

El derecho fundamental y la autonomía profesional

En las audiencias, foros y análisis que antecedieron la propuesta fallida de reforma a la salud que no alcanzó a tramitarse en las comisiones respectivas del Congreso, brilló por su ausencia o solo cita marginal la ley estatutaria de la salud (LES), un logro de la sociedad civil cuya dimensión y alcance muchos médicos desconocen, otros actores apenas mencionan y hasta ignoran deliberadamente por distintos motivos ⁽¹⁾.

Esta ley le dio a la salud la categoría de derecho fundamental autónomo, irrenunciable en lo individual y colectivo; además, lo regula y establece sus mecanismos de protección.

Como consecuencia lógica frente a tal avance social, el Estado, en ejercicio de la rectoría del sistema, tiene el deber de materializarlo a partir de políticas públicas, propuestas legislativas, controles constitucionales y actos administrativos.

Los médicos tenemos parte de responsabilidad para que el derecho fundamental a la salud no sea una quimera, trascienda la letra y sea una realidad disfrutada por toda la población sin restricciones ni engaños.

La Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC) integra la Gran Junta Médica, que propuso 14 puntos para una reforma estructural que recogió el presidente Juan Manuel Santos, quien la radicó en el Congreso, donde finalmente se gestó la LES.

Los 14 puntos se basaron en la sentencia 760 de la Corte Constitucional de 2008, que acometió la revisión de 22 acciones de tutela por situaciones que vulneraban el derecho a la salud y concluyó la Corte Constitucional en que es un derecho fundamental por sí mismo, no por conexidad.

La otra razón que nos involucra a los médicos tiene que ver con la autonomía profesional tutelada por la LES, pero en el marco de la autorregulación, la evidencia, la racionalidad y la ética.

Superamos la invocación retórica de la autonomía y pasamos a su protección jurídica y estatutaria como pilar garantista del derecho a la salud. Esta novedad tiene implicaciones esenciales para el ejercicio profesional frente a las decisiones que adoptemos según los requerimientos en salud de nuestros pacientes.

Asimismo, con el propósito de racionalizar el gasto en salud, se acordaron seis exclusiones explícitas para que una tecnología sea pagada con recursos públicos y que se conciertan a través de un procedimiento técnico-científico público, colectivo, participativo, transparente, y del que hacemos parte las sociedades científicas con expertos temáticos y otros actores de la salud ⁽²⁾.

Las exclusiones acordadas son: a) que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o el mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas; b) que no exista evidencia científica sobresu seguridad y eficacia clínica; c) que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; d) que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; e) que se encuentren en fase de experimentación; f) que tengan que ser prestados en el exterior.

Este consenso permite definir explícitamente las tecnologías que no serán cubiertos con recursos públicos, lo que no obsta que en uso de nuestra autonomía y sustentados en la evidencia, de manera excepcional, los médicos

podamos ordenar la prescripción de una tecnología excluida para ser cubierta por el sistema si se constituye en la única alternativa o terapia que garantice el mínimo vital para un caso individual o para eventos colectivos, como en la presente coyuntura pandémica.

Este último caso de inaplicación de la norma acontece con las vacunas contra el COVID-19, las que no pudieron cursar por todos los procesos que convencionalmente el sistema de salud y la autoridad competente demandan para el registro de una tecnología (dispositivo, insumo, medicamento o biológico), desde la perspectiva de la eficacia, la seguridad y la suficiente información sobre eventos adversos a corto, mediano y largo plazo, antes de ser comercializada y distribuida ampliamente.

Para atender las necesidades sobrevinientes en salud y protección de vidas determinadas por el COVID-19, el gobierno nacional tuvo que expedir una norma por la cual se establecen las condiciones sanitarias para el trámite y otorgamiento de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia (ASUE) para medicamentos de síntesis química y biológicos destinados al diagnóstico, la prevención y tratamiento del COVID-19, que aún no cuentan con toda la información requerida para la obtención del registro sanitario, en vigencia de la emergencia ⁽³⁾.

Para citar un ejemplo más, en torno al manejo de las complicaciones, la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) como herramienta de ventilación mecánica en el síndrome agudo respiratorio grave (SARS) por COVID-19, que si

bien se puede considerar por fuera de las indicaciones originalmente registradas, está disponible para que los intensivistas y otras especialidades dispongan de ella bajo requisitos estandarizados, después del intento sin éxito de la ventilación mecánica original y otras, como la ventilación en pronó.

Es decir, las exclusiones se inaplican si vulneran los derechos a la vida, a la integridad personal y a la salud pública, pero bajo la premisa de la autonomía profesional y la evidencia científica. Es decir, prima el goce efectivo del derecho sobre la salvaguarda del equilibrio financiero ⁽⁴⁾.

De igual manera, la LES contempla la protección de la autonomía profesional y prohíbe su constreñimiento, presión o restricción, por lo que ordena su amparo a los tribunales, organismos profesionales e instancias de vigilancia y control, al tiempo que hacer respetar la autonomía del paciente ⁽⁵⁾.

Pero la autonomía médica no es una patente de corso para desarrollar a entero libertinaje los designios del profesional médico protegidos por la Constitución. Tiene sus límites dictados por la autorregulación en un marco colectivo de racionalidad, evidencia científica y ética; lo que nos impone a las sociedades científicas la tarea de regular concertadamente la conducta y las actividades de nuestros pares.

En esa perspectiva también se inscribe la prohibición de las dádivas y prebendas que la resolución sobre el registro de transferencias de valor entre actores de la salud intenta llevar a efecto ^(6, 6).

Sin embargo, más allá de las normas perentorias, efectivas o inocuas, lo que debe prevalecer es la autonomía como tal, como una decisión individual inmersa en el concepto del profesionalismo médico, que no suponga la vigilancia y el control estatal para su rigurosa aplicación, sino como parte del comportamiento habitual, como legado del proceso formativo, auspiciada desde las instituciones formadoras, la academia y las sociedades científicas, bajo la premisa del *deber ser*.

No es justo ignorar la importancia de la industria con todos sus matices en los procesos de educación médica continua (EMC), su papel relevante para el desarrollado de la innovación, la transmisión del conocimiento y el fortalecimiento de la oferta virtual que complementa los necesarios eventos presenciales.

No obstante, en la perspectiva de la LES, la autorregulación nos impone la pertinencia clínica, el uso racional de las tecnologías y solo lo que los pacientes requieran y “no debe permitirse el uso inadecuado de tecnologías médicas que limite o impida el acceso a los servicios a quienes lo requieran” ⁽⁷⁾.

Esta última afirmación del legislador nos impulsa a actuar con el deber ser profesional, lo que no implica rupturas con el aparato productivo, con la industria; solo que debemos relacionarnos como agentes independientes que cumplimos tareas complementarias, lejos de operar como subordinados bajo condiciones de dependencia cuando no hay vínculo laboral.

En ese sentido, actuar y decidir sin compromisos y solo bajo la égida de la autonomía y la independencia, sin que se desdeñe la colaboración propositiva y dirigida a un objetivo común, humanitario y fundamental como es la salud, debe ser el punto de encuentro y no de la divergencia.

REFERENCIAS

1. Congreso de la República de Colombia. Ley 1751 del 16 de febrero de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. Diario Oficial N.º 49427. Disponible en: <https://bit.ly/2RtkJ4b>
2. Congreso de la República de Colombia. Ley 1751 del 16 de febrero de 2015. Artículo 15. Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. Diario Oficial N.º 49427. Disponible en: <https://bit.ly/2RtkJ4b>
3. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 1787 del 29 de diciembre de 2020. Por el cual se establecen las condiciones sanitarias para el trámite y otorgamiento de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia - ASUE para medicamentos de síntesis química y biológicos destinados al diagnóstico, la prevención y tratamiento de la Covid-19 en vigencia de la emergencia sanitaria. Disponible en: <https://bit.ly/2RtlOsL>
4. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-313/2014. Concepto de constitucionalidad proyecto de ley estatutaria sobre derecho fundamental a la salud. Disponible en: <https://bit.ly/2RuHEvW>
5. Congreso de la República de Colombia. Ley 1751 del 16 de febrero de 2015. Artículo 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. Diario Oficial N.º 49427. Disponible en: <https://bit.ly/2RtkJ4b>
6. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 2881 de 2018. Por la cual se crea el registro de transferencias de valor entre actores del sector salud y la industria farmacéutica y de tecnologías en salud.
7. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 del 19 de enero de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial N.º 47957. Disponible en: <https://bit.ly/3g8H4fA>

César Augusto Burgos-Alarcón

EXPRESIDENTE, ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE DERMATOLOGÍA Y CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

PRESIDENTE, ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS - ACSC - 2018-2020

ORCID [HTTPS://ORCID.ORG/0000-0003--3471-221X](https://orcid.org/0000-0003-3471-221X)

COMO CITAR: BURGOS, CA. EL DERECHO FUNDAMENTAL Y LA AUTONOMÍA PROFESIONAL. REV ASOC COLOMB DERMATOL. VOL 29(2): ABRIL-JUNIO, 2021, 94-96

DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.29176/2590843x.1618](https://doi.org/10.29176/2590843x.1618)