



Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología

www.elsevier.es/rccot



EDITORIAL

Un nuevo código de ética médica

A new medical ethics code

Juan Manuel Herrera



Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología

Una ley estatutaria es un mandato general, por ejemplo, "Amarás a Dios sobre todas las cosas". Las leyes ordinarias en cambio definen cómo se debe hacer. Por ejemplo, en algunas culturas amar a Dios sobre todas las cosas incluye decapitar infieles, mientras que en otras incluye el respeto absoluto sobre la vida. El mandato general es el mismo, la mecánica del cómo puede variar ampliamente.

A propósito de la inminente entrada en vigencia de la ley estatutaria en salud, es importante aclarar que lo médicos perdimos un artículo muy importante en lo referente al talento humano en salud, pero alcanzamos al tiempo el más importante logro de los últimos 100 años en la historia de la medicina colombiana: la autonomía, verdadera y establecida legalmente. Tendremos en adelante el poder de decidir plenamente sobre el manejo de las patologías de nuestros pacientes.

Este logro, sin embargo, es a la vez el más importante derecho práctico que adquirieron nuestros pacientes. Como paciente, porque algún día lo seré, tendré derecho a que mi médico decida autónomamente, basado en su conocimiento, experiencia y evidencia cuál es la mejor alternativa de tratamiento para mí. No existirá en adelante ningún tipo de cohesión ni limitante para que mi médico elija la mejor alternativa de tratamiento para mi enfermedad y, además, en mi beneficio personal, ya sea este para aliviarme o curarme.

De esta forma, el derecho a la autonomía médica consagrado en el artículo 17 de la Ley estatutaria en salud, declarado exequible por la corte constitucional en la sentencia C-313 de mayo 29 de 2014, pasará a sanción presidencial sin ninguna posibilidad de cambio en lo que resta de su trámite así:

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

Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente.

La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias.

Parágrafo. Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas o dádivas a profesionales y trabajadores de la salud en el marco de su ejercicio laboral, sean estas en dinero o en especie por parte de proveedores, empresas farmacéuticas, productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos o de insumos, dispositivos y/o equipos médicos o similares.

De este texto, se derivan una cantidad de responsabilidades para nosotros los médicos, dentro de las cuales la principal y primaria es reglamentar y autorregular nuestro ejercicio profesional desde el punto de vista ético. Claramente, el espíritu de nuestra autonomía consagrado en esta futura ley estatutaria incluye la autorregulación en su parágrafo, con respecto a nuestra relación con la industria médica. Se nos entrega la autonomía, con un marco legal sólido, y debemos ahora definir qué es una prebenda, qué es una dádiva y qué es una promoción.

Esta diferenciación es importante, porque la Ley 23 de 1981 (Código de ética médica), en su artículo 61 dice:

Correo electrónico: editor.revistacolombiana@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccot.2015.05.001>

0120-8845/© 2015 Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Artículo 61. El médico tiene el derecho de propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore con base en sus conocimientos intelectuales y sobre cualesquiera otros documentos, inclusive historias clínicas, que reflejen su criterio o pensamiento científico.

Por lo tanto, dicho derecho de propiedad intelectual puede ser explotado con fines comerciales, y el médico tiene un derecho lícito a recibir remuneración por el mismo, al igual que sobre sus patentes, las cuales representan un bien (igual que un predio o un dinero que puede invertir libremente en la bolsa de valores), lo cual está ampliamente definido y reglamentado en el Derecho Comercial Colombiano, y tampoco es objeto de discusión en este artículo.

Pero de estas consideraciones si se deriva la urgente necesidad de discutir acerca de dónde debe trazarse la línea entre lo que es una remuneración válida derivada del ejercicio profesional y lo que es una dádiva, prebenda o promoción. Poco importa ya el romanticismo hipocrático, puesto que en el tiempo de Hipócrates no existían las multinacionales de industria médica tratando de influenciar su juicio médico desde países de Europa, Asia o Estados Unidos. En realidad para Hipócrates ni siquiera existía una parte de Europa, una parte de Asia y toda América. Su contexto era otro, diferente al nuestro. Al mismo tiempo nuestro contexto, una vez entre en vigencia la Ley estatutaria en salud, será otro.

De una manera un poco simplista, y lejos de ser un experto en el área, quisiera plantear una discusión abierta sobre el tema con los siguientes puntos:

Determinar si es válido un código de ética único bajo la óptica de una ley estatutaria o si debería existir uno en cada especialidad médica, ajustado a las realidades y particularidades de cada una.

Quién debe validar en primera instancia el código de ética médica: el Tribunal Nacional de Ética Médica, el Congreso de la República, el Ministerio de Salud, la Corte Constitucional o las asociaciones de pacientes.

Quiénes tendrían que promoverlo: la Academia Nacional de Medicina, la Asociación de Sociedades Científicas o la Federación Médica Colombiana.

Dónde debe trazarse la línea entre la explotación lícita, válida y justa de un derecho intelectual y una promoción, prebenda o dádiva.

Determinar si dicha línea debe ser la misma para todas las especialidades médicas o si debe tener matices, dadas las particularidades actuales de cada una de ellas.

Quién deberá juzgar éticamente a los actores no médicos, asistenciales y sobre todo administrativos, en caso de que estos reciban dádivas, prebendas o promociones.

Cuáles serán los mecanismos de control asistencial y administrativo para determinar una falta ética; es decir, cómo se controlará el tan popular y ya casi irracionalmente aceptado CVY (Cómo Voy Yo ahí) administrativo y asistencial. Porque los médicos tenemos algo de control, mientras que los administradores del sistema prácticamente no lo tienen.

Por supuesto, no me corresponde a mí decidirlo y mucho menos en estas breves notas. Sin embargo, lo que definitivamente no debe ocurrir es que los médicos nos vayamos a enredar etéreamente en discusiones estériles y conflictos de egos sobre a quién le corresponde presentar lo que sería un proyecto de ley en ética médica, en lugar de presentarlo como una propuesta estructurada y debidamente soportada por todas las formas de agremiación o asociación que hoy en día tenemos. Si no conseguimos unificar criterios en la materia, vamos a terminar con una colcha de retazos en vez de una ley de ética médica. Y, nuevamente, incluso antes de su promulgación, estaríamos ya vulnerando el apenas inminente derecho estatutario de la autonomía médica al que tienen derecho principalmente los pacientes y en un segundo plano nosotros como sus médicos.