los objetivos del sistema: primero, la ley quiere basarse en que la salud es un servicio público esencial, tal como lo expone el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia por lo cual su regulación está a cargo de las autoridades públicas.

Segundo: las condiciones de acceso a los servicios de salud son fundamentales, de ahí el modelo contributivo para aquellas personas con capacidad de pago y el subsidiado, como modelo asistencial donde el estado destina recursos para financiar y prestar el servicio a la población menos favorecida y vulnerable, sin capacidad de cotización.

Como principios rectores del sistema, los cuales fueron definidos mediante la Ley 1438 de 2011, tenemos: la universalidad la cual enmarca a toda la población colombiana y residente del país, la solidaridad para garantizar acceso y sostenibilidad al sistema entre las personas, la igualdad en aras de no discriminar por razones de sexo, religión u orientación sexual y siempre con prelación de los menores de edad, la obligatoriedad para todas las personas que residen en el país, la prevalencia de los derechos donde el pilar fundamental es la familia el estado y la sociedad y donde lo primordial es cuidar a las mujeres y niños, el enfoque diferencial integrando las víctimas del conflicto armado ofreciendo garantías especiales.

Otro grupo de principios; se inicia con la equidad partiendo de la capacidad de pago de las personas de acuerdo a sus condiciones particulares, la calidad de forma que se preste el servicio óptimamente, integralmente y de forma segura, eficiencia principio primordial para el uso y gasto de los recursos en salud, la participación social de forma que la sociedad esté involucrada con las instituciones y la prestación del servicio, la progresividad de forma que cada vez se mejoren las condiciones en la actualización de los servicios, la libre escogencia de manera que cada ciudadano pueda elegir libremente entre las diferentes Entidades Promotoras de Salud y la sostenibilidad, de forma que las prestaciones que se reconocen sean de acuerdo a los recursos gestionados y con fondos sin afectar el flujo de los mismos.

Para finalizar con el tema de los principios; en el último grupo, tenemos la transparencia la cual parte de la garantía que se tiene para ofrecer un servicio con cuentas claras, la descentralización administrativa que enmarca el ordenamiento del sistema general de seguridad social en salud, la complementaria y concurrencia, integran los actores del sistema, la corresponsabilidad la cual compromete a los usuarios a auto cuidarse recordando que si bien tienen derechos también tienen deberes, la irrenunciabilidad toda vez que el derecho a la seguridad social es irrenunciable, la intersectorialidad acción engranada con las diferentes instituciones para poder prestarle el servicio a la población, la prevención como precaución ante las enfermedades y promoción de la salud y la continuidad como vocación de permanencia.

⁵ Jaramillo Iván. El futuro de la salud en Colombia 4ª ed. Fescol, Fes. Fundación restrepo Barco y Fundación corona, Bogotá, 1999, pp 63 y ss.

Ahora bien, con dichos principios, el Estado tiene la finalidad de garantizarlos y aplicarlos obligatoriamente y que de esta forma se desarrollen a cabalidad y de manera responsable los servicios ofertados, en pro del cuidado y el mejoramiento continuo de la salud de los usuarios.

De otro lado, para el tema de la reestructuración financiera y administrativa del sistema de salud, se tiene que una de las finalidades en la Ley 1122 de 2007 y la cual fijo los criterios de racionalidad financiera en el sistema, el objeto de esta era realizar ajustes al sistema general de seguridad social teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación del servicio.

Por lo anterior, dicha ley hablaba de programación del gasto y pago oportuno de cuentas y servicios en la operación, para lo cual en el régimen subsidiado el gasto de los recursos provenientes del régimen contributivo se deben programan anualmente y girar anticipadamente a los entes territoriales, así mismo habla de disponer que las Entidades Promotoras de Salud de los dos regímenes es decir tanto el contributivo como el subsidiado deben pagar a tiempo a las IPS y en otros casos de manera anticipada.

Con la Ley 1438 de 2011 se reforma el sistema de seguridad social en salud, se introduce por ejemplo en su artículo 22 el término de portabilidad nacional, la cual consiste en que todas las EPS tienen que garantizar el acceso a los servicios de salud en cualquier parte del territorio nacional, es decir que si una persona se desplaza de ciudad por motivos de trabajo temporalmente la EPS debe realizarle una portabilidad para que la persona pueda sacar sus citas en dicha ciudad y de esta forma pueda acceder a los servicios en salud.

La misma Ley establece una prohibición de limitación del acceso al servicio, en su artículo 53, así que no están permitidos los mecanismos de pago de contratación de servicios que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan la continuidad. Por lo anterior, dicha Ley es ambiciosa, hace que las competencias de la nación se modifiquen, de los departamentos y de los municipios en cuanto a lo subsidiado, así mismo se fortalece la inspección y vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

Finalmente, la expedición de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y su análisis mediante la Sentencia C 313 de 2014, la corte constitucional expresa que la expedición de enunciados legales por vía estatutaria comporta una protección de ciertos contenidos frente al legislador ordinario y otros órganos con posibilidades, por lo cual y con los argumentos expuestos se advierte la diversidad de enfoques conceptuales desde los cuales se abordó que el objeto general de dicha ley es garantizar el derecho fundamental a la salud y lo ratifica la corte aduciendo que si bien la norma está acorde a la constitución advirtió que los mecanismos de protección de la misma no dará lugar a expedir normas o a realizar interpretaciones que menoscaben la acción de tutela.

Dicho lo anterior, las obligaciones de la Ley estatutaria involucran al Estado integralmente respecto a las políticas de igualdad, adoptando políticas diversas y de inclusión que integren un sistema articulado. Igualmente, el Estado, a través de sus Ministerios tanto de Salud y Protección Social, como se ha dicho al inicio, debe evaluar los resultados del goce efectivo del derecho a la salud de los usuarios no solo de un régimen sino integralmente.

Ahora bien, la relación con de los trabajadores en salud, específicamente los médicos que son la población objeto a tratar y el tema laboral, empieza por la protección que emana desde entidades como la Organización Mundial de la Salud y quien a su vez menciona que refiere que hacen parte de la Columna vertebral del sistema de salud de cualquier país con su esfuerzo dedicación y conocimiento contribuyen al disfrute de del derecho de la salud de toda la población.

Capítulo segundo - modelo de atención

Explicar el modelo de atención en la consulta de los médicos y por la cual se ofrecen los servicios del Plan Obligatorio de Salud.

El plan obligatorio en salud o Plan de Beneficios, es el conjunto de servicios para la atención en salud que todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene derecho, este plan busca proteger las personas, el núcleo familiar, y toda la población colombiana promocionando la salud y previniendo la enfermedad.

El referido plan se encuentra estipulado en los actos administrativos tanto del Ministerio de Salud como de Protección Social. De esta forma, todos los afiliados pueden acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya sean en calidad de beneficiarios o cotizantes. Para el caso de los cotizantes, son aquellos trabajadores con contrato laboral, contratistas e independientes obligados a cotizar, así como aquellos que cotizan en forma voluntaria.

Los beneficiarios, de conformidad con lo establecido en el Decreto 806 de 1998, y el Decreto 1164 de 2014, son, por un lado, en el Régimen Contributivo, el cotizante que puede inscribir como beneficiarios del Plan Obligatorio de Salud los familiares en primer grado de consanguinidad: el cónyuge y los hijos menores de 18 años o menores de 25 años estudiantes con dedicación exclusiva a esta actividad (con excepción de los que tengan una relación laboral o contrato formal de prestación de servicios). En algunos casos especiales (dependientes económicamente del cotizante) se pueden incluir hijos, padres y hasta familiares en tercer grado de consanguinidad. Para el régimen subsidiado, son beneficiarios del Plan Obligatorio de Salud todos los afiliados con su grupo familiar.

La puerta de entrada al modelo de atención para el afiliado a los servicios del Plan Obligatorio en Salud se hará en forma directa a través de urgencias o la consulta médica y odontológica no especializada, por la cual una persona puede acudir en cualquier momento o de forma programada a un médico general o al odontólogo. Para el caso particular de la población menor de 18 años o mujeres en estado de embarazo, podrán acceder en forma directa a la consulta especializada, pediátrica, obstétrica o por medicina familiar, sin requerir remisión por parte del médico general y cuando la oferta disponible así lo permita.

Ahora bien, de medicina general y después de examinada la persona de acuerdo a la sintomatología presentada en dicha consulta referida en el párrafo anterior, se pueden, derivar de esta consulta, remisiones a especialidades, medicamentos, exámenes especializados, remisiones a tercer o cuarto nivel las cuales pueden requerir una autorización para atención en una Institución Prestadora de Servicios diferente toda vez que el servicio requerido no esté disponible en la IPS primaria del usuario o afiliado.

De otra parte, y según la Resolución 5261 de 1994, el usuario no tiene límites sobre el número de consultas al año, aunque, la misma resolución establece que, de acuerdo con las frecuencias nacionales, un usuario consulta normalmente al médico general en promedio dos (2) veces por año, ninguna EPS puede usar esta referencia para limitar el número de consultas de un afiliado en el año.

En este mismo sentido, la mencionada resolución en su artículo 97 y la cual se encuentra vigente, establece que la consulta no debe ser menor de veinte (20) minutos, sin embargo, al llevarlo a la práctica los médicos se ven subestimados a atender los pacientes en menos tiempo o limitados por estos veinte (20) minutos no pudiéndose extender más, pues sus consultas son programadas cada veinte (20) minutos.

Si bien es cierto, los afiliados al Régimen Contributivo y el Subsidiado tienen derecho a todas las especialidades médicas autorizadas dentro del país, de acuerdo con la patología que presente, se presentan muchas trabas administrativas en este proceso, para citar algunos ejemplos, citamos a continuación dos sentencias:

En la Sentencia T-234/13, una mujer presentó acción de tutela contra ASMET SALUD ESS EPS, toda vez que no se le había practicado el procedimiento: “implante total de rodilla por prótesis”, ordenado por su médico tratante, la EPS puso muchas trabas administrativas negando la autorización para el procedimiento; la corte constitucional determinó que existió una vulneración al derecho fundamental de la salud, toda vez que efectivamente la entidad no presentó pruebas del agendamiento de la mencionada cirugía, si bien es cierto había emitido autorización, esta se venció debido a que nunca fue agendado el procedimiento.

Citando otro ejemplo, en la Sentencia T-235/18, se observa una vulneración del derecho de dos personas, concretamente, en el caso de María Leticia Bustamante de Ramírez como agente oficioso de Luis Nolberto Ramírez Mejía contra Coomeva EPS (Expediente T-6.569.299), la Sala confirmará las sentencias del 16 de agosto y 22 de septiembre de 2017, proferidas por los Juzgados 11 Civil Municipal de Oralidad y Primero Civil del Circuito de Medellín, en cuanto concedieron el amparo y ordenaron la práctica de los procedimientos que indicaron en sus providencias, pero las adicionará en el sentido de extender dicho amparo al reconocimiento de algunos servicios y tecnologías complementarias no incluidas en el Plan de Beneficios.

Bajo la luz de la misma sentencia, en relación con la solicitud de exoneración de copagos, cuotas moderadoras y/o de recuperación, no accederá a dichas pretensiones. De este modo, ordenará una valoración médica para: (i) establecer en qué cantidad se requieren los pañales, cremas anti escaras y pañitos húmedos, en un término de cuarenta y ocho (48) horas; y (ii) determinar la pertinencia y necesidad de autorizar la modalidad de atención domiciliaria teniendo en cuenta el diagnóstico del accionante y a la luz de lo dispuesto el artículo 27 de la Resolución 5592 de 2015, en un lapso que no puede superar los diez (10) días. También se advertirá a la entidad accionada que (iii) verifique la necesidad de prestar el servicio de transporte según lo dispuesto en el artículo 126 de la Resolución 5592 de 2015 y las reglas que ha fijado esta Corporación al respecto, en un lapso que no puede superar los diez (10) días. Asimismo, se accederá al tratamiento integral para asegurar la continuidad en la entrega de insumos y servicios que requiera el señor Luis Nolberto Ramírez Mejía en relación con los diagnósticos que presenta.

Ahora bien, si analizamos estos dos casos, para el primero la afectada requería una autorización para un procedimiento y desafortunadamente y ante las trabas administrativas por la EPS el procedimiento se fue aplazando, generando una complicación en el estado de salud de la paciente y de una u otra forma afectando el tratamiento médico que inicialmente se había proyectado para el mejoramiento de su estado de salud; para el segundo caso, se cuestionó la cantidad de órdenes emitidas por el médico tratante y se ordenó nuevamente una consulta médica trasgrediendo la autonomía médica.

Tercer capítulo - ética médica en Colombia

Describir las principales características de la ética médica y el impacto de la misma en el ejercicio profesional.

¿Qué es la Ética Médica?

Se podría definir como un sistema de principios éticos y morales, que rigen la práctica de la medicina clínica y la investigación científica, a fin de normativizar la actividad médica, procurando una correcta actuación de los profesionales de la salud en relación con los pacientes que tratan.

Los antecedentes de la ética médica se remontan a la Grecia antigua con Hipócrates, considerado el fundador de la medicina. Fue un médico que basó su práctica en la observación y el estudio del cuerpo humano, mediante una serie de principios conocidos como «ética hipocrática», los cuales consideraban que la salud constituye el ajustamiento físico, psíquico y moral al orden corporal. «No llevar otro propósito que el bien y la salud de los enfermos». De allí que los médicos se comprometen a adherirse al juramento hipocrático hasta el día de hoy. En la actualidad, la medicina se basa en un Código Deontológico o Reglamento Ético o Código Internacional de Ética Médica que rige a los profesionales de la medicina. Los fundamentos éticos se recogen en el Código Internacional de Ética Médica.

Pero la ética médica ha sufrido variaciones, conforme avanza la ciencia y cambia la sociedad. Prácticas ejercidas en el pasado que eran consideradas adecuadas, hoy serían consideradas inaceptables.

Por ejemplo, en la primera mitad del siglo XX las lobotomías eran habituales para tratar la depresión y la esquizofrenia. Se trata de una cirugía (leucotomía) en la que el médico corta las conexiones del cerebro entre los lóbulos frontales. Aunque muchos pacientes murieron durante la cirugía y algunos experimentaron cambios irreversibles en la personalidad y el funcionamiento social, uno de los predecesores de la humanidad, el neurólogo Egas Moniz, ganó el Premio Nobel en 1949.

Mientras avanzaba el siglo XX, los pacientes pasaron a ser vistos como sujetos morales con derechos en lugar de simples sujetos de investigación. Fue un replanteamiento de la ética médica a principios de los años 1970. La ética médica no debe basarse únicamente en reglas de conducta y dar paso así a la posibilidad de la bioética.

La bioética es una rama de la ética que promueve los principios del comportamiento más adecuado hacia la vida humana y los demás seres vivos. No se limita al ámbito médico, sino que también abarca aspectos relacionados con el medio ambiente y el buen trato a los animales. Las pruebas con animales son muy comunes en la investigación actual, pero se controlan cuidadosamente y se evitan en la medida de lo posible.

El punto de partida de la ética médica es más antiguo que nuestro tiempo y está representado por Hipócrates, el médico más grande de la antigüedad, cuyas enseñanzas tuvieron una enorme influencia en la práctica de la medicina en los siglos siguientes.

La ética se encarga de la discusión reflexiva y la justificación del conjunto de principios o normas que conforman nuestra moral. La ética es un conjunto de principios, estándares, normas y valores que guían nuestro comportamiento. La ética nos hace comportarnos de una determinada manera y nos permite saber cómo actuar en determinadas situaciones.

La deontología médica es un conjunto de principios y reglas éticas para motivar y orientar el comportamiento profesional de los médicos. Las obligaciones especificadas vinculan a todos los médicos que ejercen su profesión, cualquiera que sea su forma. La Organización Médica Universitaria, como representante de los médicos universitarios españoles, tiene como uno de sus objetivos prioritarios la promoción y desarrollo de la deontología profesional, y tiene en cuenta en sus estatutos el Código de Ética y Deontología Médica.

El incumplimiento de estos principios será considerado falta disciplinaria de acuerdo con el reglamento general de la Organización Médica Universitaria. En general, la ética y la moral se reflejan en la práctica profesional, por lo que algunas ciencias recurren a la bioética, que estudia la deontología (lo que debería ser) y la compara con la ontología (lo que es).

Los médicos deben confiar en la bioética para realizar un trabajo completo; de no hacerlo, se pueden generar problemas con instituciones como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La bioética, por otra parte, es una rama de la ética que tiene como objetivo promover los principios de comportamiento más adecuados de las personas respecto de la vida, incluida la vida humana y de otros seres vivos y el medio ambiente en el que viven.

Es una disciplina relativamente nueva, y el origen del término se remonta al ministro, teólogo, filósofo y educador protestante alemán Fritz Jahr, quien escribió en 1927 en un artículo sobre los seres humanos y el término "bioética" (Bio-Ethik) es usado. en artículos sobre plantas y relaciones éticas con las plantas. 1 Posteriormente, en 1970, van Rensselaer Potter, un bioquímico estadounidense que trabajaba en oncología, utilizó el término bioética en un artículo sobre la "ciencia de la supervivencia"²³⁴, y luego utilizó el término bioética en 1971 en su libro *Bioethics, Bridge to the Future*.

En un sentido más amplio, la bioética, a diferencia de la ética médica, no se limita al ámbito médico, sino que incluye todos los problemas éticos que tienen que ver con la vida en general, extendiendo de esta manera su campo a cuestiones relacionadas con el medio ambiente y al trato debido a los animales.

Se han formulado una serie de definiciones respecto a la disciplina de la Bioética, siendo una de ellas la adoptada por la Unidad Regional de Bioética de la OPS (Organización Panamericana de la Salud), con sede en Santiago de Chile y que, modificada por el S. J. Alfonso Llano Escobar en una revista de la especialidad, define a la Bioética como «el uso creativo del diálogo inter y transdisciplinar entre ciencias de la vida y valores humanos para formular, articular y, en la medida de lo posible, resolver algunos de los problemas planteados por la investigación y la intervención sobre la vida, el medio ambiente y el planeta Tierra».

Sin embargo, cabe destacar, que ya en 1978, el Kennedy Institute de la Universidad jesuita de Georgetown en Estados Unidos, había publicado la primera Enciclopedia de Bioética en cuatro volúmenes, dirigida por Warren Reich, un teólogo católico, donde se define a la Bioética como el "estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la salud, examinado a la luz de los valores y principios morales".

La bioética abarca las cuestiones éticas acerca de la vida que surgen en las relaciones entre biología, nutrición, medicina, química, política (no debe confundirse con la "biopolítica"), derecho, filosofía, sociología, antropología, teología, etc. Existe un desacuerdo acerca del dominio apropiado para la aplicación de la ética en temas biológicos. Algunos bioéticos tienden a reducir el ámbito de la ética a lo relacionado con los tratamientos médicos o con la innovación tecnológica. Otros, sin embargo, opinan que la ética debe incluir lo relativo a todas las acciones que puedan ayudar o dañar organismos capaces de sentir miedo y dolor.

Desde una perspectiva más amplia, no sólo se deben considerar los factores que afectan al ser vivo (la capacidad de sentir dolor o la falta de sentir dolor), sino también el entorno en el que se desarrolla la vida, por lo que también se relaciona con la ecología. . . Las normas éticas básicas que rigen esta disciplina son el respeto a las personas, a sus derechos inalienables, a su interés verdadero e inalienable: la dignidad humana. Al respecto, las directrices bioéticas de la Comunidad de Castilla y León (España) en su apartado "Tratamiento de basuras - cuestiones éticas, deontológicas y jurídicas" establecen:

La vida es un bien que debemos intentar defender y preservar, aunque no siempre ni a toda costa, porque no tiene un valor absoluto, sino un valor fundamental. Esto significa que la vida es una condición de posibilidad y uno debe ser capaz de respetar y proteger otros objetos, algunos de los cuales pueden ser incluso más importantes (es decir, más valiosos) que la vida misma. Esto sucede, por ejemplo, cuando se protege la vida de un niño o de otra persona, incluso a costa de la propia vida, o cuando se defiende hasta la muerte una creencia religiosa. Así es un héroe o un mártir. Mutatis mutandis, una persona puede rechazar el tratamiento debido a creencias religiosas o de otro tipo, incluso si su vida está en peligro.

Los profesionales no siempre tienen que utilizar todos los medios disponibles para proteger la vida de un paciente. Se debe evitar el uso de medidas que sean desproporcionadas (y por tanto contraindicadas) y que no formen parte de la fijación terapéutica. Sin embargo, incluso en el caso de procedimientos técnicamente claros, la obligación de proteger la vida y la salud de los pacientes no se traduce en una obligación de salvarles la vida a toda costa, y mucho menos contra sus deseos autónomos expresados. "Por la íntima relación que existe entre la bioética y la antropología, la

visión que de ésta se tenga condiciona y fundamenta la solución ética de cada intervención técnica sobre el ser humano.

La bioética es a menudo un tema de debate político, lo que lleva a agudos enfrentamientos entre quienes defienden sin reservas el progreso tecnológico y quienes creen que la tecnología no es un fin en sí misma, sino que debe servir a la humanidad y guiarse por normas morales o entre quienes defienden los derechos de determinados animales y quienes no creen que esos derechos estén regulados por la ley, o entre quienes apoyan o se oponen al aborto o a la eutanasia.

Las primeras manifestaciones de la bioética aparecieron después de la Segunda Guerra Mundial, cuando el mundo quedó conmocionado por el descubrimiento de experimentos médicos realizados por médicos del régimen de Hitler con prisioneros de campos de concentración. Se combinó con la invención de Scribner de la fístula de diálisis renal (Seattle, 1960), el Jewish Chronic Hospital (Brooklyn, 1963) o la Willowbrook School (Nueva York, 1963). Crean un panorama que exige una regulación o al menos una declaración de principios a favor de las víctimas de estos experimentos.

Específicamente, cada profesional de la salud debe considerar los siguientes principios básicos: beneficencia, autonomía, justicia e integridad. En relación con el principio de caridad, existe la obligación de actuar en interés de los demás, promover sus intereses legítimos y prevenir prejuicios.

En medicina, promover los intereses del paciente sin tener en cuenta la opinión del paciente. Esto supone que el médico tiene la formación y el conocimiento que le falta al paciente para que sepa (y por tanto decida) qué es lo más cómodo para el paciente. Significa "todo es para el paciente, pero no se cuenta con él".

Un primer obstáculo al analizar este principio es que desestima la opinión del paciente, primer involucrado y afectado por la situación, prescindiendo de su opinión debido a su falta de conocimientos médicos. Sin embargo, las preferencias individuales de médicos y de pacientes pueden discrepar respecto a qué es perjuicio y qué es beneficio. Por ello, es difícil defender la primacía de este principio, pues si se toman decisiones médicas desde este, se dejan de lado otros principios válidos como la autonomía o la justicia.

Hablando del principio de autonomía, que expresa la capacidad de fijar normas o reglas para uno mismo sin dejarse influenciar por presiones, Gómez-Pineda lo traslada a la bioética clínica, concretamente que "el paciente en sentido positivo tiene la capacidad de utilizar su entendimiento" o en sentido negativo sin orden médica¹⁴, reflexiona C.B. McPherson cree que "en esencia, el individuo es dueño de sí mismo y de sus habilidades". El principio de autonomía es imperativo y debe ser respetado en principio, excepto cuando las personas no tengan autonomía o la tengan reducida (estado vegetativo o daño cerebral, etc.), en cuyo caso es necesario demostrar por qué no hay autonomía. o por qué debilitado.

En el ámbito de la medicina, el consentimiento informado es la mayor expresión de este principio de autonomía, que configura los derechos del paciente y los deberes del médico, porque

los deseos y valores del paciente son decisivos desde el punto de vista ético y los medios, el objetivo del médico es respetar esta autonomía en lo que se refiere a la salud del paciente.

En nuestra sociedad, si bien la igualdad para todos en salud es sólo un deseo, el objetivo es reducir la desigualdad para todos, por lo que tenemos la obligación de tratar por igual el trato igual y el desigual para reducir las situaciones desiguales. Los principios de justicia se pueden dividir en principios formales (igualdad de trato y trato desigual) y principios sustantivos (que determinan las características relevantes de la asignación de recursos sanitarios: necesidades personales, méritos, capacidades financieras, trabajo duro, etc.).

El orden público se basa en ciertos principios sustantivos de justicia. Por ejemplo, en España la asistencia sanitaria es teóricamente universal y gratuita, y por tanto se basa en el principio de necesidad. Sin embargo, en Estados Unidos la atención sanitaria para la mayoría de la población se basa en seguros individuales de empresas sanitarias privadas.

Para excluir cualquier forma de arbitrariedad, es necesario determinar qué igualdad o desigualdad debe tenerse en cuenta al determinar el tratamiento que se debe aplicar a cada persona. El paciente espera que el médico haga todo lo posible para beneficiar su salud. Sin embargo, también debes saber que la práctica médica está limitada por condiciones impuestas al médico, como los intereses legales de terceros.

La relación médico-paciente se basa fundamentalmente en los principios de beneficencia y autonomía, pero cuando estos principios entran en conflicto, muchas veces por falta de recursos, entran en juego principios de justicia para el papel de intermediario. Por otro lado, la política sanitaria será más justa si se basa en el principio de justicia y compensa la desigualdad logrando una mayor igualdad de oportunidades.

En relación con el principio de no maleficencia, significa abstenerse deliberadamente de realizar una acción que pueda causar daño o perjuicio a otra persona. Es una exigencia ética que se aplica a todos, no sólo en el campo de la biomedicina, sino en todos los ámbitos de la vida humana. Sin embargo, en medicina este principio debe encontrar una explicación adecuada, porque la práctica de la medicina a veces causa daño para obtener beneficio. Se trata entonces de no herir a los demás innecesariamente.

Analizando este principio, va de la mano de la beneficencia y la justicia, y las ventajas superan a las desventajas; las implicaciones médicas del principio de no maleficencia son varias: tener una formación teórica y práctica rigurosa y actualizada permanentemente para dedicarse al ejercicio profesional, investigar sobre tratamientos, procedimientos o terapias nuevas, para mejorar los ya existentes con objeto de que sean menos dolorosos y lesivos para los pacientes; avanzar en el tratamiento del dolor; evitar la medicina defensiva y, con ello, la multiplicación de procedimientos y/o tratamientos innecesarios.

Según Jesús Alercio Ortega Bolaños, los sistemas de salud y su equidad van más allá de la moral y la ética, aunque el actual análisis general del (CUS) sobre el sistema de seguridad social profundiza la injusticia y la desigualdad. La cobertura universal de salud significa que todos los colombianos deben incorporarse y participar activamente en el sistema y recibir atención sin

discriminación alguna, reconociendo que la igualdad de atención es la oportunidad de ser atendido en circunstancias similares.

Asimismo, sostuvo en el mismo análisis que: [...] “Parte del problema de no lograr una cobertura universal de salud efectiva corresponde a los aspectos no económicos de la competencia regulada en el orden estructural de los sistemas de salud, como la existencia de Dos sistemas de bienestar. Los planes, aunque vinculados, aún conservan diferencias significativas en calidad y acceso. Asimismo, se refuerza la especialización de la medicina y la diferenciación de las instituciones que atienden a ricos y pobres, así como las dificultades institucionales, laborales y culturales para convertir el apoyo a la oferta en apoyo a la demanda” ... (SIC)

Concluye: ... "Desde el principio, el sistema de salud colombiano ha introducido la discriminación basada en la capacidad de pago, la fragmentación del mercado de salud. Viola los principios de universalidad, igualdad y solidaridad, que armonizan las normas de derechos humanos y el principio de igualdad.

Cuando existen dos sistemas, las diferencias en los niveles de cobertura, así como los factores que contribuyen a las diferencias en la calidad y oportunidad de la atención, así como los diferentes resultados e impactos en la salud, son cuestionables” ... (SIC)

La brecha entre el sistema de salud de Colombia y su solidez financiera se puede ver arriba, pero principalmente hay enormes obstáculos, su déficit es causado, entre otras cosas, por la corrupción, que crea desigualdad en la cobertura de salud para la población más pobre. Se hacen pequeños negocios porque los colombianos pueden obtener un mejor sistema o un mejor acceso a la atención médica si se lo pueden permitir.

En resumen, ante la presión del Ministerio de Seguridad Pública, los médicos tienen requisitos de presentación de informes muy estrictos, exigen un tratamiento legal, obligan a los médicos a cumplir con los requisitos de los indicadores y cumplir con los requisitos de las unidades y departamentos principalmente en el campo de la ética. Dejando de lado las necesidades reales del paciente.

Objetivo general

Identificar los principales aspectos determinantes en la implementación de Ética médica y su normatividad en Colombia en el ejercicio profesional desde la implementación de la Ley 100 de 1993.

Objetivos específicos

Analizar por medio de la legislación existente los antecedentes de la atención médica y su relación con el derecho laboral.

Explicar el modelo de atención en la consulta de los médicos y por la cual se ofrecen los servicios del Plan Obligatorio de Salud.

Describir las principales características de la ética médica y el impacto de la misma en el ejercicio profesional.

Identificar las principales limitaciones por parte de las entidades promotoras de salud (EPS) que tiene el profesional médico, en la aplicación de la ética médica en su ejercicio diario.

Metodología

Este es un artículo descriptivo, en el cual se han revisado los diferentes estatutos legales que rigen la ética médica en Colombia, así como el actuar médico en la aplicación de los asuntos inherentes a dicha ética médica, con las diferentes variaciones y exigencias de parte de las entidades promotoras de salud –

Conclusiones

Respecto a las limitaciones por parte de las entidades promotoras de salud (EPS) que tienen los profesionales en medicina general respecto a la aplicación de la ética médica en su ejercicio diario, tienen que ver con la presión del Ministerio de Seguridad Pública, los médicos tienen requisitos de presentación de informes muy estrictos, exigen un tratamiento legal, obligan a los médicos a cumplir con los requisitos de los indicadores y cumplir con los requisitos de las unidades y departamentos principalmente en el campo de la ética. Dejando de lado las necesidades reales del paciente.

Se hace relevante cada día en Colombia la vigilancia efectiva de los recursos para evitar de forma implacable la corrupción en la cual se ven inmersas todas las esferas, en especial el área de la salud, pues si bien es cierto, los recursos invertidos son esenciales para el progreso, se debe ver garantizado el acceso del servicio de salud en las personas las cuales no solo acuden a un servicio de salud sino aquellas que prestan los servicios en especial los médicos los cuales tienen inmersos una responsabilidad en cuanto a sus labores.

Los médicos no deben tener restricciones en cuanto a la atención de un paciente ni del tiempo, de los servicios que solicita o de los suministros o medicamentos que prescribe, de ninguna forma se debe transgredir ese espacio, pues al exigir que no se pueden demorar en la atención o que solo tienen determinado tiempo para atender una persona por ejemplo ya es una transgresión a su ética.

El derecho a la salud sí se consagra como un derecho, derecho más allá constitucional, ya que establece instrumentos jurídicos internacionales que hacen parte de nuestra normativa llamada bloque de constitucionalidad y de múltiples leyes. En cuanto a la jurisprudencia, la corte constitucional se ha ido estabilizando con la línea jurisprudencial, consolidándose poco a poco con factores de conexidad como vida, la igualdad, el desarrollo de la libre personalidad, obviamente con la dignidad humana y que intrínsecamente involucra la ética.

Según lo expuesto, para los médicos generales en Colombia las leyes y regulaciones pueden imponer restricciones a ciertos procedimientos médicos, tratamientos o prácticas en su labor cotidiana y general, un conflicto de su ética.

Es importante destacar que, aunque algunos médicos puedan tener razones legítimas para evitar exámenes innecesarios o costosos, la atención médica ética y de calidad implica tomar decisiones basadas en las necesidades clínicas de los pacientes y en la evidencia médica, no solo en consideraciones financieras.

Referencias

- Arenas Monsalve Gerardo. El derecho Colombiano de la Seguridad Social cuarta Edición 2018 Constitución Política de Colombia. Decreto 1164 de 2014
- Congreso de la República de Colombia. (1993, 23 de diciembre). Ley 100 de 1993. *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
- Congreso de la República de Colombia. (2011, 19 de enero). Ley 1438 de 2011. *Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
- Congreso de la República de Colombia. (2015, 16 de febrero). Ley Estatutaria 1751 de 2015. *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Congreso de la República de Colombia. (2007, 9 de enero). 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*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
- Corte Constitucional. (2014, 29 de mayo). Sentencia C-313/14. *Revisión constitucional del Proyecto de Ley Estatutaria N° 209 de 2013 Senado y 267 Cámara*. Corte Constitucional de Colombia. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=71876&dt=S>
- Corte Constitucional. (2013, 18 de abril). Sentencia T-234/13. *Acción de tutela instaurada por María Luz Helena Villamil Bustos contra la Asociación Mutual la Esperanza ASMET SALUD ESS EPS*. Corte Constitucional de Colombia. https://www.redjurista.com/Documents/corte_constitucional,_sentencia_de_revision_de_tutela_no._234_de_2013.aspx#/
- Corte Constitucional. (2018, 21 de junio). Sentencia T-235/18. *Procedencia de la acción de tutela para solicitar servicios o tecnologías complementarias y tratamientos no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud y carencia actual de objeto por hecho superado*. Corte Constitucional de Colombia. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/t-235-18.htm#:~:text=T%2D235%2D18%20Corte%20Constitucional%20de%20Colombia&text=El%20concepto%20m%C3%A9dico%20externo%20vincula,el%20contexto%20del%20caso%20concreto.>
- Dunn, M. y Hope, T. (2022). *Ética médica: una breve introducción*. España, Antoni Bosch editor. Capítulo 1: ¿Por qué es apasionante la ética médica? Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/biblioibero/207973?page=143>.
- Instituto Nacional de Salud (INS). (2013). Observatorio Nacional de Salud, Primer Informe ONS,

aspectos relacionados con la frecuencia de uso de los servicios de salud, mortalidad y discapacidad en Colombia, 2011. Bogotá, D. C.: Imprenta Nacional de Colombia.

Jaramillo Iván. El futuro de la salud en Colombia 4ª ed. Fescol, Fes. Fundación restrepo Barco y Fundación corona, Bogotá, 1999, pp 63 y ss.

Medina Arellano, M. D. J. (Coord.) (2021). Manual de bioética y bioderecho. Capítulo 1 Bioética y Ética Médica. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/biblioibero/184836?page=6>.

Ministerio de Salud y Protección Social Bogotá D.C. Noviembre (2014). Todo lo que usted debe saber sobre el Plan de Beneficios – POS.

Ministerio de Salud y Protección Social. (Agosto 5). Resolución 5261 de 1994. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf

Ortega Bolaños, J. A. (2018). Justicia social en el sistema de salud colombiano: concepciones, retos y posibilidades de reforma. Bogotá, Editorial Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/biblioibero/129938?page=173>.