

**AUTONOMÍA MÉDICA DE LA LEY 100 DE 1993 AL NUEVO PANORAMA DE LA  
LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015**

**OSCAR FABIAN MONCADA GIRALDO**

**JOSE DAVID CORRAL**

**UNIVERSIDAD SAN BUENAVENTURA  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLITICAS  
ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO LABORAL Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL  
SANTIAGO DE CALI  
2016**

**AUTONOMÍA MÉDICA; DE LA LEY 100 DE 1993 AL NUEVO PANORAMA DE LA  
LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015**

**OSCAR FABIAN MONCADA GIRALDO**

**JOSE DAVID CORRAL**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA DE  
DERECHO LABORAL Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

**DOCTORA**

**STEFANNY BRAVO GONZALES**

**UNIVERSIDAD SAN BUENAVENTURA  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLITICAS  
ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO LABORAL Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL  
SANTIAGO DE CALI**

**2016**

## Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN .....	4
2. SUPUESTOS DE LA AUTONOMÍA MÉDICA .....	5
2. AUTONOMÍA MÉDICA LEY 100 DE 1993 .....	11
3. LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015 .....	19
CONCLUSIONES.....	22
BIBLIOGRAFIA .....	23

## INTRODUCCIÓN

El presente escrito pretende abordar el tema de la autonomía médica en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993 y el Decreto 131 del 2010 antes de considerarse inexecutable mediante Sentencia C-289 de 2010, el cual limitó el alcance del ejercicio de los profesionales de la salud, a costa de una supuesta crisis del sistema de salud dados los altos costos de los procedimientos médicos y los medicamentos que se prescribían a los pacientes.

La evidencia nos muestra por otro lado que la salud pasó a ser una preocupación netamente económica, afectando drásticamente la calidad del servicio y las condiciones laborales de los médicos, teniendo así consecuencias sociales que recaen en la reputación de los profesionales en medicina y la pérdida de vidas colombianas que con la mencionada legislación parece que la salud de los colombianos, estuviese condicionada a consultas médicas de 15-17 minutos donde se valora una patología y no un ser humano, medicamentos de bajo costo que no son los más adecuados para mitigar los efectos de las enfermedades pero sí, los más adecuados para proteger los intereses de las prestadoras del servicio de salud en el País. (Defensoría Del Pueblo, Autonomía Médica y su Relación con la Prestación de los Servicios de Salud. Bogotá DC. Imprenta Nacional de Colombia, 2007).

Por último se discutirá una posible solución al problema de la autonomía médica en el país, retomando los supuestos que estableció el sociólogo médico Eliot Friedson en su obra *Profession of Medicine* y el nuevo panorama dada la Ley Estatutaria 1751 del 2015.

## 2. SUPUESTOS DE LA AUTONOMÍA MÉDICA

Primero debemos definir que es autonomía médica, que según la Universidad de Navarra es:

La capacidad de decisión del médico en el contexto de una relación terapéutica. La participación activa del paciente no convierte al médico en un mero servidor que obedece lo que el enfermo le impone dictatorialmente: el médico conserva su propia capacidad de decisión y puede negarse a realizar acciones que considere inadecuadas, sea por razones médicas. (Universidad de Navarra, diccionario, sf.).

Julio Portocarrero Martínez (2010: 4), explica:

...muchos entienden que alguien autónomo es quien puede actuar sin control, sin responder por su conducta. No obstante, el concepto moderno de autonomía, propuesto por Kant, se refiere a la capacidad del individuo de gobernarse por una norma que él mismo acepta como tal, sin coerción externa. En este sentido, autónomo es quien actúa dentro del marco de una norma libremente adoptada.

La Asociación Médica Mundial de la Salud (Portocarrero, 2010: 8), adoptó los siguientes principios en aras de reconocer los problemas y las dificultades que actualmente se presentan en la autonomía y autorregulación profesionales:

1. El elemento principal de la autonomía profesional es la garantía de que el médico pueda emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes.
2. La calidad de la atención prestada a los pacientes y la competencia del médico que entrega dicha atención, deben ser siempre la preocupación primordial de cualquier sistema de autorregulación. Los médicos tienen la experiencia para hacer las evaluaciones necesarias. Tales evaluaciones deben utilizarse en beneficio de los pacientes para asegurarles la calidad continua de la atención prestada por médicos competentes. Dentro de esta preocupación está también la necesidad de supervisar los adelantos en la medicina científica y la utilización de métodos terapéuticos seguros y efectivos. (Portocarrero, 2010: 8).

Tal y como lo afirma la mencionada Asociación, la autonomía médica se basa en que el profesional esté en plena libertad y capacidad de emitir su opinión acerca de cuál es el tratamiento más adecuado para sus pacientes, todo en beneficio de la calidad del servicio y por ende de sus usuarios.

El sociólogo médico Eliot Friedson (1988: 12), en su obra *Profession of Medicine* define la autonomía profesional como: “el derecho que tiene una profesión a establecer sus propios estándares de calidad y afirma que la sociedad concede éste derecho a los profesionales a causa de tres supuestos”. (Portocarrero, 2010: 6)

1. **Maestría técnica:** el profesional tiene conocimiento técnico inalcanzable para la gente del común.

2. **Altruismo:** el profesional antepone los intereses de aquel a quien sirve por encima de sus propios intereses.
3. **Autorregulación:** que los profesionales se regulan el uno al otro, sin necesidad de control externo. (Portocarrero, 2010: 6)

Es importante hacer hincapié en la confianza que otorga la sociedad a los profesionales de contar con autonomía para su ejercicio profesional, la sociedad confía no sólo en el conocimiento científico de los profesionales sino en su capacidad para este caso específicamente, de velar por la salud de los mismos. La realidad en Colombia es la pérdida de confianza en la profesión médica pero, ¿qué pueden hacer los médicos cuando las entidades prestadoras del servicio controlan la práctica médica, establecen el número de paciente que deben atender por hora, número de exámenes que ordenar y sin duda los medicamentos que pueden prescribir?

Estas acciones constituyen sin lugar a duda una intromisión externa que desconoce la autonomía médica provocando que los médicos sean cada vez más despreciados e irrespetados por la sociedad colombiana.

Para recuperar la autonomía médica se hace necesario entonces fortalecer los supuestos mencionados anteriormente y sin duda contar con una cohesión mayor del gremio médico para lograr un cambio.

“Sin autorregulación no hay autonomía” dice Freidson (1988: 12), así que si la profesión cumple con autorregularse mediante estándares de atención soportados en la mejor evidencia científica disponible, la sociedad y la profesión ganan, la primera porque

es la directa beneficiaria de una atención de calidad y la segunda porque se hace innecesaria la intervención de terceros para regularla.

Existe evidencia de cómo estableciendo estándares de atención soportados en la mejor evidencia científica disminuyendo así la variabilidad en la práctica médica se han obtenido los mejores resultados.

En la década de los setenta se introdujeron dos conceptos:

1. Estudios probabilísticos, constituyéndose como la mejor evidencia acerca de qué intervenciones son eficaces en medicina.
2. La mejor práctica, la cual, utiliza los resultados de la investigación científica en el cuidado de pacientes individuales.

De los resultados satisfactorios de la práctica de estos conceptos, nació el movimiento conocido como “medicina basada en la evidencia”, el cual sirvió de base para la formulación de estándares, que no son más que recomendaciones explícitas para situaciones específicas, soportada en investigación validada estadísticamente.

Como expresa Francisco Miranda (2010:26):

Por ello, en las últimas dos décadas diversos grupos de investigación, a nivel mundial, han desarrollado métodos e instrumentos que guían el análisis e interpretación de la literatura científica y permiten emitir recomendaciones calificadas por su calidad y solidez. Esto que se ha acuñado con el término “medicina basada en evidencia” se ha trasladado también a la política pública para tener políticas basadas en evidencia.

Así, en Colombia sería posible que los médicos, a través de sus propios representantes, definan unos estándares de práctica profesional basados en la mejor evidencia científica disponible y que, una vez los adopten libremente, es decir autorregulándose, sin intromisión externa, se comprometan formalmente a cumplir con dichos estándares.

Éste esfuerzo significaría una mejor calidad de atención para los pacientes, reavivando la confianza en la profesión ya que la práctica médica estaría acorde con el conocimiento universal. Además que mejoraría la eficiencia en la utilización de los recursos del sistema de salud con intervenciones comprobadas como efectivas en la práctica médica que de no ser utilizadas, acarrearía con intervenciones futuras que pudieron evitarse desde un principio y al final se traducen en mayores costos de la no calidad.

Ahora, frente a la autorregulación como se definió anteriormente, son los profesionales y sus pares los que deben ejercer dicha actividad sin necesidad de una coerción externa. Respecto a la autorregulación la Asamblea Médica Mundial se pronuncia así:

La calidad de la atención prestada a los pacientes y la competencia del médico que entrega dicha atención, deben ser siempre la preocupación primordial de cualquier sistema de autorregulación. Los médicos tienen la experiencia para hacer las evaluaciones necesarias. Tales evaluaciones deben utilizarse en beneficio de los pacientes para asegurarles la calidad continua de la atención prestada por médicos competentes. Dentro de esta

preocupación está también la necesidad de supervisar los adelantos en la medicina científica y la utilización de métodos terapéuticos seguros y efectivos. Los procedimientos experimentales deben cumplir las normas de protección requeridas por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y otras disposiciones que pueda tomar cada país. Las teorías científicas de tipo dudoso no deben ser usadas en pacientes. (Asamblea Médica Mundial, 1987: 12). (Portocarrero, 2010: 8).

Además, se explicó en la Asamblea Médica Mundial que:

Nuevamente, los médicos están particularmente calificados para hacer las evaluaciones necesarias para tomar las decisiones de control de gastos. Por tal razón, las asociaciones médicas nacionales deben incluir el control de gastos en sus respectivos sistemas de autorregulación. Los puntos comunes en materia de control de gastos tienen que ver con los métodos de prestación de la atención médica, el acceso a los hospitales y a la cirugía, y el uso apropiado de la tecnología. El control de gastos no debe ser usado como pretexto para negar a los pacientes los servicios médicos que necesitan. Tampoco debe permitirse el excesivo uso de facilidades médicas que aumenten el costo de la atención médica de tal manera, que no permita acceso a ella a los que las necesitan. (Asamblea Médica Mundial, 1987: 12). (Portocarrero, 2010: 9).

Es muy importante que los profesionales de la salud, tengan una conducta ceñida a los códigos de ética profesional que se estipulan en cada país. Por supuesto alentado

por las asociaciones médicas para ello, buscando corregir de una manera eficaz y rápida cuando estos códigos sean vulnerados, aplicando medidas de rehabilitación o disciplina.

Por último, se hace necesario que las asociaciones médicas nacionales tomen acción colectiva y asuman la responsabilidad de crear un sistema de autorregulación que garantice a los pacientes un servicio de calidad con profesionales que han establecido los mejores estándares de atención y por ende su autonomía médica, (entendiéndose ésta como la autonomía que se le confiere a la profesión y no al médico individual), no estaría siendo vulnerada.

## **2. AUTONOMÍA MÉDICA LEY 100 DE 1993**

La Ley 100 de 1993, en su reforma de la salud, volvió este tema en un negocio y al individuo que acude en procura de curar su salud en un cliente en vez de un paciente, porque al dejar la salud en manos de aseguradoras, intermediarios, EPS, ARL, ARS, se comercializa con ella, al tiempo que estas entidades se volvieron poseedoras y gestoras de la responsabilidad social del Estado.

Explica el Dr. José Félix Patiño (2011: 10):

La crisis lleva a cuestionar la responsabilidad moral de las entidades de intermediación creadas por la Ley 100 de 1993, cuyas normas de conducta administrativa exhiben fallas que, en algunos casos, ya han resultado en acusaciones formales. Esto demuestra una alarmante ausencia de la autoridad del Estado y una inadmisibles falla en los mecanismos de control, pero también un defecto en la estructura misma del nuevo sistema.

Es muy importante destacar que en juicioso estudio del Dr. Patiño (2003: 173) concluye:

...cada día es más evidente que su implementación exhibe grandes fallas y que ha resultado en una crisis en el sector de enormes proporciones, tal vez sin antecedente en la historia del país. Paradójicamente, la reforma, que abre un vasto panorama de equidad social, lleva al consumo de los nuevos y cuantiosos recursos por un costoso mecanismo de intermediación y por utilidades corporativas, lo cual se tradujo en la quiebra de las instituciones que prestan los servicios, especialmente los hospitales públicos. Así mismo, la ejecución de la reforma, al crear serios peligros en cuanto a calidad, en última instancia viene a ser una distorsión de la moral social.

La Ley 100 de 1993, en su artículo 156 y específicamente en los numerales b, g y k, restringe la autonomía médica y por ende la garantía del derecho a la salud.

b) Todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales;

g) Los afiliados al sistema elegirán libremente la Entidad Promotora de Salud, dentro de las condiciones de la presente Ley. Así mismo, escogerán las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales adscritos o

con vinculación laboral a la Entidad Promotora de Salud, dentro de las opciones por ella ofrecidas.

k) Las Entidades Promotoras de Salud podrán prestar servicios directos a sus afiliados por medio de sus propias Instituciones Prestadoras de Salud, o contratar con Instituciones Prestadoras y profesionales independientes o con grupos de práctica profesional, debidamente constituidos;

Es decir, que politizar la salud, hizo que la ley estuviera al servicio de los grandes monopolios prestadores de salud, volviéndolo un gran renglón económico pero en desmedro de la salud de las personas, siendo un atentado para la vida, y perjudicando la autonomía médica.

La Ley 100 del 93, produjo notables cambios en el sector salud que perjudicaron el derecho a la salud, la profesión médica, dañando a la inmensa mayoría de la población en especial a los desfavorecidos, volvió la medicina un medio productor de bienes y servicios.

En cuanto a la crisis del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual dio vía para limitar la autonomía médica, la Corte constitucional en Sentencia C-255/10 se pronuncia así:

Con fundamento en el artículo 215 de la Constitución Política, mediante el Decreto 4975 de 2009 se declaró el estado de Emergencia Social en todo el país, con el propósito de conjurar la grave crisis que afecta la viabilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud la cual amenaza de

manera inminente, entre otros aspectos, la continuidad en la prestación del servicio público esencial de salud, así como el goce efectivo del derecho fundamental a la salud;

Además considera la Sala que debido al acelerado y repentino crecimiento que se presentó en la demanda de los servicios y medicamento que no estaban cobijados en los Planes Obligatorios de Salud porque:

...comprometen de manera significativa los recursos destinados al aseguramiento generando un grave deterioro de la liquidez de los diferentes actores del Sistema, incluidas las entidades territoriales las cuales presentan un importante déficit de recursos para la prestación de estos servicios y de los requeridos por las personas pobres y vulnerables no aseguradas, todo lo cual amenaza la viabilidad del Sistema poniendo en riesgo la continuidad en la prestación del servicio público de salud y el goce efectivo del derecho a la salud y a la vida.(Congreso de la Republica. Decreto 131 de 2010 Diario Oficial. Bogotá, D.C. 2010).

La salud pasó a ser un bien comercializable por las entidades prestadoras del servicio que realmente son las que cuentan con autonomía para condicionar el ejercer profesional de los médicos en Colombia.

Para nadie es un secreto que en el país los médicos deben hacer lo que la entidad les diga que hacer, una profesión que se ve limitada en su ejercicio y que no puede defenderse de tal castración ya que el costo sería su despido o hasta multas de 10 a 50 SMMLV bajo el supuesto de que estarían poniendo en riesgo la estabilidad económica

del sistema. El escenario no es tan pesimista para aquellos profesionales que sí se someten a las condiciones que imponen las entidades y tampoco es un secreto que a éstos los premian, hay un portafolio de beneficios tan amplio que va desde viajes a aumentos salariales y sí, en medio queda la salud de los colombianos.

La medicina, es quizá la profesión más altruista que vela por la salud de la población, es una profesión que no puede estar condicionada a intereses económicos porque lo que está en juego son las vidas de los ciudadanos. La relación médico-paciente no puede ser deshumanizada a través del trato no integral del paciente donde se trata una patología y no un ser humano. Es necesario un tiempo suficiente para la relación médico-paciente, para hacer la anamnesis, no se puede tener un límite corto, 15-17 minutos para una consulta pueden ser suficientes pero habrá casos en que no, dado que cada historia clínica, como cada caso, es distinta.

Según, datos encontrados en el estudio de la Defensoría del Pueblo, donde se miden los tiempos destinados a las diferentes actividades dentro de una consulta se encontró que:

-Anamnesis: es el conjunto de datos clínicos del paciente cuenta con un promedio de 3.85 minutos para ser realizado.

-Examen médico: comprende un examen físico, observación y análisis clínico el cual cuenta en promedio con 4.43 minutos para ser realizado.

-Registro en el sistema: Equivale al escrito en historia clínica, cuenta en promedio con 3.35 minutos para ser realizado.

-Información al paciente: Cuenta con 3.29 minutos en promedio para ser realizado

-Formulación al paciente: 3.03 minutos en promedio para ser realizado.

(Defensoría del Pueblo, 2007: 15)

Para un total de 17.95 minutos por paciente, tiempo que según los galenos es insuficiente para evaluar al paciente, requiriendo mínimo de media hora para cada uno, para realizar un examen más o menos aceptable.

La relación médico paciente debe ser cimentada sobre el diálogo directo donde exista un espacio para interactuar y escuchar la realidad personal e historia del paciente, generando confianza. Debe quedar claro para las entidades prestadoras del servicio que no se trata de cantidad de tiempo pero sí de la calidad, es imposible brindar una atención integral al paciente cuando el tiempo es limitado e insuficiente dependiendo de cada caso.

Existen varios modelos que describen la relación médico-paciente. La de Hollender, el de Van Gebsattel y el de Tatossian. (Ibernon y Barbudo, 1997: 62).

El Modelo de Hollender Distingue tres niveles de relación médico paciente, según el criterio de actividad relativa o pasividad tanto el médico como el enfermo.

El Modelo de Van Gebsattel, consta de varias fases como son:

A) Fase del llamado humano

B) Fase del alejamiento o la objetivación

C) Fase de la personalización (Ibernon y Barbudo, 1997: 62).

Modelo de Tatossian, en el cual la relación entre el médico y su paciente es directa y se realiza en los niveles intelectual, afectivo consciente e inconsciente. (Ibernon y Barbudo, 1997: 62).

Es notable que ninguna de estas relaciones se puede dar con los pacientes en Colombia, puesto que la relación es superficial y rápida para poder cumplir con el esquema de atención que tienen los médicos en Colombia, porque la relación existente hoy es médico-empresa-paciente, ya que la salud se convirtió en un objeto mercantil.

Con respecto de las cargas laborales, la Defensoría del Pueblo manifiesta que, los médicos trabajan en promedio 9,47 horas diarias entre cinco y seis días a la semana. Adicionalmente, realizan en promedio ocho turnos nocturnos mensuales. Siendo ésta profesión además de condicionada por lo que decidan las entidades prestadoras de servicio también sobrecargadas de labor afectando la calidad de vida de los profesionales que como manifiesta la OMS (Organización Mundial de la Salud), son el recurso más importante que tiene el sistema de salud para lograr su eficacia. Las condiciones de trabajo de éstos no sólo tienen consecuencias sobre su calidad de vida sino que afecta directamente el servicio que éstos ofrecen. (Defensoría del Pueblo, 2014: s.p.).

Es claro que la medicina en Colombia así como en otros países ha tenido una transición drástica, pasó de ser un ejercicio independiente a tener un exceso de institucionalidad que determina el que hacer de los profesionales en el acto médico con controles externos, que impiden que el profesional con todas las facultades y

conocimiento científico pueda tomar decisiones respecto a lo que es más apropiado para sus pacientes.

La intermediación de las entidades prestadoras del servicio constituye una barrera para la autonomía médica, rompe con la relación idónea de médico-paciente, impone condiciones laborales que afectan la calidad de vida de los profesionales, todo esto y muchos efectos más, a costa de mayores márgenes de utilidad para su bien de mercado llamado: Salud.

Con respecto a lo anterior, es importante citar a José Félix Patiño Restrepo (2011: 10), cuando anota el concepto que profirió la Academia Nacional de Medicina acerca de la Ley 100 de 1993 en 1999:

En esencia es la conversión de la medicina, que como disciplina intelectual es una profesión de compromiso social, en un oficio que, al disminuir costos, resulte en mayores márgenes de utilidad para las entidades intermediarias. Esta nueva interpretación económica es una negación del humanismo en una de sus expresiones más puras, el cual es el ejercicio de curar y de velar por la salud mediante el profesionalismo médico. Al tiempo que la reforma abre oportunidades, también significa grandes peligros de perjuicio social. En esencia, la responsabilidad social del Estado ha sido transferida a entidades comercializadoras, con lo cual las empresas suplantán la gobernación política y el concepto de rendimiento industrial aplasta la milenaria moral hipocrática. La ética médica, cuyo objetivo inefable es el bien social, es reemplazada por una todavía no bien

definida ética corporativa, donde el costo-beneficio en términos de rendimiento financiero es el objetivo principal. (Academia Nacional de Medicina, 1999:)

Es importante cuestionar que Colombia declarándose en su carta magna como un Estado Social de derecho haya cedido la responsabilidad de la salud a entidades que no velan por ésta sino por sus intereses económicos. Un Estado que deja básicamente la garantía y protección de un derecho fundamental en manos de entidades sin ética.

### **3. LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015**

Ley por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Parece brindar un escenario diferente para la salud en el país y la autonomía médica, a continuación se presenta lo que la ley dicta respecto al tema de autonomía médica sin embargo, es importante reconocer que hay cierta distancia entre lo que dice el texto y lo que pasa en la práctica en el sistema de salud de los colombianos.

El Artículo 2, estipula la naturaleza y el contenido del derecho fundamental a la salud.

El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la

Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

En tanto que el Artículo 12, delimita la participación en las decisiones del sistema de salud y como este derecho fundamental a la salud, “comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan”.

Este derecho incluye: la participación en: la formulación de la política de salud así como en los planes para su implementación; las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema; Los programas de promoción y prevención que sean establecidos; las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías; los procesos de definición de prioridades de salud; decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud; la evaluación de los resultados de las políticas de salud.

Es destacable en esta Ley que le da carácter de derecho fundamental a la salud y rango constitucional, además como derecho autónomo e irrenunciable tanto en lo individual como en lo colectivo. Estipula así mismo que los colombianos tenemos derecho a servicios de salud de calidad, oportuna, eficiente, como un servicio público obligatorio y esencial.

Es muy importante destacar su artículo 9º que estipula que: “Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud,

promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud”.

La relevancia de esta Ley radica en que es un gran salto y fortalecimiento en el campo de la salud, a todos los niveles, así como que establece claramente que la Salud es un derecho innegable y que el Estado estará en la indelegable obligación de garantizar un servicio de calidad, donde vele por su dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control. También promueve la participación de las personas en la toma de decisiones del sistema de salud, siendo ésta una oportunidad para los profesionales en medicina de reafirmar su autonomía profesional propendiendo por el mejoramiento continuo del sistema de salud de los colombianos al igual que sus condiciones laborales. Respecto a la resolución de conflictos dada las discrepancias en el ejercicio profesional serán resueltos por las juntas médicas de las entidades prestadoras de servicio o la red de éstas. Se hace necesario entonces que dichas juntas estén conformadas por los profesionales idóneos que cuenten con las competencias suficientes para basar sus decisiones en criterios de razonabilidad científica.

En cuanto a la autonomía profesional queda prohibido toda 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, también se prometen condiciones laborales dignas y justas para los trabajadores y profesionales del sistema de salud.

Sin duda es una ley que promete un escenario más apropiado para el contexto de la salud en Colombia, sin embargo es una ley que carece de claridad en ciertos aspectos y que requiere de un aseguramiento efectivo de su aplicación y cumplimiento por parte del Estado, porque hasta el momento no se ha visto su aplicación.

## **CONCLUSIONES**

1. La Ley 100 de 1993 le quitó la autonomía a los médicos, puesto que las entidades prestadoras de salud impusieron la política de menos gasto. Es necesario que la autonomía médica, sea entendida como la prerrogativa que la sociedad le confiere a la profesión y no al médico individual, para así autorregularse mediante estándares obligatorios para todos. La autorregulación debe proceder de los pares de los profesionales en salud y en ningún momento poner en riesgo la vida de los pacientes mediante el uso de estándares que no estén soportados en la mejor evidencia científica.

2. La medicina como profesión, es quizá la profesión más altruista que vela por la salud de la población, es una profesión que no puede estar condicionada a intereses económicos porque lo que está en juego son las vidas de los ciudadanos. La relación médico- paciente no puede ser deshumanizada a través del trato no integral del paciente donde se trata una patología y no un ser humano.

3. Limitar la autonomía médica pone en peligro la salud de los colombianos, entendiéndose la salud como un derecho fundamental innegable del cual, su goce debe ser garantizado y protegido por el Estado.

4. Debe ser una prioridad para el Estado que las asociaciones médicas nacionales tomen acción colectiva y asuman la responsabilidad de crear un sistema de autorregulación que garantice a los pacientes un servicio de calidad con profesionales idóneos.

5. La Ley Estatutaria 1751 de 2015, coadyuvará en la inclusión de tratamientos nuevos, así mismo la calidad de los medicamentos dependerá exclusivamente de criterios científicos, con una alta ética empresarial, pues será de vigilancia pública y de la ciudadanía, con un estricto control del Gobierno, quien deberá ser inspector de este sector. Igualmente fortalecerá la política de control de precios de los medicamentos, que posibilitará que haya medicamentos baratos.

6. Es importante y urgente defenderla y ponerla en práctica.

## **BIBLIOGRAFIA**

Academia Nacional De Medicina. (1999). La Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud. Editado por JF Patiño y la Comisión de Salud. Academia Nacional de Medicina. Bogotá DC.

Esguerra, R. (2013) La autonomía profesional del médico. Disponible en: <http://www.elespectador.com/opinion/autonomia-profesional-del-medico-columna-439319>

Freidson, E. (1988) Profession of Medicine. 1988 ed. Estados Unidos de América. The University of Chicago Press.

- Hernández, C. (2010) ¿Hay autonomía médica en Colombia? Disponible en: <http://notasobreras.net/index.php/nacional/salud-y-seguridad-social/304-ihay-autonomia-medica-en-colombia> . Febrero 2010.
- Ibernon, J.J. Barbudo, A. (1997). Concepto y marco de la relación médico-paciente. Recuperado en línea <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1225961.pdf>
- Miranda Miranda, F (2010). Guía Metodológica para la elaboración de Guías Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Colciencias. Bogotá D.C. Recuperado en línea en <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Gu%C3%ADa%20Metodol%C3%B3gica%20para%20la%20elaboraci%C3%B3n%20de%20gu%C3%ADas.pdf>.
- Patino Restrepo, J.F (2011).La atención de la salud en un modelo de aseguramiento comercial. Revista Colombiana de Cirugía. Bogotá D.C. Recuperado en línea en [http://cedetrabajo.org/wp-content/uploads/2012/07/atencion\\_de\\_la\\_salud\\_095.pdf](http://cedetrabajo.org/wp-content/uploads/2012/07/atencion_de_la_salud_095.pdf)
- Patino Restrepo, J.F (2001). La desprofesionalización de la medicina en Colombia. Acta Medica Colombia. Disponible en: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/02s-2009-38.pdf>
- Portocarrero, J. (2010). Autonomía Médica. Centro de Gestión Hospitalaria. N° 51, p.4-9. Recuperado en línea en [http://www.cgh.org.co/articulos/autonomia\\_medica.pdf](http://www.cgh.org.co/articulos/autonomia_medica.pdf)
- Szasz . T.S. Hollender, M.H. (1958). Transactional Analysis in Psychotherapy. Grove Press. New York. En: Pérez, G. (2000). Modelos De Relación Médico—Enfermo. Recuperado en línea en [www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/.../I\\_SM\\_57-62.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/.../I_SM_57-62.pdf).

## JURISPRUDENCIA

Corte Constitucional (2010). Sentencia C-255. MP. Mauricio Gonzáles Cuervo.  
Abril 16. Bogotá D.C. Recuperado en línea en  
<http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2010/C-255-10.htm>

#### OTRAS ENTIDADES

Asociación Médica Mundial de la Salud. 2005: 12

Defensoría del Pueblo (2014). Encuesta sobre Salud de la Defensoría del Pueblo

<http://www.defensoria.gov.co/es/nube/noticias/355/Encuesta-sobre-Salud-de-la-Defensor%C3%ADa-del-Pueblo-Salud.htm>

Universidad de Navarra, diccionario médico. (s.f). <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/autonomia-medica>