
Fronteras en peligro: la autonomía médica en el marco de los decretos de la emergencia social

Boundaries in peril: the autonomy of medicine within the framework of social emergency statutes

Fronteiras em perigo: a autonomia médica no marco dos decretos da emergência social

Iván Darío González Ortiz*



No pretendo pasar como experto en el tema de la autonomía médica, campo de estudio de muchos y conocimiento de pocos. Pretendo plantear mis reflexiones, después de varios años de ejercicio profesional en distintas dimensiones de la práctica médica, para aportar a un debate que no empezó el 22 de enero de 2010, ni terminará cuando el Estado haya resuelto los problemas del sistema de salud en Colombia.

Nadie desconoce que hay algunos elementos positivos en la reforma decretada por la emergencia social. En este foro me ha correspondido hablar sólo de la autonomía profesional, y por eso me centraré en ese tema, sin analizar otros.

Existe una voluntad del Gobierno de invitar a los distintos subsectores de la salud a dialogar sobre los decretos. Hoy hemos aceptado ese diálogo, con el ánimo de construir un mejor futuro para nuestro país, y esperamos que sea constructivo, aunque sea franco y directo.

Originalmente, la práctica médica era distinta, libre y autónoma. No había nada distinto al arte milenario de identificar los desequilibrios del hombre y buscar alguna cura o explicación en la religión, en la magia, en la astronomía o en otra ciencia del momento.

Varios siglos pasaron desde la primera evidencia de atención médica, hasta la relativamente nueva medicina basada en la evidencia.

Mientras se fue desarrollando la práctica médica y conforme la humanidad fue avanzando, los países entendieron que las expectativas ilimitadas del ser humano frente a su salud iban en contravía con la limitación de recursos para financiar los servicios. A partir de la crisis económica de los 70, cuando surgieron las hipótesis de la terminación del Estado benefactor y se hicieron evidentes el

envejecimiento de la población, la dinámica evolución de la tecnología médica y la transición demográfica, las alternativas disponibles, la mala práctica médica y la medicina defensiva generaron una elevación en la pendiente de línea de los costos derivados de las atenciones médicas a la población.

A partir de allí surgieron nuevos modelos de sistema de salud y, en particular, se consolidó el seguro médico como alternativa para disminuir la principal barrera de acceso a los servicios de salud y controlar el gasto.

En el marco de esa nueva tendencia de reforma de salud, se diversificó la práctica médica y aparecieron nuevas dimensiones, adicionales a la tradicional dimensión clínica; dimensiones que hoy existen de manera legítima, pero no armónica.

En los tiempos actuales se han identificado al menos cuatro dimensiones de la práctica médica; trataré de explicarlas con ejemplos:

La primera de ellas está en el nivel macro de los sistemas, cuando un médico, que por ejemplo tenga a su cargo la función de ser ministro de Salud (o de Protección Social), debe actuar en el marco de la justicia macro-distributiva, definiendo planes de beneficios, fuentes de los recursos, aspectos de la economía de la salud, y obrar bajo el principio del interés colectivo, protegiendo su actuar con el velo de la identidad. Para ese médico los pacientes no existen; son el estado de salud de la población y los ciudadanos, colectivamente, los que definen sus prioridades.

La segunda está en el nivel medio de los sistemas, cuando un médico que ejerce un cargo directivo en una empresa intermedia-ria, aseguradora o administradora de planes de beneficios, actúa en el marco de la justicia microdistributiva y aplica sus decisiones bajo lineamientos definidos por los niveles macro

de los sistemas, bajo el principio del interés colectivo y protege su actuar con el velo de la identidad. Para ese médico los pacientes no existen. Son usuarios o afiliados, cuyas cédulas hacen parte de una base de datos y tienen o no derecho a unos códigos predefinidos dentro del plan de salud correspondiente.

La tercera dimensión de la práctica médica se ejerce en los jefes de servicios médicos de hospitales, clínicas y centros médicos. Allí el médico equilibra su actuar entre los lineamientos de la sostenibilidad de un servicio, en aras del bien común y las necesidades de un paciente, y protege su actuar con el semivelo de la identidad. Sus pacientes son genéricos y debe promover el cuidado para todos ellos y la sostenibilidad en el largo plazo de su servicio y su hospital. Es el articulador de las decisiones que se toman en los niveles macro y meso de los sistemas.

La cuarta dimensión, la dimensión original de la práctica médica, es el médico clínico; aquel que observa al paciente, lo ausculta, palpa, lo toca, le habla, lo mira y le entrega todo su saber, en su mejor entender y pensando solamente en brindar el mayor beneficio posible y en obrar bien. Es el mismo médico que habla con el paciente, con su familia, con sus hijos, con sus papás; es el médico que modula cada día sus sentimientos y sus emociones para no involucrarse emocionalmente con sus pacientes, más allá del deber profesional. Es el médico que como instrumento de vida y bienestar ofrece todo lo que tiene a su alcance para salvar a una persona, o para mejorar una condición de esa persona, o se entrega para acompañar a la familia en la muerte de un paciente. Es el médico que no está protegido por el velo de la identidad y que debe propender por entregarle a su paciente lo mejor y lo más seguro, sin limitación distinta a sus conocimientos y a lo que el deber ético le imponga.

Cuatro dimensiones respetables de práctica médica. Cuatro dimensiones que existen simultáneamente y que responden a necesidades distintas. Cuatro dimensiones que difícilmente se pueden conjugar o invertir, porque la lógica de la práctica médica difiere entre la macrodistribución equitativa y costo-efectiva de los recursos y la atención en salud que un ser humano le brinda a otro cara a cara.

Hasta aquí las definiciones. Ahora quiero revisar algunos aspectos de la práctica médica en el marco de los decretos emitidos dentro de la emergencia social. Me refiero específicamente a los decretos 128 y 131.

Voy a abordar en orden ascendente los decretos, sin que eso signifique priorización alguna de los temas, distinta del número de cada decreto.

Empecemos por el Decreto 128, cuyas consideraciones omitiré en aras de respetar el tiempo. Me quiero concentrar en el artículo 4 que dice:

ARTICULO 4°.- EFICACIA DE LAS ÓRDENES DE LAS PRESTACIONES EXCEPCIONALES EN SALUD: Las órdenes de prestaciones excepcionales en salud por parte del médico tratante, sólo serán válidas y eficaces cuando cumplan los principios y procedimientos dispuestos en este decreto y sean autorizadas por el Comité Técnico de Prestaciones Excepcionales en Salud.

Me llaman la atención tres palabras. Según el *Diccionario de la Real Academia Española*, la palabra *excepcional* significa “que constituye una excepción de la regla común, que se aparta de lo ordinario o que ocurre rara vez”.

La palabra *válida* significa “firme, sustentable y que vale o debe valer legalmente”, y la palabra *eficacia* quiere decir “capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera”.



Por lo tanto, para todo aquello que no esté en la regla común, que se aparte de lo ordinario, o que ocurra rara vez, las órdenes del médico tratante no serán ni firmes, ni sustentables, ni valdrán o tendrán valor legal, ni mucho menos podrán lograr el efecto que desean: cuidar la salud del paciente, hasta tanto el nuevo Comité Técnico de Prestaciones Excepcionales en Salud, que reemplazará a los comités técnico-científicos, así lo autorice.

Contrasta el alcance del Decreto 128, en general, y de su artículo 4°, en particular, con la sentencia T-760 que en el numeral 4.4.2 dice:

4.4.2. El concepto científico del médico tratante es el principal criterio para establecer si se requiere un servicio de salud, pero no es exclusivo. En el Sistema de Salud, la persona competente para decidir cuándo alguien requiere un servicio de salud es el médico tratante, por estar capacitado para decidir con base en criterios científicos y por ser quien conoce al paciente.

El contraste se da porque si bien la sentencia T-760 sostiene que el concepto del médico tratante no es exclusivo, no obstante dice que éste es el principal criterio para establecer si se requiere o no un servicio de salud. Adicionalmente, toca un tema, ausente en general en los actuales decretos, que es el del paciente, pues el criterio del médico no es sólo fundamental por estar capacitado para decidir con criterios científicos, sino por ser quien conoce al paciente, y esto hace una gran diferencia de enfoque, y probablemente, de resultado.

Ahora, ¿en el marco del nuevo decreto cuáles son los principios de la decisión del Comité de Prestaciones Excepcionales? La necesidad, la pertinencia, la priorización, la excepcionalidad, la razonabilidad, la subsidiaridad y la finitud. Si bien cada una tiene

una definición que daría para una charla, sólo quiero mencionar dos de ellas:

Artículo 3°.- Principios

PRIORIZACIÓN. Es el conjunto de criterios que deben tenerse en cuenta para determinar el orden de precedencia en el tiempo de las solicitudes y autorizaciones de prestaciones excepcionales en salud, teniendo en cuenta los recursos disponibles y la urgencia vital de las mismas.

7. FINITUD. Es la condición según la cual los recursos públicos disponibles y destinados a la cofinanciación de las prestaciones excepcionales en salud son finitos y, por lo tanto, hasta esa cuantía se puede responder anualmente por las prestaciones excepcionales de salud y por ello deben ser priorizadas.

¿Cómo debe evaluar su autonomía profesional el médico o el cuerpo médico cuyas órdenes no sean eficaces para procurar bienestar y salud a su paciente porque un comité que no conoce ese paciente decidió priorizar otros casos y poner el suyo en una lista de espera y entre tanto se acaba la cuantía destinada a responder en ese año por la enfermedad de su paciente?

Es importante mencionar quién conforma el Consejo de Administración del Fondo de Prestaciones Excepcionales (Fonpres). Según el artículo 7° del citado Decreto 128, el Consejo está conformado por el ministro de la Protección Social, que lo preside, el ministro de Hacienda o su delegado, el director de Planeación Nacional o su delegado, el director del Instituto Nacional de Salud o su delegado, el director del Invima o su delegado, el secretario de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos o quien haga sus veces, y un representante del presidente de la República.

¿Por qué es importante saberlo? Porque en el artículo 8° del mismo decreto, funciones

del Consejo de Administración, se le asigna la función de:

4. Definir los criterios generales para la administración de la lista de priorización y ordenamiento de las prestaciones excepcionales en salud.

¡Pareciera ser una inversión de la naturaleza las dimensiones de la práctica médica; pedirle a quienes practican la medicina que piensen con criterios de la justicia macro y micro distributiva y con criterios económicos de la salud, y pedirle al ministro de Protección Social que defina la priorización y el orden en la atención de los pacientes!

Señores, si esto no vulnera la autonomía profesional, por lo menos la irrespeta, al desconocerla y al cambiar completamente la ecuación de la autorregulación que hasta hace poco conocíamos y que la Corte reiteró en su sentencia T-760, por una ecuación donde la validez y la eficacia del trabajo de uno o de varios médicos será desconocida legalmente por el sistema, sistema para el cual trabaja en beneficio de unos pacientes que bajo esos principios no necesariamente podrá aliviar.

Me gustaría tener más tiempo para hablar de ese decreto y entender a quién demandará una familia con un paciente que se muera anotado en una lista de espera y cuyo médico definió un plan de acción científicamente sustentable, pero ajeno a los principios rectores del Fonpres.

Espero que coincidamos en que es mejor analizar el Decreto 131.

Si bien este decreto tiene aspectos muy polémicos, como por ejemplo la ausencia de la palabra “decreta”, que entre otras lo convierte en un documento de 16 hojas de considerandos, o la definición del sistema técnico-científico de la salud, la nueva defi-

nición del Plan Obligatorio de Salud o la creación del Organismo Técnico Científico para la Salud, voy a respetar el tiempo que se me ha asignado para hablar de autonomía médica.

El capítulo IV, artículo 23 adiciona el artículo 26 de de la Ley 1164 de 2007, así:

PARÁGRAFO 1. Entiéndase por autonomía de las profesiones médica y odontológica la prerrogativa que la sociedad les confiere para autorregularse, de acuerdo con lo establecido en este artículo, mediante estándares que una vez adoptados, son de obligatorio cumplimiento.

La palabra *autorregularse* se define en el *Diccionario de la Real Academia Española* como “regularse por sí mismo”.

Por otra parte, según el mismo diccionario, la palabra *estándar* quiere decir “que sirve como tipo, modelo, norma, patrón o referencia”.

Pareciera que ser que en este caso el Ejecutivo, a la vez legislador, utiliza la palabra estándar como norma, pues una vez adoptado es de obligatorio cumplimiento. Resulta cuando menos curioso, por no decir contradictorio, otorgarle a una profesión la prerrogativa de autorregularse en función de normas que le son obligatorias.

Sin embargo, en aras de debatir, se puede argumentar que la autonomía profesional que le confiere la norma a la medicina y a la odontología no se la otorga a los individuos que son profesionales en la medicina o en la odontología, sino a las colectividades de profesionales en esas profesiones y específicamente a un grupo de entidades a quienes les confiere el poder de definir los estándares.



En este punto es bueno revisar la declaración de la 39ª Asamblea de la Asociación Médica Mundial, realizada hace 23 años, que dice:

1. El elemento principal de la autonomía profesional es la garantía que el médico puede emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes.

Por supuesto, una vez revisados los dos conceptos, el planteamiento del Decreto 131 y el concepto de autonomía de la Asociación Médica Mundial, surge una pregunta simple de formular:

¿Tiene un médico la garantía de emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y el tratamiento de sus pacientes, en el marco de unos estándares que una vez adoptados son de obligatorio cumplimiento?

Mi respuesta es no. No se puede garantizar en el ordenamiento jurídico que introduce el Decreto 131 la autonomía profesional de los médicos, así se les otorgue la prerrogativa de autorregularse, porque implica que nadie podrá emitir opinión distinta a las normas obligatorias que se definan, y eso es imposible cuando se tratan pacientes, que son personas, únicas e irrepetibles.

Más adelante, el Decreto le otorga a la Academia Nacional de Medicina, a la Asociación de Sociedades Científicas, a la Federación Odontológica Colombiana, a Ascofame y a ACFO, así como a las instituciones de educación superior acreditadas en Medicina y Odontología, la facultad de desarrollar los estándares.

Posteriormente, el Decreto 131 toma una nueva curva, de 180 grados, y dice que los estándares, una vez adoptados, serán referentes para el ejercicio de las profesiones,

la determinación de las responsabilidades ético-disciplinarias, y la actualización de los planes de beneficios.

Entonces, la misma norma plantea una dicotomía en ese punto, porque si son referentes, no pueden ser obligatorios, y si son obligatorios, no pueden ser referentes. Un enfoque contradice al otro a tan sólo un par de artículos de distancia.

Avanzar en los artículos del Decreto 131 me permite ampliar el horizonte del debate. Una breve referencia al artículo 28.

Artículo 28, Conflicto de intereses. Artículo 29, presunción de situación de conflicto de intereses. Artículo 30, obligaciones particulares para quien se encuentre en conflicto de intereses

Es interesante cómo estos artículos tocan por primera vez en Colombia, y de manera explícita, los conflictos de interés de la práctica médica moderna. No obstante, la pregunta que surge es el alcance de la interpretación de los conflictos de interés. En primer lugar, muchos médicos odontólogos, no sólo en Colombia, sino en el mundo entero, son dueños de clínicas, centros médicos, consultorios, servicios de apoyo diagnóstico y servicios de apoyo terapéuticos. De no aclararse el alcance de los conflictos, todos estos médicos y odontólogos emprendedores estarán en presunción de conflicto de interés.

Adicionalmente, las políticas de actualización académica de los profesionales de la salud muchas veces están patrocinadas por laboratorios farmacéuticos o de la industria de los dispositivos médicos. Yo creería que este tema se debe reglamentar con bastante prontitud, porque los médicos clínicos que ejercen su profesión, en su gran mayoría han participado en congresos médicos y en investigaciones de la mano de las casas

productoras y comercializadoras de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, o por patrocinio de sus propias clínicas e instituciones de salud.

Es un deber proceder a reglamentar cuanto antes estos importantes artículos.

No obstante lo anterior, llama la atención que la definición de los conflictos de interés no llega a otros actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Específicamente, las entidades promotoras de salud que en busca de una mayor eficiencia han decidido garantizar la prestación de los servicios del plan obligatorio de salud a través de redes propias, bajo la figura de la integración vertical.

¿No habrá un gran conflicto de interés en aquellos que con la mano izquierda actúan como empresas administradoras de planes de beneficios y buscan optimizar el costo y con la mano derecha actúan como redes de prestación propia y buscan que su actividad sea rentable?

Señores y señoras: ¡Si estamos hablando de eficiencia, yo acepto la omisión; pero si estamos hablando de un sistema de salud para los colombianos, bueno es recordar que sus objetivos son garantizar la eficiencia, la calidad y la equidad, y por lo tanto, no es aceptable que se haya omitido uno de los más evidentes conflictos de interés que existen en nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud!

Ahora bien, decía al principio de esta conferencia que el ejercicio de la práctica médica ha variado sustancialmente en los últimos años y que hay una dimensión de justicia microdistributiva, legítima y reconocida en los órganos de dirección y gerencia de las entidades promotoras de salud. ¿No valdrá la pena revisar el alcance de este artículo e introducirle al numeral 29.1 las instituciones

que administran planes de beneficios y o las empresas promotoras de salud?

En ese orden de ideas, ¿no vale la pena preguntarse si, como dicen los medios de comunicación, algunos de los consultores internos y externos que participaron en la elaboración de estos decretos y recibieron honorarios por hacerlo, a la vez que ostentan cargos en órganos de dirección de las EPS están en un conflicto de interés y han debido declararse cuando menos impedidos para, como dice el artículo que ellos mismos redactaron, no elaborar documentos, en este caso decretos con fuerza de ley, que ajustan, actualizan, modifican o definen planes de beneficios del sistema general de seguridad social, cuando ellos y ellas mismas o por interpuestas personas hacen parte de las entidades que obtienen beneficios económicos por administrar esos planes de beneficios?

Por último, considero que la existencia de las cuatro dimensiones de la práctica médica obligan al Ejecutivo-legislador a ampliar el alcance del artículo 30, pues las decisiones, cuando están subordinadas a intereses contrarios al logro de la salud en el paciente, no sólo causan daños económicos al sistema, sino irreversibles daños de oportunidad, calidad y seguridad a los pacientes, a los afiliados y, en general, a los colombianos.

La dicotomía que plantean los artículos que definen los estándares como referentes y de carácter obligatorio en el mismo cuerpo de este decreto, se resuelve al llegar al artículo 31.

Artículo 31. Sanciones al profesional médico u odontólogo

Es claro que si el apartarse de un estándar genera una sanción pecuniaria para el médico, los estándares no son referentes, sino normas de obligatorio cumplimiento. Surge entonces la pregunta de imposible respuesta: ¿Cual médico obra peor, aquel



que se deja llevar por incentivos comerciales y en beneficio propio define planes de acción que no favorecen al paciente, o aquel que se deja intimidar por sanciones pecuniarias y en beneficio propio define planes de acción en contra de la necesidad al paciente? Estamos en una universidad católica, pero ¿que entre en diablo y escoja, porque ambos extremos son la representación más perversa del ejercicio de la profesión médica!

Es imposible desconocer que existen casos graves y complejos de médicos y odontólogos que han obrado en contra de los principios de su profesión; que han aceptado defender intereses distintos a los de sus pacientes y que han encontrado en las perversas formas de contratación del recurso humano situaciones que si bien no justifican, al menos les ayudan a explicar sus comportamientos contrarios y ajenos a la dignidad profesional.

Pero es claro también que antes del 22 de enero de 2010 existían los tribunales de ética médica, la Fiscalía, la Procuraduría, y un ordenamiento jurídico que hubiera permitido identificar, sancionar y eventualmente judicializar a quienes obraran por fuera de los preceptos de su profesión y al margen del marco legal. ¿Dónde estuvo entonces la función de inspección, vigilancia y control y qué responsabilidad le asiste a quienes en posiciones de autoridad permitieron que esto sucediera?

Lo único comparable al maltrato que estas normas le imprimen a los profesionales de la salud es la asociación que hacen muchas personas en el mundo sobre los colombianos y el narcotráfico, pues por culpa de unos pocos, se ha manchado la imagen de 45 millones de personas. ¿Cuántos médicos y cuantos odontólogos habrán estado actuando al margen de la ley o en contra de los preceptos de sus profesiones?, ¿habrán sido la mayoría?

La revista *Semana* de julio de 2009 presentó una encuesta en donde los colombianos dijeron que las entidades en las que más confían, por encima de todas las otras entidades de este país, son las clínicas y los hospitales, con sus médicos, odontólogos, enfermeros, nutricionistas, psicólogos, terapeutas, bacteriólogos, auxiliares, técnicos y administradores.

Ahora, considerando problemas crónicos, y algunos de ellos agudizados, y aduciendo que se quiere cumplir con las órdenes de la sentencia T-760 de 2008, se ha declarado una emergencia social que vulnera, irrespeta y minimiza la autonomía profesional de los médicos y de los odontólogos, y por ende, de los otros profesionales de la salud.

Señor ministro: el nuevo decreto, el 358 de 2010 no resuelve ni reglamenta los temas de la autonomía profesional, porque la diferencia sustancial entre la sentencia T-760 y el abordaje técnico en los decretos emanados por la emergencia social es que mientras la Corte Constitucional se enfoca en la protección de los derechos constitucionales a los ciudadanos y les facilita el acceso a los servicios de salud que requieran de acuerdo con la opinión calificada de su médico tratante, los decretos de la emergencia social se enfocan en el equilibrio financiero del sistema y de sus agentes, limitando la autonomía médica, desconociendo las dimensiones de la práctica médica y utilizando a los profesionales de salud como contenedores de costo, planteando soluciones tan graves, o más graves aún que los problemas que se pretende corregir.

Espero que se imponga el enfoque de la Corte Constitucional, y a partir de allí espero que busquemos elementos para introducirle al país un sistema de salud equitativo para los ciudadanos, eficiente frente a los recursos, y seguro para los pacientes.

