

POSICION FEDERACION MEDICA COLOMBIANA ANTE LA CRISIS SANITARIA POR EL COVID-19

“Velamos por la Profesión Médica, por su ejercicio ético en condiciones laborales dignas y justas y por la salud de todos los colombianos” (Lema de la FMC)

Infortunadamente el tiempo nos ha dado la razón: Desde la aparición del primer contagio del virus Sars Cov 2 que produce la enfermedad conocida como COVID-19 ocurrido en nuestro país, el gremio médico ha sido insistente y terco en solicitar diferentes acciones para enfrentar la difícil situación a la cual llegaría el país, que siempre anunciamos, con medidas preventivas y de salud pública, basadas en la evidencia científica y no en medidas político-económicas y economicistas que predominaron hasta ahora: El confinamiento obligatorio nacional por un periodo de tiempo suficiente, la práctica de pruebas aleatorias y masivas para reconocer el contagio y establecer los cercos epidemiológicos y prevenir su mayor propagación, la bioprotección del personal sanitario para evitar su contagio, la estabilidad laboral y salarial del mismo personal y las campañas masivas de la prevención y del fomento de la salud. Asimismo, evitando aperturas prematuras de actividades económicas sin mayores estudios sobre su impacto en la salud pública y los permanentes planteamientos sobre las mejores prácticas que deberían haber sido puestas en marcha en su momento. El estado de cosas que ha producido la grave situación de esta emergencia sanitaria, desnuda la realidad de la crisis profunda de nuestro actual Sistema de Salud, igualmente denunciado por nosotros desde hace más de 20 años.

Porque desde hace más de 20 años la FMC ha insistido, y lo seguiremos haciendo, en la necesidad de cambiar el Sistema General de Seguridad Social en Salud creado con la perversa y moribunda Ley 100 de 1993, llevando a cabo la implementación de la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud) avalada por la Corte Constitucional pero que los gobiernos se han empeñado en ignorar e inclusive en desconocer ese mandato constitucional.

Nuestra bandera ha sido que el Sistema Nacional de Salud en Colombia, debe ser uno solo, bajo la total responsabilidad y rectoría del Ministerio de Salud, sin intermediación financiera, en el que quien nazca o permanezca en el territorio nacional, sea cubierto en su totalidad para el disfrute a plenitud del derecho fundamental a la salud. Hoy, el Sistema de Salud muestra su definitiva crisis, al entregar el Gobierno el manejo de su deber constitucional de defensa de la salud como un Derecho Fundamental y entregarlo al amaño y al capricho de los aseguradores privados que siguen en su empeño por sus rendimientos financieros sin tener en cuenta los rendimientos sociales: el caos en la ejecución de las pruebas diagnósticas, el manejo de la situación de los pacientes positivos asintomáticos o no, la precariedad laboral y las fallas en la bioprotección del talento humano, y especialmente el manejo de la cuantiosa inversión en respiradores con dineros públicos pero manejados y administrados por muchas de esas empresas privadas, a su conveniencia, en las Unidades de Cuidado Intensivo, sin saber esa inversión como va a terminar al finalizar la pandemia.

Aunque es cierto que ha habido un movimiento nacional, como han sido propuestas nuestras al gobierno, desde el punto de vista de política económica para tratar de intervenir los determinantes sociales de la salud, con auxilios y subsidios para que se pueda cumplir el confinamiento de la comunidad, especialmente la más vulnerable, ha habido otras propuestas economicistas que han ido en contravía con la lógica epidemiológica que muestra el aceleramiento del contagio del coronavirus, a diferencia del que llevaba, el cual buscaba con un crecimiento

moderado, adecuar el sistema de salud a nivel nacional con tecnología y recurso humano; esto ha dado como resultado la grave emergencia que se presenta en este momento cerca al colapso de todo el sistema de salud.

La profesión médica, fiel a su compromiso de buscar el beneficio de los pacientes y lograr los mejores resultados posibles en el proceso de atención, se enfrentó en forma abrupta, al reto de la pandemia de Covid-19 y la consecuente situación de emergencia sanitaria, la cual conlleva a un estado de excepcionalidad que ha modificado de manera fundamental algunos elementos tradicionales de la práctica médica.

Queremos recordarle al Gobierno nacional, a los Entes regionales y a las Empresas privadas aseguradoras e intermediarias financieras del sistema de salud, que existe una legislación VIGENTE especialmente con la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud) y la Ley 23 de 1981, (Ley de Ética Médica) dicho de paso, recordamos que la FMC fue protagonista en la construcción de estas dos leyes.

Destacamos de estas leyes lo siguiente: *De la Ley 1751 de 2015 los siguientes tres artículos:*

Artículo 2° “Naturaleza y 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.

Artículo 16. Procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud. “Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios de salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley.”

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.

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”.

Por otro lado, de la Ley 23 de 1981 (Ley de Ética Médica) recordamos su artículo 19, el cual expresa: “Cuando la evolución de la enfermedad así lo requiera, el médico tratante podrá solicitar el concurso de otros colegas en una Junta Médica con el fin de discutir el caso del paciente confiado a su asistencia”.

Y el artículo 16 del Decreto Reglamentario 3380 de 1981, de esa ley, aclara: “Para efectos del artículo 19 de la ley 23 de 1981, son responsables del enfermo, las personas naturales o jurídicas que figuren en la historia clínica o en los registros médicos”

La Ley Estatutaria no se creó para ordenar que nadie se muriera, sino para otorgar igualdad de oportunidades para el acceso a un proceso de atención en salud, oportuno y de calidad para todos. Entendemos que cuando los recursos son insuficientes para satisfacer las necesidades de las personas, su distribución debe partir de la base de buscar el mayor bienestar agregado posible por igual a todas las personas. Este principio obliga a que, en la elección de pacientes, en esta situación excepcional tan crítica, se busque maximizar el bienestar agregado. En esta situación de excepción, el principio de justicia distributiva tendrá prelación sobre el principio de beneficencia, pero siempre respetando la dignidad humana y protegiendo el derecho fundamental a la salud al máximo nivel que sea factible proporcionar, en caso de insuficiencia de los recursos. Pero lo que ahora pretenden el Estado y las empresas aseguradoras es que la priorización dependa únicamente de la decisión médica y allí si hablan de autonomía médica, con esto se lavan las manos y descargan la responsabilidad final sobre cada médico, para que tome individualmente la decisión de iniciar o no el manejo de los pacientes y su admisión a las UCI con el tema de la priorización.

Sobre ese tema debemos señalar respetuosamente, que tenemos dos discrepancias con la Academia Nacional de Medicina: La primera, nosotros consideramos que esto podría ser así, solamente cuando el mismo gobierno declare la emergencia sanitaria total con el colapso del sistema nacional de salud, se rebase la demanda sobre la oferta de los servicios y se le salga de las manos al gobierno la rectoría de la situación sanitaria del país y no antes, pues cuando una IPS declare que tiene ocupado el 100% de su capacidad instalada, en la actual situación de emergencia, según lo establecido en el Decreto 538 de 2020, el competente es el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) de cada ciudad y responder con su red de prestadores para ubicar al paciente en otra institución disponible para ese momento. Reiteramos que solamente cuando se declare por el gobierno nacional el colapso del sistema de salud, la situación pudiera variar, pues son esos entes los que tiene la visión panorámica de la situación física de la red hospitalaria nacional y regional y la disponibilidad de UCI en diferentes centros hospitalarios. Esa priorización no la debe hacer ni el medico ni la IPS, la debe asumir la autoridad sanitaria en cumplimiento de la legislación vigente, especialmente del artículo 2 de la Ley Estatutaria de Salud, 1751 ya mencionada.

La segunda discrepancia que tenemos es en la decisión del ingreso o no de un paciente a una UCI por parte del médico que ejerza su labor en esa UCI, ya que el proceso de atención de un paciente por parte del profesional que ejecuta el acto médico con su real saber entender y aplicando la *Lex Artis*, es individual con cada paciente, en cada ocasión y de acuerdo a condiciones de tiempo y lugar; no puede ser producto de unos guías de manejo establecidas por las IPS o EPS en forma general, sin seguir el método científico y así sea producto de consensos médicos que se aplique a todos los pacientes. El análisis tiene que ser individual desarrollado por cada médico con cada paciente en el ejercicio de cada acto médico, en cumplimiento allí sí, del espíritu del concepto de la autonomía medica de manera que, el deber del médico ante esta situación, es anotar en la historia clínica sus hallazgos, su impresión diagnostica y el plan de manejo en una UCI o remitirlo a la IPS o ESE donde haya cama disponible; si tiene alguna inquietud puede solicitar otro concepto

medico de un par o de un especialista con mayor experticia o capacitación para la toma de la decisión en forma colegiada. Otra situación sería cuando el medico que recibe al paciente en la UCI, pudiera considerar igualmente con su real saber y entender que ese paciente podría ser ingresado o no, debería igualmente solicitar otro concepto igual al caso anterior o la realización de una junta médica para no tomar una decisión unilateral o colocar una barrera al médico que remite al paciente y que pueda entonces interpretarse como una negación del servicio que puede también acarrear sanciones disciplinarias o legales.

El médico debe entonces, dejar registrado en la historia clínica su diagnóstico clínico y el manejo adecuado del paciente según su criterio, y remitirlo a la autoridad sanitaria que es la que tiene la visión global de la disponibilidad de recursos dentro del sistema, para dar respuestas oportunas a cada paciente que lo requiera; recordemos que actualmente está vigente el Decreto 538/2020 que le confiere la autoridad al Estado y a los Entes Territoriales, para asumir el control de la distribución de los recursos de acuerdo a las necesidades del momento y del paciente, sin esperar intervención o autorización de las EPS o de las aseguradoras, buscando solamente las condiciones adecuadas para la seguridad del paciente.

Debemos insistir en que la responsabilidad por el respeto y el acatamiento de los Derechos Fundamentales de las personas (especialmente la vida y la salud) es del Estado Social de Derecho a través del Gobierno Nacional, de los Entes Territoriales y por ahora, hasta que no se implemente totalmente la Ley Estatutaria, de las EPS e IPS que usufructúan el negocio del aseguramiento en salud y la intermediación financiera. El Medico al ajustarse a los principios metodológicos y éticos que salvaguarden los intereses de la ciencia y los derechos de la persona humana y protegiéndola del sufrimiento hasta donde le sea posible, manteniendo incólume su integridad, debe tener la satisfacción del deber cumplido con su práctica profesional basada en la *Lex Artis* con oportunidad, con calidad y con calidez. No es posible que el Estado continúe eludiendo su responsabilidad y ocasionando con su actitud que el medico siga siendo el blanco de las agresiones y maltratos cuando su única labor racional y ética es buscar el bienestar del paciente; el medico sería irresponsable con él mismo y con su familia y por el hecho de ser héroe, al sacrificar su integridad física o la de su familia por estas circunstancias.

Cesar Prieto Avila
Presidente Colegio Médico del Valle del Cauca
Secretario General Federación Médica Colombiana