

**LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA
MEDICINA COLOMBIANA**

LILIANA SÁNCHEZ CLOPATOFSKY

SILVIA TATIANA SANABRIA DURÁN

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS – CARRERA DE DERECHO

BOGOTÁ D.C., SEPTIEMBRE DE 2013

**LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA
MEDICINA COLOMBIANA**

Monografía jurídica para optar al título de Abogado

LILIANA SÁNCHEZ CLOPATOFSKY

SILVIA TATIANA SANABRIA DURÁN

**DIRECTOR:
HERNANDO GUTIÉRREZ PRIETO**

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS – CARRERA DE DERECHO

BOGOTÁ D.C., SEPTIEMBRE DE 2013

NOTA DE ADVERTENCIA

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Solo velará por que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y por que las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

Tabla de contenido

Introducción.....	3
1. Evolución de la relación médico-paciente y su progresiva institucionalización:.....	5
1.1. La constitución política de 1886:.....	5
1.2. La constitución de 1991:.....	6
1.3. Normas que regulan la actividad médica:.....	6
a. Ley 23 de 1981:.....	7
b. Ley 100 de 1993:.....	11
2. Relación médico paciente en el ámbito colombiano:.....	13
2.1. Definición de la relación médico-paciente:.....	13
2.2. Deberes y derechos del médico:.....	15
2.2.1 deberes del médico:.....	16
2.2.2 derechos del médico:.....	23
2.2.3 derechos y obligaciones de los pacientes:.....	25
2.3. El acto médico:.....	26
3. Nuevas tecnologías en la medicina colombiana:.....	28
3.1 Biotecnología.....	31
4. Crisis de la salud en colombia, crisis médico-paciente:.....	33
Conclusiones:.....	38
Bibliografía.....	40

INTRODUCCIÓN

En Colombia se ha tratado el tema de la relación- paciente desde varias perspectivas, tomando como base fundamental sus orígenes constitucionales y su posterior desarrollo legal, jurisprudencial y doctrinal.

Básicamente, el cuestionamiento de fondo de esta tesis radica en determinar cómo es hoy el marco de la relación médico-paciente, identificando los principios que orientan la actividad del médico, sus obligaciones y deberes. De igual manera, y debido a su importancia, expondremos los derechos y obligaciones del paciente, todo esto teniendo como punto fundamental que la actividad médica gira en torno a preservar y mejorar las condiciones físicas y mentales de los individuos que tienen problemas de salud, y partir del supuesto de lo que llamamos la relación médico paciente, estableciendo la importancia que tiene ésta.

El trabajo se desarrolló en 4 capítulos, los cuales tratan, respectivamente, una contextualización histórica de la actividad médica en Colombia, un marco conceptual y normativo sobre la relación médico-paciente y su importancia en el ordenamiento colombiano y por último, una aproximación a la realidad de las nuevas tecnologías en la medicina colombiana.

En el primer capítulo se define un marco teórico en cual se analiza la evolución de la relación médico-paciente y su progresiva institucionalización en el ordenamiento colombiano.

En el segundo capítulo abordaremos de la relación médico-paciente en el ámbito colombiano, haciendo énfasis en la doctrina colombiana, explicando la naturaleza del acto médico y la importancia de este.

El tercer capítulo presentaremos una visión actual y breve sobre las nuevas tecnologías en la medicina colombiana y lo que se está implementando para un futuro dentro de la medicina.

Por último, en el cuarto capítulo expondremos un enfoque de la crisis de la salud en Colombia y el porqué de esta situación y se fundamentará en las últimas estadísticas suministradas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Finalmente se darán unas conclusiones sobre el tema según los conceptos desarrollados.

1. Evolución de la relación médico-paciente y su progresiva institucionalización:

1.1. La Constitución Política de 1886:

La Constitución Política de 1886 constituye un importante antecedente que nos permite comprender la evolución y desarrollo de la materia objeto de estudio de la presente monografía.

Su principal característica en relación a la salud, constituía en abordar dicho tema como una responsabilidad del Estado y no como un derecho inalienable de las personas, como lo vemos hoy en día. El Estado para el cumplimiento de su labor se encargaba de orientar e instruir a las población en torno a la higiene, mas no tenía un papel activo en la atención de la salud de la población.

La política salud que manejaba el Estado iba de la mano con las políticas de higiene pública, tales como la prevención de enfermedades epidémicas y manejo de aguas hervidas entre otros.

Como consecuencia el Estado no asume la asistencia de la salud, dado que la atención a las enfermedades de los individuos “era considerada como una necesidad particular que debía ser atendida por el afectado directamente” (Serrano Escobar, 2000, pág. 58).

Posteriormente, mediante las reformas de 1936 y 1968 se introdujeron cambios económicos y sociales dentro de los cuales se estableció, de manera expresa el derecho de asistencia pública, pero con una connotación genérica sin que se reconociera la asistencia en salud como deber del Estado.

1.2. La Constitución de 1991:

Con la Constitución del 1991, Colombia cambió la forma como se concebía la salud en nuestro país al brindarle carácter de servicio público a cargo del Estado tal como consta en el artículo 49. Así mismo, la salud tiene rango de derecho fundamental por conexidad, es decir, que su protección puede requerirse mediante la acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política Colombiana, todo esto con la declaración del Estado Colombiano, como un Estado Social de Derecho.

1.3. Normas que regulan la actividad médica:

La profesión de la medicina ha sido objeto de múltiples normas que regulan la actividad médica y las más destacadas son:

- Ley 67 de 1935: por medio de la cual se reglamentó el ejercicio de la profesión de medicina y cirugía
- Decreto 2831 de 1954: Código de moral ética
- Ley 14 de 1962: por medio de la cual se dictaron normas relativas al ejercicio de la medicina y la cirugía
- Ley 23 de 1981: por medio de la cual se dictan normas en materia ética
- Decreto 3380 de 1981: por medio de la cual se reglamentó la ley 23 de 1981.
- Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones

Si bien todas las normas han sido de gran importancia para el desarrollo de la actividad médica en Colombia, para el estudio objeto de la presente monografía nos concentraremos en la Ley 23 de 1981 y la ley 100 de 1993, puesto que son fundamentales para la constitución y desarrollo en la relación médico-paciente.

A. Ley 23 de 1981:

En Colombia, ad exemplum, la Ley 23 del 1981, “Por la cual se dictan normas en materia de ética médica”, contiene una serie de preceptos que, armónicamente interpretados, conducen a exigirle al facultativo una precisa e inequívoca conducta solidaria, comenzando por el propio juramento médico, consagro en el artículo segundo, a cuyo tenor, en lo pertinente, “el médico deberá conocer y jurar cumplir con lealtad y honor el siguiente juramento médico: prometo solemnemente: consagrar mi vida al servicio de la humanidad... ejercer mi profesión dignamente y a conciencia... mantener incólumes, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica... velar con sumo interés y respeto por la vida humana... Solemne y espontáneamente, bajo mi palabra de honor prometo cumplir lo antes dicho” (Jaramillo Jaramillo, 2008, pág. 90).

La ley 23 de 1981 en el numeral 1 del artículo 1 señala: “4. La relación médico-paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico, el cual impone la más estricta reserva profesional”.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente y en concordancia con el artículo 2 de la citada Ley, una vez el profesional en medicina es catalogado por el Estado como una

persona idónea para el ejercicio de la profesión, mediante títulos expedidos por las autoridades académicas y una vez tomado el juramento médico, las personas pueden acudir en busca de su opinión, recomendación y/o tratamiento y es así como se entabla una relación médico-paciente.

Posteriormente en el Título II: Práctica Profesional, Capítulo 1: De las relaciones del médico con el paciente, la ley comienza a regular de manera específica aquella relación que surge entre un médico y la persona que será su paciente, determinando entre otros, casos, obligaciones, deberes y límites al surgimiento de la relación médico-paciente.

Esto quiere decir que surgen para las partes una serie de derechos y obligaciones puesto que, por regla general, la relación surge en virtud del principio de la autonomía de la voluntad. Hay que resaltar que a partir del momento en que se establece este vínculo el paciente es un "sujeto capaz de exigir el cumplimiento de prestaciones médicas susceptibles, no solo de generar obligaciones en el campo de la responsabilidad civil, sino también en lo concerniente al derecho criminal del Estado" (Lombana, 2007, pág. 9)

La ley respecto a la relación médico-paciente, se ocupa en primer lugar por determinar en qué casos en los cuales se configura la médico-paciente:

Artículo 5:

- “1. Por decisión voluntaria y espontánea de ambas partes.
2. Por acción unilateral del médico, en caso de emergencia.
3. Por solicitud de terceras personas.

4. Por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública.”

A renglón seguido la ley va regulando cada uno de los casos de la relación médico-paciente, en cuanto a la decisión voluntaria y espontánea de las partes, los artículos 6, 8, 14 y 20 de la mencionada Ley señalan que siempre debe mediar acuerdo de voluntad entre el médico y el paciente y para que esta relación pueda surgir ambas partes respetarán la libertad y la autonomía que cada uno posee.

En contraposición de la decisión voluntaria de las partes, la relación médico-paciente puede surgir aún sin la expresión de la voluntad por parte del paciente y esto ocurre, por ejemplo, en los casos de emergencia teniendo como fundamento la protección de la vida del paciente.

Finalmente, la ley determina que la relación médico-paciente puede surgir bien sea a través de entidades hospitalarias de servicio público o de entidades privadas. Si bien en estos eventos el paciente no elige voluntariamente al médico y se somete a ser atendido por quien se encuentre en turno, se configura la relación y por ende surgen una serie de derechos y obligaciones.

Con ocasión al surgimiento de una relación entre médico y paciente, la Ley 23 de 1981, establece la obligatoriedad de unos principios y deberes que debe observar el médico en el ejercicio de su profesión, tales como pero sin limitarse a:

El médico mantendrá su consultorio con el decoro y la respetabilidad que requiere el ejercicio profesional (artículo 9); El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para

hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente, el médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos o quirúrgicos que no se justifiquen (artículo 10); 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 (artículo 11); El médico solamente empleará medios diagnósticos o terapéuticos debidamente aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas, Si en circunstancias excepcionalmente graves un procedimiento experimental se ofrece como la única posibilidad de salvación, éste podrá utilizarse con la autorización del paciente o sus familiares responsables y, si fuere posible, por acuerdo en junta médica (artículo 12); El médico usará los métodos y medicamentos a su disposición o alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad (artículo 13); 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 (artículo 14); El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados; Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente (artículo 15).

La citada Ley tiene como objetivo regular la ética médica para así garantizar la prestación correcta del servicio médico en beneficio de los pacientes, todo esto, dentro del marco de la regulación de la relación médico-paciente. Es así como, en los eventos en que por

conocimiento de los miembros del Tribunal Nacional de Ética Médica se consideren violadas las normas de la presente Ley o por solicitud de una entidad pública o privada o de cualquier persona, un proceso disciplinario ético-profesional será instaurado en contra del médico, sin perjuicio a que también se inicien procesos por responsabilidad civil e incluso penal.

Tanto el médico como el paciente deben saber diferenciar entre las obligaciones legales y éticas en el momento de tomar decisiones, ya que en virtud de estas se desencadenan las posibles consecuencias y problemas: “los médicos deben adquirir y conservar un conocimiento adecuado de los componentes claves de las leyes y los reglamentos que afectan a sus pacientes y al ejercicio de su profesión” (Herrera, 2008, pág. 16).

Finalmente, del estudio de la presente Ley se concluye que su fin esencial es la dotación de elementos y principios éticos que inspiren al médico en su labor.

B. Ley 100 de 1993:

A partir de la expedición de la Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, se dispuso la creación de Entidades Promotoras de Salud (EPS) cuyo campo objetivo es “garantizar el plan de salud obligatorio a sus afiliados, las entidades promotoras de salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las instituciones prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las entidades promotoras de salud podrán adoptar modalidades de

contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos”¹.

Cada entidad promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de instituciones prestadoras de salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el consejo nacional de seguridad social en salud.

A partir de la expedición de esta Ley se comenzó a hablar de una relación institucional que deja un poco de lado la relación médico-paciente personal puesto que “en estos casos el paciente no busca voluntariamente al médico, se somete a ser atendido por quien se encuentra en turno o llamado” (Guzmán Mora, 2006, pág. 103).

En relación con lo mencionado anteriormente, encontramos que a raíz de la Ley 100, se incorpora un tercer actor en la relación médico paciente, la Entidad Promotora de Salud (EPS), la cual desarrolla un papel fundamental, en la prestación del servicio de salud en nuestro país.

¹ Ley 100 de 1993, artículo 179.

2. Relación médico paciente en el ámbito colombiano:

2.1 3d de la relación médico-paciente:

“Relación médico-paciente es aquella que se establece entre dos seres humanos: el médico que intentará ayudar al paciente en las vicisitudes de su enfermedad y el enfermo que entrega su humanidad al médico para ser asistido” (de Franciso, 2013)

La relación médico-paciente en el ordenamiento Colombiano encuentra su fundamento, como ya se comentó, en la Ley 23 de 1981 en especial a partir del Capítulo II y es entendida de manera general por la doctrina colombiana como “el encuentro de dos confianzas o también como el encuentro de una conciencia y una confianza” (de Franciso, 2013), en la cual ejercen un rol protagónico tanto el médico como el paciente, “sin el surgimiento de una mutua confianza entre los protagonistas del acto médico, es decir, entre el paciente y el profesional, es imposible el ejercicio de la medicina” (Córdoba Palacio, 2005, pág. 112).

Debido a la complejidad en el ejercicio de la profesión médica y en especial, de la relación que surge entre el médico y el paciente, se derivan una multiplicidad deberes y obligaciones para los actores principales de la relación médico paciente, es así como se existen tantos listados de deberes y obligaciones como autores.

No obstante lo anterior, en el ordenamiento Colombiano, en relación con los deberes de los médicos, reina la corriente que reconoce que el “ médico no tiene a su cargo una sola obligación, como pudiera pensarse en forma desprevenida (unicum prestacional), como quiera que el acto médico, cabalmente concebido, se desdobra en un nutrido número de

ejecutorias o actuaciones, de muy variada índole, temperamento e, incluso, cronología, hasta el punto que en este tema no es posible circunscribir el análisis a la unidad obligacional, de suyo inexistente en esta disciplina jurídica , sino a una red de prestaciones, tejida con arreglo a numerosos hilos” (Jaramillo Jaramillo, 2008, pág. 195).

La relación médico-paciente implica obligaciones especiales para el médico de atender el interés del paciente debido al conocimiento especializado que tienen los médicos y al desequilibrio de poder entre los médicos y sus pacientes. El compromiso fundamental del médico siempre debe estar dirigido hacia el bienestar y lo que mejor le convenga al paciente. (Herrera, 2008, pág. 19).

Finalmente, Adolfo de Francisco, reitera lo expuesto por la gran mayoría de doctrinantes afirmando que la relación médico-paciente:

Es aquella que se establece entre dos seres humanos: el médico que intentará ayudar al paciente en las vicisitudes de su enfermedad y el enfermo que entrega su humanidad al médico para ser asistido. Esta relación ha existido desde los albores de la historia y es variable de acuerdo con los cambios mismos que ha experimentado a través de los tiempos la convivencia entre los hombres, desde la mentalidad mágica dominante en las llamadas "sociedades primitivas" hasta la

mentalidad técnica que prevalece en los tiempos actuales (de Francisco, 1997).

En este punto es importante resaltar concluyendo, que la doctrina colombiana básicamente habla y se enfoca en la importancia que tiene la relación médico-paciente en la responsabilidad médica en nuestro país. Los autores colombianos realzan este tema ya que es el papel fundamental para la existencia del acto médico.

2.2. Deberes y Derechos del médico:

Las obligaciones que surgen de la relación médico - paciente, entendida como una relación jurídica² entre sujetos determinados llamados acreedor y deudor por virtud de la cual el último debe cumplir una prestación con el objeto de satisfacer un interés serio y legítimo del acreedor³ es aplicable a la relación médico paciente.

Como ya se mencionó, no existe en Colombia un criterio único que determine cuáles son las obligaciones o deberes del médico, no obstante, la doctrina colombiana coincide en la existencia de unos pilares fundamentales del ejercicio del acto médico.

² “La relación jurídica, en el campo del Derecho Privado, se puede configurar, justamente, como una relación de derecho objetivo que se establece entre persona y persona, al atribuir a una un poder e imponer a la otra un vínculo correlativo” (Betti, 1983, pág. 9).

³ Esto se sostiene en la Conferencia del Dr. Carlos Barrera Tapias dio en el año 1995.

2.2.1 Deberes del médico:

En primer lugar, los autores han reconocido la importancia de brindar una asistencia en salud, es decir, una “asistencia sanitaria, encaminada a satisfacer, en su real dimensión tutelar, el interés terapéutico – o sanitario- del paciente” (Jaramillo Jaramillo, 2008, pág. 211). En concordancia con la antes mencionado, el principal deber del médico según el ordenamiento Colombiano, es brindar al paciente un conocimiento especializado y una orientación profesional ante la existencia o sospecha de una enfermedad, siendo esta la materialización de la relación médico paciente, puesto que el paciente deposita su confianza en el profesional de la salud.

Si bien, en Colombia se reconoce la existencia de un deber principal, no por esto se debe considerar que los demás deberes u obligaciones del médico poseen un carácter secundario, sino que se deben ver como un conjunto de deberes que orientan al profesional de la salud.

La doctrina encuentra en el secreto profesional un deber del médico que va de la mano del deber de ética médica, el cual consiste en que toda la información que por razón del ejercicio de la profesión el médico conozca se haya visto, oído o comprendido no es ético o lícito revelar, salvo que exista una justa causa o que las disposiciones legales así lo requieran⁴. Así las cosas, la doctrina considera el secreto profesional como un deber relativo ya que a pesar que se le considera al médico como guardián de la intimidad de las personas, en algunos eventos se ve forzado a dejar en un segundo plano su deber, en aras del interés general.

⁴ En el Artículo 37, Ley 23 de 1981. Dice: El secreto profesional es una garantía constitucional que busca proteger los derechos fundamentales de la intimidad, la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad.

Dicho lo anterior, es pertinente resaltar que se considera que no hay violación al derecho profesional, si este va en concordancia con disposiciones legales, como por ejemplo el decreto 1543 de 1997, se obliga a notificar a las autoridades, a los enfermos de sida y los infectados, la existencia de dicho virus so pena de incurrir en un delito de violación de normas sanitarias consagrado en el Código Penal Colombiano.

Así mismo, la doctrina reconoce en cabeza de los médicos deberes como la asistencia y consejo, las cuales tienen como objeto brindar apoyo en todo momento al enfermo. De igual manera, se consideran deberes la diligencia y prudencia en virtud de los cuales el médico debe evitar todo comentario que despierte preocupación del paciente, empleando la máxima diligencia y cuidado en la atención brindada a su paciente. En este mismo sentido, se impone en cabeza del médico el deber de abstenerse de implementar procedimientos experimentales, salvo que sea la única posibilidad de salvación y exista autorización del paciente o sus familiares responsables, y si fuere posible, por acuerdo en una junta médica. Igualmente, se le exige al médico tratar dignamente a sus pacientes como a sus familiares

De conformidad con lo mencionado anteriormente, se concluye que en Colombia más que deberes se radican en cabeza del médico obligaciones para con sus pacientes, los cuales deben iluminar su desempeño día a día. Es por esto que de acuerdo con las estipulaciones del ordenamiento colombiano, es posible evidenciar que la profesión médica, en especial, la relación médico paciente, tiene un alto componente ético, que orienta esta disciplina en concordancia con el respeto de los derechos humanos. “El ejercicio médico se fundamenta hoy en los tres pilares éticos de Autonomía, Beneficencia y Justicia” (Guzmán Mora, 2006, pág. 342).

Se reconoce también en Colombia, el deber del médico de informar al paciente su situación y las posibles alternativas y riesgos que puede generar la relación médico-paciente, pero no en términos técnico científicos, sino expuestos de acuerdo al nivel cultural del paciente, para que este pueda comprenderla de forma clara y completa. (Gherzi C. A., 1998, pág. 21).

Es importante destacar que la información que debe entregarse al paciente más que un deber, es planteada por los autores colombianos como una obligación que además exige, entre otras cosas, que el paciente goce de capacidad para comprender la información que se le está dando, porque en el evento de prevalecer alguna incapacidad, la información debe ser suministrada al representante legal del paciente. De igual manera, los autores colombianos concuerdan en que la información dada al paciente o a su representante, debe ser veraz, simple y suficiente.

También concuerdan los autores en establecer que el destinatario de la información es el paciente como titular e interesado en conocer la información relativa a su estado de salud y la estrategia ingeniada por el médico para tratarlo. No obstante, aclara la doctrina colombiana que existen casos en los cuales los pacientes, por distintas circunstancias como la incapacidad mental dado un estado de inconsciencia, ser menor de edad y en casos de emergencia, no pueden expresar su voluntad de manera adecuada. Es por esto que en estos casos y otros casos, serán los familiares o representantes legales del paciente quienes deban dar su consentimiento, siempre bajo el entendido que cada situación debe revisarse con detenimiento puesto que existen eventos en los que por su complejidad, se permite al paciente expresar su voluntad, así por regla general, se creyera que no se encuentra en capacidad de hacerlo, tal y como se evidencia en el procedimiento de readecuación de sexo

de un menor de edad.⁵

“Como lo precisa un amplio sector de la doctrina, la información médica será indispensable para la gestación del consentimiento -propiamente dicho-, al igual que para el otorgamiento – puntual del asentamiento del paciente, una vez este se haya formado” (Jaramillo Jaramillo, 2008, pág. 221).

El llamado deber de información, encuentra su núcleo en el consentimiento informado, el cual el doctor Francisco Bernate Ochoa define como:

El acuerdo de voluntades, en virtud del cual el paciente manifiesta libre y espontáneamente su aceptación al procedimiento, precedido de una información suministrada por parte del profesional de la salud, la cual contiene el estado actual de salud del paciente, el contenido y los riesgos de la intervención, así como los riesgos de la no intervención (Bernate Ochoa, 2010, p. 131).

⁵ La Corte Constitucional en sentencia T-477 de 1995, magistrado ponente Alejandro Martínez Caballero, señala: “hay tratamientos ordinarios, esto es de poco impacto para la autonomía del niño, y de evidentes beneficios médicos para el mismo. En estos eventos, es claro que los padres pueden decidir por el hijo. Así, ninguna objeción constitucional se podría hacer al padre que fuerza a un niño de pocos años a ser vacunado contra una grave enfermedad. En efecto, a pesar de la incomodidad relativa que le puede ocasionar al infante la vacuna, los beneficios de la misma para sus propios intereses son evidentes. Por ello es razonable concluir que no se vulnera la autonomía del niño... En cambio, en la hipótesis contraria, no sería admisible constitucionalmente que un padre forzara a su hijo, que está a punto de cumplir la mayoría de edad, a someterse a una intervención médica que afecta profundamente su autonomía, y que no es urgente o necesaria en términos de salud, como una operación de cirugía plástica por mera razones estéticas. En efecto, en este caso el padre está usurpando la autonomía de su hijo y modelando su vida, pues le está imponiendo, de manera agobiante y permanente, unos criterios estéticos que el menor no comparte... NO es posible la ‘readecuación de sexo’, sin la autorización directa del paciente” (Corte Constitucional, 1995).

En este mismo sentido, afirma el Doctor Lombana que “por esa misma razón, el deber de información, desde el punto de vista legal, constituye el exponente principal del principio de autonomía” (Lombana, 2007, p. 223).

Gran mayoría de los autores colombianos encuentran desagrado en la denominación “consentimiento informado” y proponen referirse a esta como, “voluntad del paciente”, “asentimiento informado” y “consentimiento libremente informado”, entre otros. Algunos autores incluso, invitan al lector a diferenciar etapas de la información médica, en este sentido, la Doctora María Patricia Castaño de Restrepo señala que se debe:

Distinguir dos fases de la voluntad jurídica del paciente. 1. La que integra el elemento consentimiento necesario para la formación del contrato, es decir, el momento inicial en que el médico acepta tratar al paciente y este acepta ser tratado, acordando las condiciones en que desarrollará dicha relación.- y- 2. La que constituye el asentimiento que se requiere para poderle aplicar al paciente un tratamiento o procedimiento en el campo de la salud (Castaño, 1997, pág. 50).

Ahora bien, lo que se logra concluir de las distintas aproximaciones abordadas por los autores colombianos en materia de consentimiento informado o como cada autor lo desee denominar, es su importancia e irrenunciabilidad como parte fundamental de los deberes del médico y derecho del paciente.

El deber de información, también encuentra sustento en la historia clínica del paciente considerada esta, por la doctrina como, un documento privado, obligatorio y sometido a

reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud de una persona, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.

Es pertinente aclarar, que siendo la historia clínica un documento privado, el conocimiento que tengan el cuerpo médico o la institución tratante del paciente no se considera violación de la reserva, lo anterior se encuentra estipulado en el decreto 3380 de 1981 en su artículo 23: “El conocimiento que de la historia clínica tengan los auxiliares del médico o de la institución en el cual este labore, no son violatorios del carácter privado o reservado de esta”.

En concordancia con lo anterior, la Corte constitucional se ha pronunciado acerca de la reserva de la historia clínica en su sentencia T-650/99, Magistrado ponente el doctor Alfredo Beltrán Sierra, septiembre 2 de 1999, diciendo que:

El derecho a conocer y solicitar una historia clínica, desde el análisis constitucional, está ubicado no en el derecho fundamental al acceso a los documentos públicos, artículo 74 de la constitución, sino en el ámbito del derecho a la intimidad, derecho consagrado en el artículo 15 de la Carta, ya que se trata de una información privada, que solo concierne a su titular, y excluye del conocimiento a otras personas, así sean éstas, en principio, sus propios familiares. (Sentencia, 1999).

Posición que se ha repetido en varias ocasiones por la misma Corte Constitucional como se enmarca en las sentencias T-443 de 1994, T-158 de 1994, T-413 de 1993 y la T-161 de 1993.

Como un dato relevante al tema, la ley 57 de 1985 nos dice que la reserva de la historia clínica cesa treinta (30) años después de su expedición.

En efecto, la historia clínica tiene gran relevancia y es de gran importancia en la actividad médica puesto que es el documento más significativo dentro del acto médico.

El doctor Jaime Lombana, enumera las características y requisitos de la historia clínica, los cuales son acogidos por un amplio sector de la doctrina colombiana:

- a) Integridad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de salud y prevención específica.
- b) Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención.
- c) Racionalidad Científica: Es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindados a un usuario.
- d) Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesite.

- e) Oportunidad: El diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio. (Lombana, 2007, pág. 317).

Finalmente cabe destacar, la tendencia que existe en los autores en expresar la importancia y necesidad de reconocer tanto los deberes como derechos de los actores de la relación médico paciente, dentro de un marco de ética médica.

2.2.2 Derechos del médico:

Teniendo en cuenta que la relación médico-paciente, es una relación en doble vía, la legislación y doctrina colombiana reconocen múltiples derechos a los médicos.

La doctrina hace especial énfasis en el derecho a intervenir sin autorización en casos de urgencia en los cuales ante una grave afectación en la salud de un paciente y su imposibilidad de otorgar su consentimiento, el médico actúe protegiendo la vida de la persona y cumpliendo su deber de asistencia.

Por otra parte la doctrina plantea la posibilidad que el médico no preste sus servicios en casos que no sean de urgencia se esté en presencia de actos contrarios a la moral, cuando existen condiciones que interfieren el libre y correcto ejercicio de la medicina, el paciente recibe la atención de otro profesional que excluye la suya sin su previo consentimiento, el enfermo se rehúsa a cumplir las indicaciones prescritas por el médico, entendiéndose por

éstas no sólo la formulación de tratamientos sino también los exámenes, juntas médicas, interconsultas y otras indicaciones generales que por su no-realización afecten la salud del paciente, entre otros⁶.

Es necesario resaltar, la importancia que le reconoce el ordenamiento colombiano a la autonomía médico. Lo que se evidencia en el estudio de las prácticas colombianas es que ante situaciones o hechos que atenten contra la moral y cuando existan condiciones que interfieran el libre y correcto ejercicio de la profesión, el médico tenga la potestad de rehusarse a la prestación de un servicio en particular.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, es claro que el derecho de autonomía de los pacientes puede encontrar límites cuando existe amenaza o menoscabo de los derechos del médico o terceras personas, sin embargo, a manera de reflexión, debemos mencionar que el paciente también encuentra límites a su autonomía ya que “el poder de disposición sobre el propio cuerpo no parece llegar en nuestro ordenamiento hasta la disposición de la vida” (Ghersí C. A., 1998, p. 99).

Por último pero no por esto menos importante, si bien la medicina es una profesión que se orienta en principios humanitarios, el médico por su labor tiene derecho a percibir una remuneración con ocasión a la prestación de su servicio.

⁶ Esto es ampliamente discutido en la Ley 23 de 1981, artículo 6.

2.2.3 Derechos y obligaciones de los Pacientes:

A renglón seguido, el ordenamiento Colombiano reconoce tanto derechos como obligaciones a los pacientes, los cuales orientan y constituyen un aspecto fundamental en la relación médico-paciente.

Todas las obligaciones de los pacientes, así como sus denominaciones por parte de los doctrinantes, se pueden recapitular en las citadas a continuación:

- A. Tratar Digno al médico, a los auxiliares del médico, a otros pacientes y a los acompañantes. Dicho lo anterior, encuentra su sustento en los derechos del médico al trato digno, al buen nombre y a la honra.
- B. Cumplir las indicaciones prescritas por el médico, porque en caso contrario, la relación médico – paciente encontrará su fin.
- C. Pagar de manera total la remuneración a que tiene derecho el médico.

Por otra parte, encontramos que el ordenamiento Colombiano reconoce derechos a los pacientes, tales como:

- A. Escoger libremente al médico.
- B. Tomar decisiones respecto de su organismo
- C. Derecho a una información veraz, clara, oportuna y confidencial sobre su estado de salud
- D. Derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual
- E. Derecho a morir con dignidad

2.3. El acto médico:

El Doctor Fernando Guzmán Mora define el acto médico como:

En el cual se concreta la relación médico-paciente, es una forma especial de relación entre personas; por lo general una de ellas, el enfermo, acude motivado por una alteración en su salud a otra, el médico, quien está en capacidad de orientar y sanar, de acuerdo a sus capacidades y al tipo de enfermedad que el primero presente (Guzmán Mora, 2006, pág. 89).

El Doctor Fernando Guzmán, continúa señalando cuatro características fundamentales del acto médico:

1. El acto médico solo puede ser realizado por un profesional de la medicina.
2. La ejecución del acto médico debe estar conforme a la “Lex artis”
3. El acto médico debe tener por objetivo la curación o rehabilitación del enfermo y
4. El acto médico debe estar conforme a las normas legales, es decir debe ser lícito.

A manera de conclusión y en relación como lo mencionado anteriormente, de forma generalizada la doctrina considera el acto médico como aquel mediante el cual el médico, en aplicación de sus conocimientos, tiene como objetivo fundamental proteger la salud del paciente, poniendo en práctica todo su conocimiento para obtener un resultado favorable al paciente. De esta aproximación al acto médico se desprende necesariamente un tema abordado tanto por la jurisprudencia como por la doctrina y es que se reconoce que el acto

médico no es una actividad peligrosa en sí misma. En este sentido el doctor Felipe Vallejo J. resalta:

Nada resulta más contrario al ejercicio de la actividad médica, que se considere que constituye actividad peligrosa, porque si bien el médico puede prestar sus servicios directamente sobre el cuerpo humano y en su intento de curar al enfermo lo interviene y produce alteraciones, laceraciones y mutilaciones mediante el empleo de medicamentos, instrumentos y procedimientos quirúrgicos, lo hace precisamente para restablecer la salud del paciente, para ver de aliviar los padecimientos en que consiste su dolencia, para curar el mal que lo aqueja, en fin para conjurar un estado de cosas perjudicial... Por lo expresado, el ejercicio de la actividad médica no es una actividad peligros (Vallejo, 1993, pág. 62).

Por otra parte, respecto al acto médico, en la doctrina colombiana existe una tendencia a clasificar el acto médico en: (i) acto médico directo y el (ii) acto médico documental.

En primer lugar, los actos directos son “aquellos en los cuales mediante la intervención médica se trata de obtener la curación o alivio del enfermo” (Guzmán Mora, 2006, pág. 90).

Por otra parte, se expone el acto médico como un acto complementario al acto directo puesto que su “importancia legal radica en su validez como prueba dentro de cualquier reclamación o proceso”.

3. Nuevas Tecnologías en la medicina Colombiana:

Actualmente, la profesión médica y en general los sistemas de salud están siendo presionados por el envejecimiento de las poblaciones, el crecimiento de la demanda de servicios y nuevas y costosas tecnologías. No obstante, debemos tener en cuenta que "no toda innovación es un adelanto, ni toda innovación mejora la salud, ni toda innovación que puede mejorar la salud es coste-efectiva." (Gonzales B, pág. 49: 87-105).

Es necesario, abordar el tema desde la definición de tecnología médica de conformidad con la Organización Mundial de la Salud : "Cualquier instrumento, aparato o máquina que se utilice para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o que sirva para detectar, medir, restablecer o modificar la estructura o el funcionamiento del organismo con un fin sanitario determinado." (OMS.)

La innovación tecnológica ha implicado grandes avances en la medicina y por ende, ha logrado mejorar la salud de los pacientes. Sin embargo, a diferencia de otras industrias, la innovación tecnológica en salud, aumenta los costos para el sistema en vez de reducirlos. Es por esto que, existe una tendencia al señalar que las necesidades en salud son infinitas y los recursos son finitos y "cada vez va a ser más grande la brecha entre lo que "queremos" y lo que "podemos" ya que las presiones sobre el gasto en salud van a aumentar cada vez más." (Giedion U, 2011)

En Colombia, los pronunciamientos de la doctrina en materia de tecnologías médicas son escasos, por ende es necesario recurrir a la visión de la investigación del Ministerio de la Protección Social, la cual nos dice:

El concepto y alcance de tecnología en salud (o tecnología sanitaria) es inicialmente difuso. [...] Cuando se habla de tecnologías en salud cada vez se hace menos referencia a tecnologías curativas o de alto costo y, progresivamente se incluyen aquellas tecnologías con ámbitos administrativos, sociales, medioambientales y preventivos. Los estudiosos de las políticas en salud han entonces encontrado la importancia de la comprensión de la real dimensión de las tecnologías en salud en la emisión de estas políticas y en su impacto sobre los sistemas de salud [...]. Los sistemas de salud son cada vez más dependientes de las tecnologías. Es más, las tecnologías en salud han ganado importantes espacios en las agendas políticas y técnicas de los hacedores de políticas debido a la preocupación sobre el desconocimiento de su efectividad, costo y seguridad real en condiciones medias de aplicación (Cubillos Turriago, pág. 10).

El Ministerio de la Protección Social define las tecnologías como: “el conjunto de medios técnicos y de procedimientos puestos a disposición por la ciencia, la investigación y los operadores del sector salud para sus elecciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.” (Cubillos Turriago, pág. 11).

Como dato curioso, vemos que el surgimiento y establecimiento de las nuevas tecnologías ha generado un gran avance en el tema de la medicina, concretamente en los fármacos, especialmente en la insulina y en la hormona del crecimiento que son fabricados en la actualidad por medio de microorganismos modificados genéticamente. Así las cosas, podemos evidenciar que los avances tecnológicos incorporan a la sociedad colombiana prosperidad, por ejemplo, convirtiendo la gran diversidad de especies vegetales y animales resistentes a un gran número de patologías, evitando invertir en fungicidas y abonos para así poder obtener un producto de alta calidad.

Es necesario destacar que existe una tendencia natural a asociar las nuevas tecnologías con mejoras en el estado de salud o en la calidad de vida de las personas, sin embargo, debemos tener en cuenta que esto no es cierto en su totalidad y que en varios eventos los beneficios no han sido demostrados. Por ejemplo, el ingreso de nuevas tecnologías no cuenta con registro sanitario y/o con el aval técnico de las correspondientes entidades competentes en el país de origen y algunos usuarios tienden a buscar nuevos medicamentos, aun encontrándose en su etapa experimental. Situaciones como esas pueden generar mayores costos al sistema, sin mejorar la salud de los ciudadanos y se hace indispensable la evaluación tecnológica para garantizar que estas sean seguras, apropiadas y costo efectivas, para el medio en que se aplican. En este sentido, en Colombia tenemos un gran avance ya que mediante la Ley 1438 de 2011, artículo 92, se autoriza al Ministerio de la Protección Social para crear el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud cuyo objetivo principal será la evaluación de tecnologías en salud basada en la evidencia científica, guías y protocolos sobre procedimientos, medicamentos y tratamiento de acuerdo con los

contenidos del Plan de Beneficios y sus orientaciones serán un referente para la definición de planes de beneficios, para los conceptos técnicos de los Comités Científicos y la Junta Técnico Científico y para los prestadores de los servicios de salud. La creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, constituye una mejora en nuestro sistema de salud ya que le brinda al sector salud una herramienta adicional que le permite monitorear las tecnologías existentes en el país y las futuras.

3.1 Biotecnología

La biotecnología es una rama de la tecnología que se basa en la aplicación práctica, orientada a necesidades humanas, de la biología; la cual consiste básicamente en la manipulación de células vivas para la obtención y mejora de productos, como por ejemplo alimentos o medicamentos.

La biotecnología tiene aplicaciones en importantes áreas industriales como lo son la atención de la salud, con el desarrollo de nuevos enfoques para el tratamiento de enfermedades. De conformidad con la doctora Dolly Montoya el desarrollo biotecnológico impacta entre otros, múltiples sectores de la economía tales como el sector farmacéutico y la salud.

El sector farmacéutico: “Es la que ha recibido mayor atención a nivel internacional y en la que se han realizado las primeras aplicaciones de ingeniería genética. Se destaca la producción de productos derivados de ella, antibióticos y pesticidas por fermentación. La

investigación en este campo es abundante y prolifera la literatura científica y comercial de muchos productos.

En el sector salud: se aplica en producción de vacunas, vitaminas y se prevé que la introducción de anticuerpos monoclonales en la práctica médica, por "lo cual se iniciara una etapa de prevención y detección." (Montoya D, pág. 3)

Quizá la biotecnología es un tema igual de antiguo como la historia de la humanidad, del impulso del hombre de transformar todo lo que está a su alrededor, tenemos datos desde la época de las cavernas. Sin embargo, siendo un tema que no engloba las transformaciones a través de intervenciones biológicas, su genealogía data de otro momento. Esto es, de mediados del siglo XX, cuando el ser humano buscó sobre poblar de manera artificial un sinfín de especies, mejorando y perfeccionando sus técnicas para dicho objetivo con base al sistema de prueba y error, soportándose en los avances de la biología molecular y de la genética.

En Colombia se han logrado avances de gran importancia en materia de biotecnología, dentro de estos se encuentra el acuerdo de cooperación firmado por el gobierno colombiano en el 2011 con la Universidad de Monterrey en México para apoyar en la formación, desarrollo y fortalecimiento de un centro de investigación de biotecnología, el cual pretende impactar de manera positiva la productividad, competitividad y sostenibilidad de las comunidades colombianas a través del desarrollo de nuevos productos.

4. Crisis de la salud en Colombia, crisis médico-paciente:

A partir de la expedición de la Ley 100 de 1993, se creó una corriente que afirmaba que la relación médico-paciente había quedado completamente desdibujada por la creación de las Entidades promotoras de Salud.

La pregunta entonces al respecto sería ¿se genera alguna clase de distanciamiento en la relación médico-paciente y de generarse cuáles son sus causas? El abogado José Chacón concibe tres estadios para responder la pregunta:

Uno de ellos es el criterio economista como se viene manejando la salud en nuestro medio; en segundo lugar, la crisis económica propia del sub-desarrollo... tercero, la equivocada asignación de recursos a algunas empresas promotoras de salud, cuando estos dineros deberían ingresar directamente a la red hospitalaria pública y privada (Chacón, 2004, p. 45).

Si bien el doctor Chacón únicamente menciona tres estadios, de acuerdo con la realidad colombiana se puede señalar la existencia de un cuarto estadio a denotar y es el poco tiempo que tiene un médico con su paciente para conocerlo más, hecho generado por el nivel de carga laboral que obliga a limitar el tiempo entre cada consulta. Todo esto es

impuesto por las empresas que manejan el sector de la salud y la misma política pública que hace que la relación entre estos dos actores se vea afectada⁷.

Sin embargo, podríamos dar un paso ulterior y preguntarnos, además, ¿cuál es la causa de raíz que separa esta relación? A la atención de dichos cuestionamientos debemos precisar que la pérdida de dineros en la intermediación de las administradoras del régimen subsidiado (ARS), las cuales desangran el sistema de salud y se aprovechan de los 22.000 Colombianos que pertenecen a dicho régimen⁸, “la defensoría, con sus escasos recursos, comprobó que unos 100 mil millones de pesos, girados a las entidades territoriales entre 1999 y el 2000, fueron a parar en el bolsillo de unos avivatos, que montaron administradoras de papel” (Chacón, 2004, p. 49). Ahora bien, es comúnmente conocido que la Ley 100 no brinda las herramientas suficientes para ejercer un control real y sincero de los recursos destinados a la salud, lo cual hace que se convierta en un mercado atractivo para la corrupción.

A continuación, expondremos unas estadísticas en torno a la cobertura y prestación del servicio de salud en Colombia:

⁷ Para ampliar el punto anterior recomendamos visitar el Ministerio de la Protección Social cuando habla de la Cobertura en Salud, allí se encuentra la cobertura relacionada desde el año 2008 hasta el año 2012, en el siguiente link: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/CoberturasdelR%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>

⁸ Para confrontar este dato recomendamos revisar la tabla 1 de diciembre de 2012 del siguiente link: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/CoberturasdelR%C3%A9gimenSubsidiado.aspx> u observar la tabla que está en la siguiente página.



Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia
Dirección de Operación del Aseguramiento

DEPARTAMENTO	AFILIADOS CARGADOS EN BDUA DICIEMBRE 31 DE 2012		Total general	DANE (Estimación y Proyección)	COBERTURA
	Contributivo	Subsidiado			
ANTIOQUIA	3.220.651	2.355.679	5.576.330	6.221.817	89,63%
ATLANTICO	1.065.292	1.271.435	2.336.727	2.373.550	98,45%
BOGOTÁ D.C.	5.485.967	1.251.955	6.737.922	7.571.345	88,99%
BOLIVAR	615.587	1.367.571	1.983.158	2.025.573	97,91%
BOYACA	408.631	694.735	1.103.366	1.271.133	86,80%
CALDAS	401.225	456.885	858.110	982.207	87,37%
CAQUETA	66.901	292.424	359.325	459.515	78,20%
CAUCA	252.692	971.893	1.224.585	1.342.650	91,21%
CESAR	300.434	802.581	1.103.015	991.584	100,00%
CORDOBA	307.653	1.325.622	1.633.275	1.632.637	100,00%
CUNDINAMARCA	1.036.261	929.408	1.965.669	2.557.623	76,86%
CHOCO	49.940	398.341	448.281	485.543	92,33%
HUILA	295.929	736.155	1.032.084	1.111.947	92,82%
LA GUAJIRA	154.211	683.883	838.094	874.532	95,83%
MAGDALENA	369.059	921.524	1.290.583	1.223.875	100,00%
META	392.206	394.398	786.604	906.805	86,74%
NARIÑO	252.032	1.141.921	1.393.953	1.680.795	82,93%
NORTE DE SANTANDER	414.199	794.641	1.208.840	1.320.777	91,52%
QUINDIO	222.991	247.189	470.180	555.836	84,59%
RISARALDA	469.334	360.004	829.338	935.910	88,61%
SANTANDER	1.010.707	852.531	1.863.238	2.030.775	91,75%
SUCRE	157.816	784.375	942.191	826.780	100,00%
TOLIMA	445.987	733.335	1.179.322	1.396.038	84,48%
VALLE	2.280.491	1.832.296	4.112.787	4.474.369	91,92%
ARAUCA	35.559	179.259	214.818	253.565	84,72%
CASANARE	134.204	207.611	341.815	337.886	100,00%
PUTUMAYO	42.127	261.499	303.626	333.247	91,11%
SAN ANDRÉS	34.179	21.279	55.458	74.541	74,40%
AMAZONAS	12.585	52.426	48.953	70.604	69,33%
GUAINIA	3.604	35.860	22.962	28.454	80,70%
GUAVIARE	11.297	63.548	74.844	106.386	70,35%
VAUPES	2.596	26.307	23.930	41.141	58,17%
VICHADA	5.325	69.847	75.171	66.917	100,00%
Total general	19.957.672	22.518.417*	42.438.554	46.566.357**	

Figura 1: Tabla de la cobertura en salud en el año 2012

Para varios sectores colombianos, la institucionalización de la salud fue quizá uno de los peores errores cometidos en Colombia, ya que no apagó la hoguera por la cual el sistema de salud estaba pasando, sino que, por el contrario, avivó su llama. Cuando el interés propio supera el bienestar común se ve afectada la población, desarticulando y dejando sin herramientas a médicos y pacientes, poniéndolos de manera irreductible en una encrucijada.

Con ocasión a esto, se logró comprobar cómo se elevaron las denuncias de los pacientes y como se deterioró la relación médico-paciente, ya que en algunos casos, los médicos actuaron a la defensiva.

Es evidente como el sistema de salud actual asfixia el sistema judicial con miles de tutelas y demandas contra las EPS.

La Defensoría del Pueblo en conjunto con el Ministerio de Protección Social, ante la crisis, creó un sistema para evaluar el grado de confiabilidad de los usuarios frente a las EPS en sus dos modalidades, contributivo y subsidiado el cual contiene tres variables que a continuación anotaremos y cuyos resultados se evidencian en las gráficas a continuación:

- a) Respeto a los derechos.
- b) Evaluación por parte de los usuarios.
- c) Proceso y resultado de la atención en salud.

Grafica No. 2⁹



Resultados - Régimen Contributivo

CODIGO	ENTIDAD	RESPECTO A LOS DERECHOS	EVALUACIÓN POR PARTE DE LOS USUARIOS	PROCESO Y RESULTADOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD
EPS001	AIANSALUD	BAJO	ALTO	MEDIO - ALTO
EPS002	SALUD TOTAL	BAJO	MEDIO - ALTO	MEDIO - BAJO
EPS003	CAFESALUD	MEDIO - BAJO	MEDIO - ALTO	ALTO
EPS005	SANITAS	MEDIO - ALTO	MEDIO - ALTO	ALTO
EPS008	COMPENSAR	ALTO	MEDIO - ALTO	MEDIO - ALTO
EPS009	COMFENALCO ANTIOQUIA	MEDIO - BAJO	ALTO	ALTO
EPS010	EPS SURA.	MEDIO - ALTO	ALTO	ALTO
EPS012	COMFENALCO VALLE	MEDIO - BAJO	ALTO	ALTO
EPS013	SALUDCOOP	ALTO	MEDIO - BAJO	MEDIO - ALTO
EPS014	HUMANAVIVIR	BAJO	BAJO	BAJO
EPS015	SALUD COLPATRIA	ALTO	MEDIO - ALTO	BAJO
EPS016	COOMEVA	ALTO	MEDIO - BAJO	MEDIO - ALTO
EPS017	FAMISANAR	MEDIO - ALTO	BAJO	MEDIO - BAJO
EPS018	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD (SOS)	MEDIO - ALTO	MEDIO - BAJO	MEDIO - BAJO
EPS023	CRJZ BLANCA	ALTO	MEDIO - ALTO	MEDIO - ALTO
EPS033	SALUDVIDA	MEDIO - ALTO	BAJO	BAJO
EPS037	NUEVA EPS	MEDIO - ALTO	MEDIO - BAJO	MEDIO - BAJO
EPS039	GOLDEN GROUP	BAJO	BAJO	BAJO

⁹ Defensoría del Pueblo, Ranking EPS 2013, <http://www.defensoria.org.co/eps/>

Grafica No. 3¹¹

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Resultados - Régimen Subsidiado

CODIGO	ENTIDAD	RESPECTO A LOS DERECHOS	EVALUACIÓN POR PARTE DE LOS USUARIOS	PROCESO Y RESULTADOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD	CODIGO	ENTIDAD	RESPECTO A LOS DERECHOS	EVALUACIÓN POR PARTE DE LOS USUARIOS	PROCESO Y RESULTADOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD
CCF002	CCF ANTIOQUÍA "COMFAMA"	MEDIO - BAJO	MEDIO - BAJO	BAJO	EPSI01	DUSAKIWI (EPS-I CESAR Y GUAJIRA)	MEDIO - ALTO	MEDIO - BAJO	MEDIO - BAJO
CCF007	CCF CARTAGENA "CONFAMILIAR CARTAGENA"	ALTO	ALTO	MEDIO - ALTO	EPSI02	MANEXKA (EPS-I ZENU)	BAJO	MEDIO - BAJO	ALTO
CCF009	CCF BOYACÁ "COMFABOY"	ALTO	MEDIO - BAJO	MEDIO - ALTO	EPSI08	AIC - ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA (EPS-I CAUCA)	MEDIO - ALTO	MEDIO - ALTO	BAJO
CCF015	CCF CÓRDOBA "COMFACOR"	MEDIO - ALTO	MEDIO - ALTO	ALTO	EPSI04	ANAS WAYUU (EPS-I)	ALTO	BAJO	MEDIO - BAJO
CCF018	CCF CAFAM	BAJO	MEDIO - ALTO	MEDIO - BAJO	EPSI05	MALLAMAS (EPS-I)	BAJO	MEDIO - ALTO	MEDIO - ALTO
CCF023	CCF DE LA GUAJIRA	BAJO	MEDIO - ALTO	ALTO	EPSI06	PIJAS SALUD (EPS-I)	MEDIO - BAJO	ALTO	BAJO
CCF024	CCF HUILA "CONFAMILIAR HUILA"	MEDIO - BAJO	ALTO	MEDIO - ALTO	EPSS03	CAFESALUD	MEDIO - ALTO	ALTO	MEDIO - ALTO
CCF027	CCF DE NARIÑO	ALTO	MEDIO - BAJO	ALTO	EPSS14	HUMANAVIVIR	MEDIO - BAJO	BAJO	MEDIO - BAJO
CCF033	CCF DE SUCRE	ALTO	MEDIO - ALTO	ALTO	EPSS33	SALLUDIDA	BAJO	BAJO	BAJO
CCF053	CCF CUNDINAMARCA "COMFACUNDI"	BAJO	BAJO	BAJO	EPSS34	CAPITAL SALUD	BAJO	BAJO	ALTO
CCF055	CCF ATLÁNTICO "CAJACOPI"	MEDIO - ALTO	ALTO	MEDIO - ALTO	ESS024	COOSALUD	MEDIO - BAJO	MEDIO - BAJO	MEDIO - BAJO
CCF301	CCF COLSUBSIDIO	BAJO	BAJO	BAJO	ESS062	ASMET SALUD	ALTO	MEDIO - ALTO	MEDIO - ALTO
CCF302	CCF CHOCÓ "CONMFACHOCÓ"	MEDIO - ALTO	MEDIO - BAJO	BAJO	ESS076	AMBUQ (BARRIOS UNIDOS DE QUIBOO)	MEDIO - BAJO	ALTO	MEDIO - ALTO
EPS020	CAPRECOM	BAJO	BAJO	MEDIO - BAJO	ESS091	ECOOPSOS	MEDIO - BAJO	MEDIO - BAJO	BAJO
EPS022	CONVIDA	MEDIO - ALTO	BAJO	MEDIO - BAJO	ESS118	EMSSANAR	ALTO	MEDIO - ALTO	ALTO
EPS025	CAPRESOCA	ALTO	MEDIO - ALTO	BAJO	ESS133	COMPARTA	MEDIO - ALTO	MEDIO - ALTO	ALTO
					ESS207	MUTUAL SER	ALTO	ALTO	ALTO

Con base a las cifras podríamos concluir que el panorama no es tan desalentador, no obstante, las noticias que a diario presentan los medios de comunicación de nuestro país nos muestran todo lo contrario y es así como nos enfrentamos con un sistema en donde pulula la desconfianza entre médicos y pacientes, en donde la relación médico-paciente diseñada por el legislador en concordancia con la Constitución Política, figura como un deber ser más no como una realidad.

¹¹ Defensoría del Pueblo, Ranking EPS 2013, <http://www.defensoria.org.co/eps/>

Conclusiones:

El tema abarcado en la presente monografía puede catalogarse como delicado debido a que encierra temas de gran cuidado y atención como lo son la vida, la salud y la autonomía de las personas. Sin embargo teniendo en cuenta su complejidad, el propósito fundamental del presente estudio es contribuir para tener una perspectiva global de la situación colombiana en torno a la relación médico paciente y las nuevas tecnologías.

En primer lugar, debemos destacar la importancia y evolución de la relación médico-paciente puesto que esta configura uno de los pilares fundamentales de la medicina en la actualidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, podemos concluir que sobre el médico y el paciente, recaen una serie de deberes y derechos deben primar en la relación médico-paciente, puesto que por estar en juego derechos de gran connotación, cualquier incumplimiento por mínimo que sea, pueden acarrear daños mortales.

Por otro lado, también podemos concluir que con el pasar de los años, la medicina ha adquirido y permanece en constante perfeccionamiento técnico, es decir, que cada vez se va a ofrecer un mayor y mejor desarrollo, razón por la cual consideramos que la responsabilidad del médico es directamente proporcional a los avances. La salud humana es uno de los ámbitos más delicados puesto que participan una serie de derechos fundamentales que ejercen presión frente a los resultados. Es así como el ejercicio de la profesión médica exige cada vez más el cumplimiento de normas jurídicas, metodológicas y técnicas. De igual manera, el médico asume una responsabilidad social, ética y legal. Los médicos deben enfrentar a la muerte cada minuto y sus errores nunca son vistos con

consideración, por ello la tecnología se ha puesto al servicio de la medicina, abriendo nuevas posibilidades para la prevención, el diagnóstico y la atención de pacientes.

Finalmente, podemos concluir que la relación médico-paciente es un tema que ha sufrido varios debates tanto en la doctrina y como en la jurisprudencia colombiana, sin embargo, también cabe destacar que debido a su complejidad no es un tema de fácil aplicación. Razón por la cual consideramos que cada situación o evento debe examinarse de manera detallada y particular a la luz de los principios y preceptos legales, puesto que su complejidad imposibilita el establecimiento de reglas y procedimientos estandarizados y generales. Tal y como lo menciona la Corte Constitucional: “esto, en atención a la multiplicidad de factores que convierten cada asunto médico en un universo único e irrepetible” (Sentencia - Corte Constitucional, 2002).

No obstante, el estudio abordado en la presente monografía nos permite saber cuál es la posición de Colombia en cuanto a la relación médico paciente, lo cual nos brinda un punto de partida para futuros desarrollos en la materia.

Bibliografía

- Arranz Freijo, E., & Delgado, O. (2010). *Desarrollo psicológico en las nuevas estructuras familiares*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Barona Betancourt, R. (26 de Agosto de 2013). *Legislación y Jurisprudencia* . Obtenido de Médico Legal: http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/2001/7/2/leg_jur_4_v7_r2.pdf
- Bellver-Capella, V. (2012). Biotecnología 2.0.: Las nuevas relaciones entre la biotecnología aplicada al ser humano y la sociedad. *Persona y Bioética*, 16.
- Bernate Ochoa, F. (2010). *Imputación objetiva y responsabilidad civil médica*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Betti, E. (1983). Teoría general del Negocio Jurídico. *Revista de derecho privado*.
- Brigard Pérez, A. M. (2004). Consentimiento informado del paciente. *Revista colombiana de gastroenterología*.
- Cacarol. (20 de Mayo de 2006). *Procurador: la clonación de seres humanos en Colombia debe permanecer prohibida*. Obtenido de <http://www.caracol.com.co/noticias/actualidad/procurador-la-clonacion-de-seres-humanos-en-colombia-debe-permanecer-prohibida/20060520/nota/288803.aspx>
- Casación Civil, Sentencia-041 (31 de Marzo de 2003).
- Caso Schloendorff vs. Society of New York Hospital (Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos de América 14 de April de 1914).
- Castaño de Restrepo, M. (2004). *Derecho, genoma humano y biotecnología*. Bogotá: Themis.
- Castaño, M. P. (1997). *El consentimiento informado del paciente en la responsabilidad médica*. Bogotá: Temis.
- Castro de Arenas, R. H. (1995). *La reproducción humana asistida ante la constitución y la ley*. Ibagué: Forum Pacis.
- Castro de Arenas, R. H. (1999). *La revolución genética y sus implicaciones ético-jurídicas*. Bogotá: Doctrina y Ley Ltda.
- Chacón, A. J. (2004). *Fundamentos de responsabilidad médica*. Bogotá: Gustavo Ibáñez .
- Código de ética médica. (s.f.).

- Córdoba Palacio, R. (2005). *Elementos para el juicio bioético*. Medellín: Pontificia Bolivariana.
- Corte Constitucional, Sentencia T-477 (Magistrado Alejandro Martínez Caballero 1995).
- Criado del Río, M. T. (1995). *Valoración médico legal del daño a la persona por responsabilidad civil*. Madrid: Editorial Mapre.
- Cubillos Turriago, L. (s.f.). *Evaluación de tecnología en salud: Aplicaciones y recomendaciones en el sistema de seguridad social en salud en el caso colombiano*. Bogotá: Ministerio de Protección Social.
- de Francisco, A. (1997). *Humanismo y medicina*. Bogotá: En prensa.
- de Franciso, A. (29 de 08 de 2013). *Educación y práctica de la medicina*. Obtenido de Los fundamentos de la relación médico paciente: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/03-1999-05.pdf>
- Duque Z, J. H. (15 de 07 de 2013). *Sociedad colombiana de anestesiología y reanimación SCARE*. Obtenido de Archivo Médico : <http://www.scare.org.co/>
- Fajardo Sandoval, F. (s.f.). *El consentimiento informado: del paternalismo a la reivindicación de los derechos humanos del paciente*. Obtenido de Derecho médico files: <http://derechomedico.files.wordpress.com/2010/02/libro-consentimiento-informado-del-paternalismo-a-la-reinvidicacion-de-los-derechos-humanos-del-paciente.pdf>
- Feito Grande, L. (s.f.). *Ética profesional de la enfermería*. Madrid: Editorial y distribuidora S.A.
- Fernández Hierro, J. M. (1997). *Sistema de responsabilidad médica*. Barcelona: Comares.
- Franco, Z. (2007). Significado y proyección en la bioética en comunidades académicas de salud y educación. *Ciencias jurídicas y Sociales - Cuadernos de investigación No. 26*.
- Franco, Z. (2011). *Desarrollo humano y su relación con la bioética*. Manizales: Editorial Universidad de Caldas.
- Garza, R. (2004). La autonomía y el consentimiento informado en la relación médico-paciente. En *Justicia alternativa médica*. México D.F.: Editorial de la Facultad de Derecho y Criminología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Gherzi, C. A. (1998). *La relación médico-paciente en la responsabilidad civil*. Medellín: Librería Jurídica Sánchez.

- Gherssi, C. A. (1998). *La relación médico-paciente en la responsabilidad civil*. Medellín: Librería Jurídica Sánchez.
- Gómez Pavón, P. (2004). *Tratamientos médicos: Su responsabilidad penal y civil*. Barcelona: Editorial Bosch.
- Guzmán Mora, F. (2006). *Responsabilidad ética médica disciplinaria* . Bogotá: Universidad Libre.
- Guzmán, F., Morales, C., Franco, E., & Mendoza, J. (1995). El Consentimiento del Enfermo para el Acto Médico. En *De la Responsabilidad Médica*. Bogotá: Ediciones Rosaristas.
- Herrera, F. (2008). *Manual de responsabilidad médica*. Bogotá: Leyer.
- Iraburu, M. (2006). Sobre la clonación. *Grupo de Investigación: Ciencia, razón y fe*.
- Jaramillo Jaramillo, C. I. (2008). *Responsabilidad civil médica*. Bogotá: Auto-edición, CTP e impresión.
- Jaramillo Jaramillo, C. I. (2010). *La culpa y la carga de la prueba en el campo de la responsabilidad médica*. Bogotá: Editorial Javeriana.
- Ley 23 de 1981. (s.f.).
- Lombana, J. (2007). *Derecho penal y responsabilidad médica*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Mendoza Vega, J. (1995). *El consentimiento del enfermo para el acto médico*. Bogotá: Ediciones rosaristas .
- Millán, M. (07 de Junio de 2013). *Medicina genómica, alternativa de vida en Bucaramanga*. Obtenido de <http://www.vanguardia.com/informe-salud/investigacion/3780-medicina-genomica-alternativa-de-vida-en-bucaramanga/>
- Nulvalle. (13 de Febrero de 2004). Discutirán ley de reproducción asistida para el país. *El Tiempo*.
- Patiño, N. (2006). *Panorama sobre la legislación en materia de genoma humano en Colombia*. México D.F.: Editorial Universidad Autónoma de México.
- Pineda, J. (23 de Mayo de 2009). *La biotecnología ya está en la mira de Colombia*. Obtenido de El Tiempo: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-5258188>
- Resolución 3374 de 2000. (s.f.).

- Sánchez Arteaga, A. (1984). *La responsabilidad penal del médico*. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Santos Ballesteros, J. (2007). *Instituciones de responsabilidad civil*. Bogotá: Editorial Universidad Javeriana.
- Sarmiento, P. (2009). Bioética y genética, implicaciones bioéticas de los descubrimientos del proyecto genoma y sus aplicaciones. *Persona Y Bioética*.
- SCC, C-239 (1997).
- Sentencia - Corte Constitucional, T-1025 (Rodrigo Escobar Gil 2002).
- Sentencia - Corte Constitucional, C-238 (Gabriel Eduardo Mendoza Martelo 2012).
- Sentencia, T650/99 (Magistrado Alfredo Beltrán Sierra 02 de 09 de 1999).
- Sentencia, C-301 (2012).
- Sentencia Unificada, 337 (12 de Mayo de 1999).
- Serrano Escobar, L. G. (2000). *Nuevos conceptos de responsabilidad médica*. Bogotá: Ediciones Doctrina y Ley Ltda.
- Setencia de Tutela, T-1021 (2001).
- Setencia de Tutela, ST-1021 (Jaime Córdoba 2001).
- Tamayo Jaramillo, J. (2011). *Sobre la prueba de la culpa médica en derecho civil y administrativo: análisis doctrinal y jurisprudencial*. Medellín: Biblioteca Jurídica Díke.
- Tamayo, J., Martínez, G., Castaño, M., Ghersi, C., Vásquez, R., Jaramillo, C., . . . Suarez, D. (1993). *Responsabilidad civil médica en los servicios de salud*. Medellín: Biblioteca Jurídica Díke.
- Unicef-Udelar. (2003). *Nuevas formas de familia, perspectivas nacionales e internacionales*.
- Vallejo, F. (1993). Ensayo crítico de la jurisprudencia. *Revista de la academia colombiana de jurisprudencia*.
- Yepes Restrepo, S. (1992). *La responsabilidad civil médica*. Medellín: Biblioteca Jurídica Díke.
- Organización Mundial de la Salud. (2003) *Dispositivos médicos seguros*.

González B. (2007) *La incorporación de nuevas tecnologías en el Sistema Nacional de Salud. Coste-efectividad y presiones sobre el gasto sanitario*. Presupuesto y Gasto Público.

Giedion, U. (2011) Foro organizado por la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral ACEMI, la Federación de Aseguradores Colombianos FASECOLDA y el Capítulo Colombiano de ISPOR, (International Society for Pharmacoeconomics & Outcomes Research). "*Nuevas tecnologías en salud ¿qué puede aprender Colombia? Prioridades, retos y estrategias* Bogotá.

Montoya, Dolly. *Asociación de Profesores de la Universidad Nacional*.