

## Implicaciones éticas de las decisiones médicas en ambientes controlados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia\*

Ethical implications of the medical decisions in environments controlled by the general system of social security in health of Colombia

J. Acosta G<sup>1</sup>; Andrés A. Ramírez<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médico, Magister en Salud Pública Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

<sup>2</sup> Abogado, Universidad de Medellín; Especialista en derecho penal Universidad EAFIT, docente Universidad Santo Tomas Sede Medellín. Facultad de Derecho Universidad Santo Tomas Sede Medellín. Correo electrónico: andresrago@gmail.com.

Recibido: 11 de agosto de 2008. Aprobado: 11 de diciembre de 2008

Implicaciones éticas de las decisiones médicas en ambientes controlados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss) de Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública 2009; 27(1): 81-86

Existe una tendencia incontenible de los sistemas de salud actuales a organizarse cada vez más, mediante la sistematización y automatización de todos los procesos, tendencia en la que se encuentra inscrito todo el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. Cuanto mayor ha sido el nivel alcanzado por el sistema en la estructuración de la complejidad, gracias a la promulgación de múltiples decretos reglamentarios de la Ley, normas de los entes de dirección y de las propias Empresas Promotoras de Salud (EPS), tanto menor ha sido la perspectiva individual del médico que, poco a poco, se ha diluido en la organización y normatización de todos los procesos.

Actualmente, el derecho a la salud es el de mayor vulnerabilidad en la población colombiana (Defensoría del Pueblo, 2007) presentándose un aumento constante y considerable en el número de tutelas interpuestas especialmente contra la EPS reclamando una atención médica pronta, adecuada y completa (Patiño, 2005)

La historia de la medicina nos ha enseñado que la posición del médico en la sociedad nunca ha sido determinada por el médico mismo, sino por la sociedad en la que se inscribe y a la que sirve.

Es bueno recordar que las leyes en el orden jurídico, siempre expresarán en su obligatoriedad, valores, pero a nadie se le antoja el legalismo como criterio moral o científico; incluso, con alguna frecuencia hemos sido testigos de la promulgación de leyes contrarias a la moral y con una débil sustentación científica.

Sin embargo, los profesionales de la salud se muestran conocedores de las normas del Sistema y en ocasiones serviles ante ellas, pero ignoran aquellas que regulan aspectos fundamentales de su labor y que prevalecen frente a las demás normas, estas son la Constitución Política como norma de normas (art. 4), la cual además de hacer mención a la salud como derecho, establece también el derecho a la libertad y la autodeterminación (arts. 16 y 28) y la Ley 23 de 1981 sobre ética médica, la cual no se encuentra derogada en ningún aspecto por la Ley 100 de 1993 y que por regular el tema específico de la ética prevalece en estos asuntos.

Antes de emprender la reforma de la Seguridad Social en Colombia, hace ya más de una década, la medicina era comúnmente considerada, junto con el derecho, como una profesión liberal y, en consecuencia, el médico tomaba las mejores decisiones con plena auto-

\* El presente artículo está basado en la investigación "La decisión médica en ambientes controlados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia – Medellín, 2007-2008". Es un estudio de tipo cualitativo, diseñado según los principios de la teoría fundada que recoge la experiencia de profesionales de la salud (Médicos, Administradores, Enfermeras) y usuarios, en las ciudades de Barranquilla, Bucaramanga, Bogotá, Leticia, Medellín y Pasto, mediante entrevistas semiestructuradas, con el objetivo de comprender la dinámica interna de la decisión médica en estos ambientes.

mía en beneficio de sus pacientes. Una vez promulgada la Ley 100 de 1993, la situación cambió dramáticamente: la profesión médica dejó de ser lo que siempre había sido durante siglos, una profesión liberal y el médico empezó a depender cada vez más de otros en calidad de asalariado, al tener que vender su fuerza de trabajo a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que desde entonces, se han constituido en la principal fuente de empleo para este gremio dentro del nuevo sistema de Seguridad Social.

La ley 100 de 1993 incluye como uno de sus principios fundamentales la calidad de la prestación en los servicios, para lo cual se definió la organización de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, en el que se deben incluir como elementos fundamentales, entre otros: los requisitos esenciales, la auditoría, la historia clínica y la información al usuario.

En este universo normativo se percibe en los médicos una aceptación de la norma, incluso, haciendo extensivo su valor a prácticamente todas las esferas de la vida del ser humano. De éstas se rechaza su rigidez, su falta de flexibilidad para adaptarse al cambiante mundo de los enfermos y de la medicina.

“El espíritu de la ley es bueno, pero hay diferencias entre lo que dice y lo que realmente se hace”. (BM51-2).

La norma más antigua de ética médica es la de Hipócrates: “en cuanto a las enfermedades, haced un hábito de dos cosas: ayudar o, por lo menos, no perjudicar”. Esta obligación manifiesta el “principio de beneficencia” que se describe como uno de los principios éticos fundamentales (Cecil, 1985:12).

Bajo estas condiciones ha perdido sentido la definición esencial de medicina en occidente (Tekhne Iatrike), según la cual, *la medicina consiste en el arte de curar sabiendo por qué se hace lo que se hace*, pues hoy en día nadie da una razón válida para explicar por qué, en ciertas ocasiones, no se hace lo que se debe hacer.

“La decisión médica entra en conflicto entre lo que debe ordenarse y lo que puede ordenarse”. (PM125-6)

La identidad médica originada por esta nueva estructura deliberativa en la toma de decisiones, debe entenderse en dos sentidos, como renuncia y como aceptación: en primer lugar, como renuncia a lo aprendido (*episteme*) y a la formación recibida (*ethos*) en las facultades de medicina; en segundo lugar, como aceptación de una nueva *episteme* y de un nuevo *ethos* empresarial, característicos de las EPS.

La restricción en la jurisdicción del médico para considerar todos los factores relevantes en el momento de tomar una decisión particular frente a un paciente, coloca a éste en una situación tal, que casi nunca logra estar a la altura de las circunstancias. Por ejemplo, al elaborar la

historia clínica el médico tiene plena libertad y autonomía para valorar aquellos aspectos que no acarrearán costos en la atención más allá de la atención misma, como el interrogatorio, la anamnesis, el examen físico y el diagnóstico presuntivo. Pero cuando se trata de confirmar un diagnóstico mediante pruebas de laboratorio, procedimientos e imagenología, o de elegir un tratamiento farmacológico o quirúrgico, se estrella contra la rigidez de la norma, la cual sólo le permite hacer uso de un reducido número de opciones o factores, aún, en aquellos casos en los que el juicio clínico indica otro camino para buscar la mejor solución del problema.

Es de anotar que tanto la confirmación diagnóstica como el tratamiento se autorizan o se niegan fuera del microámbito médico, y en consecuencia, están regidos por una lógica de predominio administrativo. En otras palabras, a partir de este momento aparece el fenómeno de las decisiones administrativas sobre las decisiones médicas que, en muchas ocasiones, las dejan en vilo.

“El médico ha perdido autonomía frente a la parte administrativa” (BM55-8)

Como consecuencia, el médico debe restringir su juicio clínico, inhibirse para aplicar sus conocimientos, negar sus convicciones y ser infiel a una milenaria tradición médica sustentada en el principio de beneficencia, y que el Estado colombiano consagra en la Ley 23 de 1981 en sus artículos 2º, 3º, 10º y 13.

Así, en lugar de permitir a los decisores analizar un espectro amplio, complejo y variable de factores, con el tiempo necesario para ello, según lo señala la ley de Ética Médica, las normas reemplazan esto por una decisión basada en un número menor de factores fáciles de identificar, de aplicar y de controlar externamente.

Este entorno de decisiones médicas facilita, en forma evidente, todo el proceso de auditoría médica y administrativa, pero dificulta en igual proporción el ejercicio de la medicina. Generalmente las EPS niegan, obstaculizan o dilatan la confirmación de un diagnóstico inicial o de un diagnóstico diferencial. Si se confirma el diagnóstico, las opciones terapéuticas pueden sufrir el mismo proceso de denegación o dilación.

Estos procedimientos derivados de un sistema de salud excluyente ha dado origen a múltiples recursos de tutela, en virtud de las cuales los ciudadanos buscan amparo a sus derechos constitucionales en el sistema jurídico (Art. 86 Constitución Política 1991), el cual aparece como incluyente al fundamentar sus decisiones más en la justificación de la norma que en la norma misma.

Asistimos así, a otro fenómeno muy particular en este nuevo contexto de la Seguridad Social, el de las decisiones jurídico-constitucionales sobre las decisiones médicas, sin olvidar que también se da el fenómeno de las decisiones administrativas sobre dichas decisiones. De

este modo, la tutela compensa la pérdida de autonomía y libertad del médico con la autonomía y libertad del juez, manteniendo así el equilibrio del sistema.

En síntesis, el cambio de identidad se manifiesta de una manera evidente por una actitud forzada del médico frente al conocimiento (disminución del espectro de factores relevantes en la práctica médica), y por su nueva actitud frente a la ética médica (dilución de la culpa) que lo ubica dentro de una ética heterónoma.

Según Schauer (2004:216), cuando el grado de condena a equivocarse por evadir una norma aplicable es mayor que el grado de condena a equivocarse por seguir cierta norma, esa disparidad refleja claramente que el problema del incumplimiento negligente es considerado mayor que el problema del cumplimiento negligente. Cuando prevalece esa actitud, se trata mejor a quienes se equivocan al seguir normas que a quienes cometen errores de magnitud equivalente al quebrantarlas.

Suele constituir una estrategia exitosa el defender los errores que uno comete invocando normas, en parte porque cuando uno comete un error por seguir una norma se puede atribuir o cargar al menos parte de la responsabilidad al creador de la norma, mientras que quien quebranta una norma no tiene tan fácilmente a su alcance esa opción de “reparto de la culpa”.

En la medida en que los errores cometidos por seguir normas ocasionan menos culpa individual que los errores cometidos por violarlas, el seguimiento de normas puede constituir la estrategia de elección para el individuo que rehuye el riesgo, asimismo, como constituir la estrategia de elección en el diseño de entornos de decisión adversos al riesgo. En este sentido, cumpliendo con su deber, uno puede negar su responsabilidad.

Se toma como parámetro para diluir la culpa la norma administrativa mientras que se desconoce como parámetro de conducta la norma constitucional y la ley de ética médica que resaltan la autonomía del individuo, volviéndose de ésta manera el médico funcional al sistema.

En todo proceso de cambio es posible hablar de ruptura y continuidad, y esto es particularmente cierto cuando nos referimos a los atributos esenciales que deben caracterizar la práctica médica. Fue justamente Engel (1995), destacado educador americano, quien llamó la atención en forma brillante sobre los atributos del acto médico que han permanecido invariantes a través de los tiempos, de las diferentes sociedades, y a pesar de los innegables avances científicos. Estos atributos esenciales para el ejercicio de la medicina y muy importantes durante la formación del médico son los siguientes: *Complementariedad*, entre el paciente que sufre y el médico que puede ayudarlo; *el paciente como persona*, es decir, el paciente como un fin en sí mismo y no como un medio o un objeto, lo que no es más que el principio de la dignidad

humana consagrado en el artículo 1° de la Constitución; *la entrevista médica, la observación y el razonamiento clínico, el juicio clínico y la toma de decisiones*, son tres características que hacen referencia al método clínico, tan olvidado y obstaculizado en el actual Sistema de Salud; *el contrato interpersonal entre médico y paciente*, característica fundamental del acto médico que es tributaria de las anteriores, sustento formal de la relación médico-paciente, relación que según el artículo 1° de la Ley de Ética Médica constituye elemento primordial en la práctica médica.

En conclusión, en el actual sgsss, el invariante histórico de la práctica médica ha empezado a cambiar y, en este sentido y en la misma proporción se ha afectado la identidad médica. Así, por su carácter de esenciales es necesario devolverles su espacio a estas características dentro de la atención médica en el actual sistema, teniendo como fundamento la Constitución y la Ley de Ética Médica.

Las supresiones de las generalizaciones soslayan diferencias relevantes que llevan al desconocimiento de la individualidad del usuario.

En efecto, en la racionalidad del administrador, si el servicio no es una obligación expresamente citada en la Ley, no se brinda al usuario, aunque de acuerdo con el criterio médico el servicio sea indispensable para la vida. La gran contradicción de este lineamiento radica en su profunda inequidad, pues siendo precisamente los más pobres quienes mayor necesidad requieren, reciben un paquete más restringido (Gómez R, 2005).

En un entorno semejante, no acertar en la respuesta correcta de vez en cuando no es considerado algo catastrófico; un resultado subóptimo ocasional es contemplado como un error que vale la pena tolerar.

Cuando decimos que el modelo conversacional o flexible que caracterizó al anterior Sistema Nacional de Salud (SNS) resolvía los casos a favor de la justificación de la norma, afirmamos que ese modelo actuaba bajo el criterio de la incertidumbre del conocimiento y, por tanto, contemplaba la posibilidad de modificarlo cuando las circunstancias lo requerían. Este tipo de modelo favorece claramente al médico y al paciente, sin perjuicio demostrable a las instituciones, como generalmente lo quieren hacer ver los gerentes y auditores de estas entidades.

Por el contrario, cuando decimos que el modelo rígido o atrincherado impuesto por el actual sgsss resuelve los casos a favor de la norma, afirmamos que este modelo actúa bajo la convicción de la certidumbre del conocimiento y, por tanto, elimina la posibilidad de modificar la norma aún cuando la evidencia muestra que es necesario. Este tipo de modelo favorece, claramente, los intereses del sgsss, más concretamente a las EPS y perjudica de manera notoria a los médicos en la toma de

decisiones y, en última instancia, a los pacientes como los más directos implicados, lo que se debe en parte al desconocimiento del médico del orden jurídico, pues si su decisión es conforme a la norma constitucional puede inaplicar la norma administrativa que restringe la prestación del servicio, y en los temas éticos poner como barrera la Ley 23 de 1981.

Así, en el actual sistema, un decisor instruido, para actuar de acuerdo con un conjunto de normas es instruido de ese modo para no considerar ciertos hechos, ciertas razones y ciertos argumentos, sobre todo los constitucionales y los éticos. Ahora puede entenderse que resulta fructífero dar esas instrucciones para ignorar lo que de otro modo sería relevante a la hora de decidir, y que existe una diversidad de argumentos que apoya ese retiro de jurisdicción al médico.

Idealmente, el médico debería hacer siempre la mejor evaluación de cada caso, considerando todo el espectro de factores relacionados con él, lo que en palabras del artículo 10º de la Ley 23 de 1981 consiste en dedicar 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. Pero, hacer un balance de riesgos y beneficios para el paciente no es posible actualmente, no sólo por falta de tiempo del médico sino también de voluntad política de las EPS, por el temor a un incremento en los costos de atención y, por consiguiente, a una disminución de la rentabilidad.

En esta perspectiva, el término “instruido” incluye, como mínimo, el proceso por el cual un entorno de toma de decisiones, en este caso las EPS a través de un sistema de premios y castigos, incluyendo el elogio y la crítica, induce a los decisores dentro de ese entorno para tomar decisiones a través de ciertos métodos y no de otros.

Ante los “excesos” en su jurisdicción el médico es frecuentemente sometido a sanciones, pero de igual modo, cuando sus decisiones no se toman con base en un examen exhaustivo por “exceso” sino por “defecto” puede ser premiado o reconocido mediante estímulos perversos.

De este modo, las normas actúan bloqueando aquellas razones que de otro modo resultarían aplicables a la decisión que ha de adoptarse y funcionan como razones excluyentes, sin que la constitución o la Ley de Ética Médica cumplan su función de límite al poder que se ejerce por los prestadores.

En esas circunstancias reconocemos que cuando las normas resultan insuficientes, los intérpretes deberían tener discrecionalidad para decidir, lo cual infortunadamente no se da en la realidad, pues el vacío normativo lo suple la directriz administrativa y no los principios constitucionales que informan todo el orden jurídico.

La imagen de Kelsen de “un marco sin una pintura” capta lo que muchos médicos piensan, porque esta metáfora ofrece el modelo de un pintor libre para pintar lo que desee en el lienzo, en la medida en que se respeten los límites establecidos por el marco.

Frecuentemente, en el ámbito laboral, tienen gran fuerza las normas que no han sido formuladas canónicamente, que no aparecen escritas en ninguna parte, pero que todo el mundo sabe que existen y que actúan, generalmente en contra de quienes no las acatan de manera incondicional. En esta forma, se crea un ambiente de inestabilidad laboral en franca connivencia con la flexibilidad de la contratación, lo cual permite un manejo del personal bajo el acoso laboral y la amenaza de despido.

Esto es justamente lo que sucede en el actual sgsss en Colombia; el médico externamente acoge la norma canónicamente inscrita y la norma formulable pero no formulada que existe en el ámbito laboral como “agenda oculta”, así su punto de vista interno sea completamente diferente.

En suma, las presiones cotidianas de tipo administrativo y el acoso moral, en ocasiones acompañado con amenazas de despido, impiden al médico hacer un enfoque integral adecuado en el manejo de la patología del paciente, diluyéndose su autonomía, pues ésta cede ante el poder de facto.

Por otra parte, aparece de manera evidente el conflicto entre médicos generales y administradores quienes sin conocimiento de causa deciden con mayor autonomía que el mismo médico, extralimitándose así, en las funciones que les son propias, e incursionando en la jurisdicción misma del médico.

En el SNS se resolvían prioritariamente los casos clínicos difíciles antes que los administrativos, haciendo uso del modelo flexible o conversacional en la toma de decisiones. En el actual sgsss, sucede lo contrario, los asuntos administrativos tienen mayor relevancia que los asuntos clínicos, y se resuelven mediante la aplicación de un modelo rígido o atrincherado de toma de decisiones. En muchas ocasiones, un acto administrativo termina negando el acto médico.

“Frustración y cansancio del médico por presiones administrativas de contención de costo”  
(BOM63-10)

En el anterior SNS, existía una relación más horizontal entre los diferentes miembros del gremio médico en el ambiente laboral, esta realidad era tan evidente que al director de cualquier centro de Servicio de Salud se le trataba con el debido respeto, pero con la firme convicción de que se dirigían siempre al “primero entre iguales” y la actitud era más de cooperación que de competencia. Hoy en día, dentro del nuevo Sistema de Salud, la relación en-

tre los administradores y los médicos prestadores de los servicios ha sufrido profundas transformaciones, dando como resultado una asimetría de poder y autoridad, vertical y jerárquicamente determinada.

Estas determinaciones sustantivas sólo se refieren ocasionalmente a la competencia en el sentido de aptitud y con frecuencia constituyen una clara intención sobre consideraciones económicas acerca de quién debe tomar cierta clase de decisiones y por qué.

Al funcionar como mecanismos para la distribución del poder, las normas también sirven para restarle poder a los médicos y asignárselo al sistema. La supresión de diferencias entre ellos daría como resultado la homogeneización y coherencia del sistema considerado como un todo, ignorándose o dejándose a un lado las normas que limitan el poder frente al individuo, bien sea médico o usuario, como lo son las normas constitucionales y las éticas.

En este nuevo escenario de la salud, cuando la “ética corporativa” logra imponerse a los “valores personales” se pretende que el fundamento de las decisiones médicas sea la racionalidad administrativa y no la racionalidad clínica, lo que da como resultado, justamente, un cierto tipo de irracionalidad clínica, que trae como consecuencia la instrumentalización del individuo frente al sistema, afectándose con ello su dignidad.

De esta manera, el carácter asimétrico de la autoridad implicaría que en ocasiones su tarea consista en desalentar al destinatario para que utilice su mejor evaluación a través de premios y castigos y mediante una educación que inculque los valores del seguimiento de normas.

En conclusión, el manejo de la autoridad y del poder en las EPS no es transparente como todos lo deseamos; con frecuencia, aparecen situaciones que comprometen seriamente la ética personal y que sólo unos pocos médicos estarían dispuestos a enfrentar.

En este sentido, hay quienes sostienen que las ofertas, recompensas, beneficios y otros incentivos son potencialmente coercitivos. Por el contrario, otros piensan que la coerción se limita únicamente a las amenazas, acosos y sanciones.

Por otra parte, por eficiencia comúnmente se entiende como la extracción del máximo provecho a los insumos disponibles, o bien, la minimización de los insumos necesarios para la consecución de un cierto resultado en la prestación de un servicio. En este sentido, el ahorro de insumos, de tiempo, de movimientos, la productividad de los recursos, la optimización de los resultados, son sinónimos de eficiencia. Sin embargo, en términos sociales, eficiencia no significa maximización de la rentabilidad financiera sino maximización del bienestar social, ideal que se encuentra muy distante de los postulados que ri-

gen la dinámica económica del sgsss, particularmente de sus EPS.

“A las EPS sólo le importan los resultados económicos” (BA32-7)

Las decisiones basadas en normas permiten una mejor distribución de los recursos para la toma de decisiones, ya que sustraen ciertos factores de la consideración por parte de los decisores, eliminando así ciertas investigaciones y cálculos, lo cual facilita su tarea. Este modelo de toma de decisiones resultaría más eficiente al evitar la duplicación del esfuerzo, liberando tiempo y recursos para poder destinarlo a otras tareas. Pero, ¿es esto verdad?

A menudo se sostiene que la consecuencia de esto es una mayor eficiencia en la toma de decisiones, un objetivo que convierte al argumento de la eficiencia en un argumento en favor de la toma de decisiones basada en normas que, a menudo, se interpreta como una apología en defensa del predominio de los criterios económicos sobre los clínicos.

La eficiencia deriva y, por lo tanto, se obtiene a costa de impedir que quienes toman las decisiones investiguen factores que podrían haber resultado concluyentes para el caso particular. La toma de decisiones basada en normas alcanza así su eficiencia incrementando la probabilidad de un resultado erróneo en cualquier caso particular e incrementando a largo plazo la probabilidad de incidencia de esos resultados erróneos.

Generalmente, dentro de este entorno de toma de decisiones eficientista, no se va más allá de los límites fijados por el motivo de consulta; el examen físico, cuando se hace, es superficial y no metódico y el médico no alcanza a captar, ni le interesa, otros signos diferentes que no estén relacionados directamente con el motivo de consulta.

La eficiencia puede manifestarse de manera alternativa simplemente en el deseo de tomar el mayor número de decisiones en el período más corto, de modo tal que se liberen tiempo y recursos para otras tareas. Los recursos para la toma de decisiones pueden ser tan escasos como cualquier otro recurso y, al igual que esos otros, pueden asignarse a veces para obtener celeridad y cantidad, con los consiguientes errores y otras veces para buscar precisión, sacrificando celeridad y cantidad.

Detrás del aparente beneficio de las normas simplificadoras suele ocultarse una concepción Tayloriana de la organización del trabajo que busca planear los tiempos y movimientos de los empleados en tal forma que el resultado final sea una mayor productividad y un mayor rendimiento económico. La celeridad y cantidad de las acciones muy probablemente aumentarán la cobertura pero disminuirá en igual proporción la calidad del servicio y el grado de satisfacción de quienes lo prestan y de quienes lo reciben.

“Somos los mismos atendiendo el doble de las personas y evidentemente el tiempo no da para atender, entonces eso forma congestión, eso forma trancón, eso forma dificultades” (BM52-5)

Por otra parte, resulta también engañoso referirse a las actividades médicas como tareas relativamente simples que se ejecutan en forma reiterativa. ¿Es acaso simple la atención médica de los pacientes que, antes que nada, son seres humanos que interactúan con la humanidad del médico? ¿No constituye esta visión simplista la fuente de tantos errores en la práctica médica?

“No se puede estandarizar el ejercicio de la medicina” (BA43-2)

Sin embargo, esta eficiencia se logrará al precio de impedir que quienes toman decisiones examinen factores que podrían ser determinantes para la solución de cierto caso. De esta manera, la toma de decisiones basada en normas maximiza la eficiencia al precio de que en ocasiones se llegue a resultados erróneos. Impedir a quienes toman decisiones la posibilidad de examinar todos los factores con el fin de solucionar un caso particular, constituye un problema ético y epistémico a la vez.

En síntesis, el establecimiento de la eficiencia como medida de la calidad distorsiona completamente los métodos de evaluación utilizados anteriormente para medir el desempeño profesional de los médicos, y por tal motivo, resultan perjudicados en este proceso, el usuario en su relación con el médico y el médico mismo, al ser forzado a presentar índices de productividad semejantes a los de un obrero en una factoría y a dejar de lado la consideración de factores que podrían haber resultado concluyentes en la solución de los casos particulares de los pacientes.

Finalmente, la formación de médicos con alta competencia humana y científica no constituye una opción discrecional para las facultades de medicina, sino una

obligación moral y una responsabilidad social. Es en las facultades de medicina, primordialmente, donde el futuro médico empieza a cualificar la toma de decisiones clínicas y, aún, las personales y cotidianas que terminan siendo el espejo de aquellas. La formación del juicio clínico constituye un eje central del plan de estudios de las Facultades de Medicina.

## Bibliografía consultada

- Bensaid N. La consulta médica. México: Siglo XXI; 1976.
- Calvo Soler R. Uso de normas jurídicas y toma de decisiones. Barcelona: Gedisa; 2003. p.15-18
- Castaño RA. Medicina, ética y reformas a la salud, hacia un nuevo contrato social de la profesión médica. Santa Fe de Bogotá: Ecoe; 2002. p. 186.
- Ceballos AF. Ética médica en la prestación actual de servicios de salud. *Rev Med Legal* 2004; 10(01): 24-25.
- Correa LA. Ética médica. Medellín: Prensa Creativa; 1988.
- Cuff E, Sharrock WW, Francis DW. Perspectives in sociology. 3 ed. London: Unwin Hyman; 1990.
- Elster J, Herpin N. La ética de las decisiones médicas. Barcelona: Gedisa; 2000. p.49-60.
- Escardó F. Carta abierta a los pacientes. Buenos Aires: Emecé; 1972. p.15-16.
- Gadamer HG. El estado Oculto de la Salud. Barcelona: Gedisa; 1996. p.101-133.
- Gómez RD. Efectos de la Ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. *Rev Debates*; 2005 (41).
- Colombia. Ministerio de Salud. Ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas en materia ética. Bogotá: El Ministerio; 1981.
- Lucien I. La decisión médica: sobre el arte de la medicina. Argentina: Emece; 1983. 239 p.
- Nozick R. Meditaciones sobre la vida. Barcelona: Gedisa; 2002. 55-69.
- Patiño CA. La tutela en salud y riesgos profesionales. Bogotá: Leyer; 2005. p.187-260.
- Schauer F. Las reglas en juego. Un examen filosófico de la toma de decisiones basada en reglas en el derecho y en la vida cotidiana. Barcelona: Marcial Pons; 2004. p.15.
- Wyngaardem James B, Smith Lloyo H. Cecil Tratado de medicina interna. 18a edición. Mexico, Interamericana McGraw Hill; 1986.