

Estado de Coma

Víctimas de errores médicos

ELIANA SAMACÁ SALAMANCA

Trabajo de grado para optar por el título de:
Comunicadora social y Periodista

Campo profesional de Periodismo

Director
Jorge Cardona Álzate

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
Facultad de Comunicación y Lenguaje
Carrera da Comunicación social
Bogotá D.C.
2012

ARTÍCULO 23 DEL REGLAMENTO DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por los alumnos en sus trabajos de grado, solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y la moral católicos y porque el trabajo no contenga ataques y polémicas puramente personales, antes bien, se vean en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	13
<u>CAPITULO I. UN ACERCAMIENTO CONCISO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL</u>	17
Pañitos de agua tibia de la Ley 100	21
Ley 100, madre de todos los males	23
¿La Ley 100 contribuyó al aumento de errores médicos?	28
<u>CAPITULO II. ¿COLOMBIA TIENE UN SISTEMA DE SALUD DE CALIDAD?</u>	31
¿Cuándo hay víctimas de un error?	34
Los médicos hablan de sus errores	37
El dilema: ¿denuncio o me quedo de brazos cruzados?	38
El ranking de las quejas	41
Gritos de Reforma	43
<u>CAPITULO III. VÍCTIMAS DE ERRORES MÉDICOS.</u>	48
El peor dolor de cabeza de su vida	48
Un diagnóstico fatal	55
Un año con síntomas de cáncer	62
El paseo de la muerte	68
Una supuesta gripa	76
Infección mortal	81
Estéril a los 22 años	84
<u>CAPITULO IV. LA CONTROVERSIA.</u>	88
Derechos de los usuarios	91
Derechos a los médicos	93
Una chiva, sensacionalismo o compromiso social: ¿Qué hacen los medios de comunicación?	95
<u>CONCLUSIONES</u>	98
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	104

<u>ANEXOS</u>	107
Anexo 1. Proyecto Reforma a la salud	107
Anexo 2 Entrevista Germán Humberto Rincón	111
Anexo 3 Entrevista Liliana Salazar	116
Anexo 4 Entrevista Jorge Enrique Púlido	121
Anexo 5 Entrevista Marco Alonso Niño	132
Anexo 6 Entrevista Doli Sánchez	135
Anexo 7 Entrevista Ignacio Greiffenstein	139
Anexo 8 Entrevista Nestor Álvarez	142

Introducción

Una realidad social con la que a diario convivimos los colombianos y que se refleja en el creciente número de noticias en los medios de información sobre la denominada crisis del sector salud, fue el punto de partida que me llevó a abordar el problema de las fallas médicas y sus efectos letales. Lo entendí en sexto semestre, durante una clase de Periodismo Político, evaluando el mecanismo de la reparación directa y la participación de la justicia administrativa, con la comprobación de que muchos de los casos relacionados y fallados, semana tras semana, con habituales y onerosas condenas contra el Estado, están directamente relacionados con errores médicos.

Esas historias humanas detrás de las sentencias, con más nombres que rostros y unos hechos sucintos narrados de manera escueta y fría, quedaron taladrando en mi cabeza. Quería saber por qué se dan tantas fallas médicas con altos costos para la Nación. Es absurdo que las personas pierdan la vida como si nada por una simple falta de atención médica o que queden marcadas para siempre por un error de procedimiento. Al ponerse un momento en el lugar de las víctimas la primera conclusión salta a la vista: no es lo mismo perder a un familiar porque ese era el momento y la gravedad de su estado lo hacía previsible, a soportar su ausencia por un error médico que en su momento pudo ser detectado.

Se ha vuelto común oír en los buses o por medio del voz a voz escuchar historias de personas que han fallecido por errores médicos, bien sea porque no les detectaron una enfermedad a tiempo, no les ordenaron unos exámenes que eran necesarios o porque los galenos se equivocaron a la hora de formular un medicamento o los procedimientos realizados no fueron los más óptimos. La gente se escandaliza al enterarse del error o la negligencia del personal de salud, pero desafortunadamente en la mayoría de las situaciones no pasa de ahí, de las críticas e insultos para los médicos. Por desconocimiento o falta de cultura administrativa, nunca trascienden a los estrados judiciales.

En búsqueda de explicaciones a esta creciente realidad, inicialmente entendí lo que ya es de público conocimiento: el sistema de salud en Colombia en este momento atraviesa por uno de sus momentos más críticos. Con un agravante: después de la ley 100 de 1993, más conocida como la Ley de Seguridad Social, los casos por fallas médicas se dispararon de manera escandalosa. La evidencia es que cada día son más las quejas de los usuarios por fallas en el

servicio. Esta circunstancia, es aún más clara desde la perspectiva de las recurrentes voces autorizadas que en los últimos meses siguen pidiendo una urgente y radical reforma a la salud.

En el contexto de esta crisis, aumentada por las persistentes noticias sobre intervenciones del Estado a Entidades Prestadoras de Salud (EPS) o del llamado “Carrusel de la muerte”, asociado a decesos por falta de oportuna atención médica, salta a la vista que existe un problema social al que están expuestos todos los colombianos. Esta evidencia explica la razón de este trabajo periodístico. Con el punto de vista de los expertos, las víctimas de los errores médicos y el personal de salud, la idea es conocer qué hay detrás de tantas historias trágicas en los quirófanos. Evaluar cuáles son las causas más comunes que llevan al Estado a errar en sus obligaciones médicas.

Según Kovach y Rosenstiel, en su libro *Elementos del periodismo*, “el propósito principal del periodismo es proporcionar a los ciudadanos la información que necesitan para ser libres y capaces de gobernarse a sí mismos”. (Kovach y Rosenstiel, 2004, p.24). En ese orden de ideas, cuando ocurren errores médicos, además de la gravedad de lo sucedido en cada caso, la mayoría de veces los familiares de las víctimas no saben qué hacer o dónde acudir en busca de una asesoría legal. Esa es la razón por la cual la mayoría de los casos quedan en la absoluta impunidad. Es importante que la comunicación entre a llenar ese vacío y la gente entienda que deben ser reparados aquellos errores que cuestan la vida.

Por eso, más allá de explicar cuáles son las fallas estructurales del sistema de salud, asunto de expertos, lo que pretendo es contar historias y referir contextos que ayuden a entender qué significa ser víctima de un error médico y cuáles son las opciones que tienen sus familiares para que el Estado repare sus yerros. Como afirmó el filósofo e historiador, Hayden White, “lo único que el hombre realmente entiende, lo único que de veras conserva en su memoria, son los relatos”. En consecuencia, a través de historias pretendo que el lector entienda la profundidad de abordar un tema crucial como éste que, más allá de los fallos de la justicia, involucra secuencias humanas con desenlaces fatales.

Las personas que abrieron las puertas de sus casas, de sus corazones o de sus vidas para referir las historias, como suele suceder, son personajes sin fama ni poder. Sus casos no salieron en la prensa o en los noticieros de televisión, pero sí constituyen rostros y testimonios de una problemática evidente. Dolorosas secuencias hoy perdidas en los anaqueles de la relatoría de la Sección Tercera del Consejo de Estado, pero suficientemente representativas de una realidad

que pide a gritos soluciones. Con otro factor incidente, la mayoría de estas víctimas no viven en Bogotá o ya no quieren recordar sus historias, prefieren dejar en el olvido sus tristezas.

El caso de Rosa Tovar, una mujer del campo que quedó estéril a los 22 años por una cesárea mal realizada y además tuvo que soportar el rechazo de su esposo que la culpó por lo sucedido. El triste episodio de Ricardo Martínez, víctima de una bacteria que no se le diagnosticó a tiempo pese a que en cuatro ocasiones acudió al servicio de urgencias, donde siempre se le dijo que era una simple gripa e incluso pagó una multa de \$12.500 por una 'urgencia no válida'. Su esposa e hija quedaron desamparadas después de su repentina muerte. Dos casos que pasaron desapercibidos para la sociedad, excepto para sus familias que soportaron las consecuencias.

La historia de Lilia Solorza, quien murió 24 horas después de haber tenido a su tercera hija, fue víctima del paseo de la muerte. En pocas horas pasó por tres clínicas y profesionales de la salud diferentes y, pese a lo sucedido, en su certificado de defunción, a la hora del diagnóstico para la posteridad, lo que apareció en el dictamen fue que falleció por muerte natural. Para fortuna de su familia, Medicina Legal logró esclarecer hechos que la propia familia de la víctima ignoraba y que se convirtieron en pruebas claves para la demanda en contra de la EPS instaurada ante los tribunales. Siete años después, la entidad tuvo que indemnizar a la familia.

O el caso de Edilberto Sarmiento, un señor a quien la delincuencia común le jugó una mala pasada que afortunadamente no acabó con su vida, pero en cambio sí lo hizo la negligencia de un médico que suturó tres puñaladas en su cuerpo en un pabellón de urgencias, sin prevenir que las heridas habían sido causadas con un arma blanca y además de la sutura requería también un procedimiento contra una eventual infección. Y así sucedió. Trece días fueron suficientes para que una septicemia que hubiera podido evitarse a tiempo acabara con su vida. El único consuelo para su familia fue demandar al personal médico que fue ineficiente.

Una secuencia no muy distinta a la de Amaranta Curtidor, quien falleció cuando apenas tenía ocho años por una absurda falla médica. Un inofensivo dolor de cabeza en apariencia, que no supo diagnosticarse en su debido momento fue la causa de su prematuro deceso. No sólo fue una pérdida para sus padres y sus hermanos, sino que significó un gran dolor para toda la comunidad indígena a la que ella pertenecía. Como los demás integrantes de su familia, se consideraban legado de la comunidad comunera Nasa. Hoy todos sus allegados siguen lamentando su partida, aunque ellos mismos expresen que Amaranta vive en sus corazones.

Estas historias se repiten semanalmente en muchas clínicas y hospitales de Colombia. No sólo las que pertenecen al Estado o se sostienen con recursos públicos sino también aquellas donde prima el capital privado. La conclusión no puede ser otra que la demostración de que la crisis del sector salud va más allá de un dilema financiero o jurídico. Se trata de una coyuntura que involucra consideraciones de ética médica, sensibilidad ante el dolor y vocación por el oficio. Esta es la razón de ser de este trabajo periodístico, darle caras e historias reales a una realidad que se ha vuelto común y que requiere un análisis global sobre las obligaciones del Estado, la sociedad y la profesión misma de la medicina y su juramento hipocrático.

CAPITULO I.

Un acercamiento conciso al Sistema de Seguridad Social

Para entender el dilema de las fallas médicas en Colombia es necesario conocer cómo opera el sistema de salud en el país que inicialmente está regido por la ley 100 del 1993, columna vertebral de una sumatoria de decretos y normas para desarrollar sus postulados. Desde su artículo 1º, esta ley define el objeto general del sistema como la idea de garantizar los derechos irrenunciables a



la salud tanto de las personas como de las comunidades y así proveer calidad de vida a todos los colombianos, de conformidad con los principios de dignidad humana previstos en la Carta Política, en especial a través de la protección de las contingencias que la afecten¹.

De manera previa, la Constitución Política de 1991, en sus artículos 48 y 49, proclamó la Seguridad Social como un servicio público de carácter obligatorio que debe prestarse bajo la dirección, coordinación y control del Estado. En ese sentido, garantizó el derecho irrenunciable de todos los habitantes a la Seguridad Social, a través del acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud². Para cumplir estos objetivos, la Ley 100 de 1993 tuvo que adaptar a las nuevas directrices a varias instituciones que hasta ese momento regulaban el sector. La Caja Nacional de Previsión Social, creada en 1945 para atender a funcionarios públicos; el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ISS) para trabajadores privados con empleo formal, o el Ministerio de Salud Pública, estructurado a partir de 1970.

Con estos organismos y los nuevos postulados se conformó el Sistema Nacional de Salud, dejando en claro que el Estado debía conservar el control sobre las instituciones prestadoras de servicios de salud. Una premisa fundamental a la hora de introducir cambios en la legislación y llegar a los puntos decisivos que tienen hoy al sistema en jaque. En su momento, la Ley 100 de

¹ Colombia, Congreso Nacional de la Republica (1993, 23 de diciembre), "Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones", en *Diario oficial*, núm. 41.148, 23 de diciembre de 1993, Bogotá.

² Colombia, (2003), Constitución Política, Bogotá, Lito Imperio.

1993 apuntaba a convertirse en un motor de desarrollo del sector y, lo más importante, a garantizar la disminución de las tasas de mortalidad imperantes en Colombia. La idea fue proveer la cobertura de servicios de salud a toda la población mediante un seguro fortalecido en cuatro frentes: eficiencia, calidad, equidad y solidaridad.

Así nació una doble visión sobre la forma de cómo se debían alcanzar estos cambios, a partir de la creación de un régimen contributivo para aquellos que tienen recursos para pagar servicios de salud y régimen subsidiado para aquellos que no poseen capacidades de pago. De manera adicional, el cambio más drástico que dio la Ley 100 fue incluir al sector privado en la prestación de los servicios de salud, bajo la argumentación de que al existir oferta en la prestación de tales servicios, los usuarios podían elegir la institución que se ajustara a sus preferencias y las EPS podían competir con calidad. Un objetivo que, en opinión del abogado Germán Rincón, nunca se cumplió porque ninguna entidad terminó prestando un buen servicio. De hecho, hoy el 70% de las tutelas que se presentan es para proteger derechos desconocidos en el denominado Plan Obligatorio de Salud (POS).

El abogado Rincón, experto en el tema, sostiene que en la práctica lo que pasó después de la ley 100 de 1993 es que la salud se convirtió en un negocio y desvió su camino. “A las entidades solo les interesa la salud económica de los intermediarios y no la salud de las personas, esto ahora es visto como un negocio y no como un servicio público netamente”. De cierta manera, las noticias dan razón a sus afirmaciones pues en la página web oficial de la Superintendencia de Salud, que tiene como función la investigación, vigilancia y control de la calidad eficiencia de la prestación de los servicios de salud, los titulares dominantes aluden a investigaciones por excesos en entidades de salud relacionados con desvío de dineros del sistema hacia actividades lucrativas diferentes al objeto principal de estos mismos organismos.

Claro está que no se puede decir que todo en la ley 100 sea malo, pues de alguna manera uno de sus cometidos más importantes se cumplió. En el artículo 3º de la ley se dispuso que el Estado debía garantizar a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social. Antes de esta premisa la cobertura era mínima y las personas sin recursos económicos y desempleados difícilmente podían acceder al servicio, con la Ley 100 cambiaron las estadísticas de cobertura en salud. “En 1993, tan solo el 23% de los colombianos estaba cubierto por el fuertemente centralizado sistema de seguridad social, compuesto por un conjunto de instituciones estatales, que prestaban el servicio de salud a un sector de población

‘cautiva’. Se estimaba que para la época, aproximadamente un 20% de los colombianos no tenía acceso a ningún tipo de servicio de salud. Un 10% adicional de la población hacía uso de prestadores privados del servicio, la parte restante de la población, recurría a hospitales públicos y a entidades sin ánimo de lucro” (Palacio, 2011, p. 11-12).

Aunque años después, a través de la Ley 1438 del 2011, se ordenó la Universalización del aseguramiento, es decir que todos los residentes en el país deberán ser afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud³, ya los registros de cobertura de la Ley 100 arrojaban positivos resultados.

Hoy no existe una cobertura de salud del 100%, pero según la rendición de cuentas dada por el Ministerio de Salud y Protección social en febrero de 2012, el 96% (44.6 millones) de la población colombiana cuenta con el servicio de salud. El 11.7% pertenece al régimen subsidiado. En el mismo reporte se oficializó que el Gobierno destinó 2 billones de pesos adicionales para el sector salud, recursos que deberán estar dirigidos a garantizar cobertura universal, unificación y actualización de los planes de beneficios.⁴

En otras palabras, si bien la cobertura en salud ha aumentado y es uno de los puntos positivos que siempre resalta el Ministerio de Protección Social, lo que sigue en tela de juicio es la calidad de salud, en términos de atención médica, que tienen hoy los colombianos. Y para determinar dónde pueden estar los vacíos que determinan ese mal diagnóstico, es pertinente seguir desmenuzando la Ley 100 de 1993, esta vez para evaluar cómo el Sistema General de la Seguridad Social Integral quedó dividido en subsistemas así: Pensiones, Salud, Riesgos Profesionales y Servicios Sociales complementarios. En síntesis, la reforma en salud creada hace dos décadas creó nuevas entidades:

³ Colombia, Congreso Nacional de la República (2011, 19 de enero), “Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, en *Diario oficial*, núm. 47.957, 19 de enero de 2011, Bogotá.

⁴ Presidencia de la República, (2012), “El 96 % de los colombianos ha accedido al sistema de salud”, [en línea], disponible en: http://wsp.presidencia.gov.co/Prensa/2012/Febrero/Paginas/20120209_13.aspx, recuperado: 29 de octubre del 2012.



Logos de EPS

Entidades promotoras de salud (EPS): antes la salud era proporcionada solo por el Estado, con la Ley 100 se crearon las EPS como empresas que ofrecen aseguramiento integral en salud a sus usuarios por medio de la afiliación. Estas tienen el deber de proporcionarles a todos los usuarios los servicios del POS (Plan Obligatorio de

Salud), es decir todo lo que una persona necesita

para tener un buen estado de salud, desde la prevención de la enfermedad, hasta el tratamiento.

Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS): tienen un trabajo mancomunado con las EPS. A las IPS pertenecen: consultorios, clínicas, hospitales y laboratorios a disposición de los usuarios. Estos pueden ser de dependencia pública o privada.

Administradoras de Fondo de Pensiones (AFP): son instituciones que fueron creadas pensando en la vejez de los colombianos, estas se encargan de administrar: fondos de pensiones obligatorias, fondos de cesantía y fondo de pensiones voluntarias. Las personas acuden a las AFP con el fin de tener un ahorro programado.

Asociación de Riesgos Profesionales (ARP): todas las personas que tengan empresa o den empleo deben afiliarse a esta asociación. La afiliación cumple con cubrir todos los gastos de accidentes o enfermedades causadas por el trabajo y además paga al empleado por los días que sea incapacitado.



Logo oficial Fosyga.

Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA: es una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social manejada por encargo fiduciario, es decir que tiene a cargo recursos que deben distribuirse de manera adecuada, sin personería

jurídica ni planta de personal propia, cuyos recursos se destinan a la inversión en salud. Se

encarga de la administración de recursos del régimen contributivo, de la subcuenta de solidaridad del régimen subsidiado, y administra recursos de promoción y prevención y recursos del Seguro Obligatorio en Accidentes de Tránsito –SOAT–⁵.

Asociación de usuarios: este ente fue creado con el fin que los usuarios tanto del régimen contributivo como del subsidiado luchan por sus derechos y por la calidad en el servicio que se les presta. Actualmente las Asociaciones funcionan en las EPS que tienen por cabeza a un grupo de afiliados que tiene la función de vigilar la prestación, calidad y oportunidad de los servicios que les son brindados a los afiliados. En la página web de las aseguradoras aparece un link que da directamente a esta Asociación en donde se le explica a los usuarios como deben pasar sus quejas o sugerencias para ser tratadas, esto se hace a través de cartas o correos electrónicos.



Sociales del Estado, con gestión autónoma, pero

Logo y lema oficial de Superintendencia de salud.
regidós por una junta directiva que se compone de la participación del Estado, de los profesionales de la salud y de la participación comunitaria. Este cambio trajo consigo además transformaciones sustanciales en la restructuración. La principal modificación es que estas empresas deben autofinanciarse mediante la venta de servicios. Para regular las nuevas instituciones tuvo que empezar a operar la Superintendencia de Salud con una función básica: autorizar el ingreso de los nuevos aseguradores al mercado regulado y supervisar su funcionamiento.

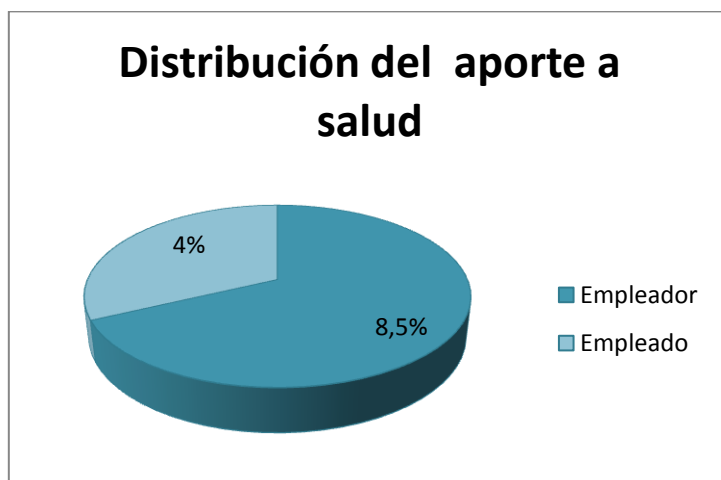
Pañitos de agua tibia de la Ley 100

Como estaba previsto, a lo largo de los años la Ley 100 de 1993 o Ley de Seguridad Social ha estado sometida a múltiples reformas para garantizar los objetivos iniciales. Son 19 años de ajustes, entre los cuales las normas más significativas han sido las siguientes: La **Ley 1122 de**

⁵ Colombia, Presidencia de la República (1996,23 de julio), “Decreto 1283 de 1996, Por el cual se reglamenta el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, en Diario Oficial, núm. 42.840 de 25 de julio de 1996, Bogotá.

2007, orientada a realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. ⁶

El cambio más importante fue el incremento de costos en la cotización en salud. Antes de 2007, según el artículo 204 de la Ley 100, todo estaba dispuesto de esta manera: La cotización obligatoria que se aplica a los afiliados al sistema general de seguridad social en salud según las normas del presente régimen, será máximo del 12% del salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. Dos terceras partes de la cotización estarán a cargo del empleador y una tercera parte a cargo del trabajador. Un punto de la cotización será trasladado al fondo de solidaridad y garantía para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado.⁷ Con la reforma se vio un incremento y se acordó que el aporte debía ser del 12.5% del salario con esta distribución: 8.5% será pago por el empleador, 4% a cargo del empleado, de toda la cotización un 1.5 % será para contribuir a financiar a los beneficiarios del régimen subsidiado.



⁶ Colombia, Congreso Nacional de la República (2007, 9 de enero), "Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones", en *Diario oficial*, núm. 46.506, 9 de enero de 2007, Bogotá.

⁷ Colombia, Congreso Nacional de la República (1993, 23 de diciembre), "Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones", en *Diario oficial*, núm. 41.148, 23 de diciembre de 1993, Bogotá.



Posteriormente, a través de una nueva ley se creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como una unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social⁸. Esta nueva entidad

Logo de la Comisión de Regulación en Salud

está organizada de la siguiente manera: a la cabeza el

Ministro de Protección Social, el segundo al mando es el Ministro de Hacienda y Crédito Público y finalmente cinco comisionados expertos en temas de salud. Este equipo es designado por el Presidente de la República. A la CRES se le otorgaron múltiples funciones y además se creó la figura del defensor del usuario en salud, a quien se condicionó para trabajar en cooperación con la Superintendencia de Salud y la Defensoría del Pueblo.

Así mismo se estableció un Plan Nacional de Salud Pública que deberá ser redefinido cada cuatro años. El plan incluye las responsabilidades de la Nación, de las entidades territoriales y del Sistema General de Seguridad Social en Salud.⁹ El Plan nació con el fin de suplir las necesidades de los colombianos, y estableció cuatro propósitos: mejorar el estado de salud de la población Colombiana, evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica y disminuir las inequidades en salud de la población colombiana. En otras palabras, no se puede negar que el Estado siempre ha tenido la disposición de mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud.

Ley 100, madre de los males

A pesar de los avances en materia de reglamentación, las quejas de los pacientes cada vez son mayores. En el Tribunal Nacional de Ética Médica, ubicado en Bogotá en la calle 147 # 19-50,

⁸ Colombia, Congreso Nacional de la República (2007, 9 de enero), "Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones", en *Diario oficial*, núm. 46.506, 9 de enero de 2007, Bogotá.

⁹ Colombia, Ministerio de la Protección Social (2007, 10 de agosto), "Decreto número 3039 del 10 de agosto de 2007, Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública", en *Diario oficial*, núm. 46.716, 10 de agosto de 2007, Bogotá.

reposan todos los expedientes de las denuncias por parte de los pacientes. Hoy esta institución se ha convertido en el desahogo de los colombianos que buscan justicia o por lo menos que al médico que prestó un mal servicio le llamen la atención por su conducta. En medio de los expedientes se puede ver como las personas que presentan sus quejas cuentan cómo son tratados ellos o alguno de sus familiares. Se leen frases tales como *“es supuestamente médico, pero no parece”*, *“quién la manda a estar tan gorda, haga dieta y ejercicio... me hizo perder el tiempo eso no es una urgencia”*, o *“la revisión no duró nada, fue muy por encima”*.

En el libro *“Doctores: ¿Por qué se quejan sus pacientes?”*, del Tribunal de Ética Médica de Bogotá, están consignadas algunas quejas de los reclamos más usuales de los usuarios. *“... su papá pierde el codo, de una vez les digo, para que después no me hagan reclamos. Yo lo opero porque hay que realizarle una cirugía pero quien sabe cuándo, porque esto está muy complicado, de una vez les digo...”* Esas fueron las explicaciones que le dio un médico a los hijos de un paciente en una entidad de salud del Estado. Otra paciente acudió a su médico después de una mamoplastia y después de que comentó su insatisfacción, la respuesta que recibió fue: *“¡qué quería!: no se las puedo subir al cuello”*. (Lafaurie, 2002, p. 43,69)

Más allá de las desobligantes expresiones que se dan a menudo, lo primero que queda en evidencia es que no basta la abundante reglamentación de la ley de seguridad social. Existe un problema de atención médica cuyas causas son culturales, administrativas e incluso ética. Lo cierto es que esta tendencia termina reflejándose en errores médicos que definitivamente aumentaron después de la aprobación de la controvertida Ley 100 de 1993. Una afirmación que podría clasificarse como un juicio de valor, pero las cifras apuntan a ratificarla con creces. Según información proporcionada por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, ante una solicitud formal por derecho de petición sobre en cuántas demandas se condena al Estado por responsabilidad médica anualmente, estos son los resultados:

Año	Número de demandas
1990	0
1991	1
1992	0

1993	5
1994	8
1995	23
1996	40
1997	56
1998	79
1999	139
2000	108
2001	116
2002	120
2003	117
2004	166
2005	160
2006	155
2007	206
2008	233
2009	140
2010	192
2011	75
2012	21
TOTAL	2.160

Este reporte se dio con corte a 27 de agosto del 2012. Los datos arrojados corresponden a la migración de procesos al Sistema así como a la radicación de nuevos procesos por parte de los usuarios y a la actualización e inclusión de datos en el Sistema, responsabilidad exclusiva de los apoderados de las entidades públicas. Sin embargo, con el fin de ver un antes y un después de la Ley 100, los datos se solicitaron desde 1990 hasta el 2012. Hay que tener claro que esas cifras no son el total de víctimas por errores médicos, pero si bien en lo poco que hay, se advierte con claridad un aumento después de 1993 que se hace más notorio con el paso de los años.

A su vez, el Consejo de Estado, máximo tribunal de la justicia administrativa y donde finalmente se constatan los fallos adversos a la Nación por errores médicos, sus informes sobre los procesos que han ingresado para sentencia, de conformidad con la base electrónica de datos de la relatoría, reconocen que hay 786 registros con el título de imputación de responsabilidad por falla en el servicio médico. La información dada año por año, en el ciclo 1990-2012, es la siguiente:

Año	Número de Registros
1990	7
1991	6
1992	18
1993	19
1994	31
1995	30
1996	27
1997	40
1998	6
1999	23
2000	44
2001	24
2002	29
2003	1
2004	18
2005	15
2006	11

2007	31
2008	43
2009	32
2010	94
2011	193
2012 (de Enero a Julio)	44
TOTAL	786

El Consejo de Estado, al proporcionar las cifras para este trabajo periodístico aclaró en la respuesta al derecho de petición solicitado: “no se posee un número preciso sobre la totalidad de acciones en el país, ya que estas son presentadas ante juzgados y tribunales, inicialmente, y al Consejo de Estado en segunda instancia. En consecuencia, no todos los procesos clasificados como imputación de responsabilidad por falla del servicio médico o responsabilidad médica se encuentran registrados. Ahora bien, la Relatoría del Consejo de Estado contiene un estimativo de las providencias en medio magnético, pero no la totalidad de toda la jurisprudencia emitida por el Máximo Tribunal de lo Contencioso”.

Si bien las cifras proporcionadas no pueden arrojar unos datos exactos que digan la verdad absoluta de las personas que demandan por fallas en los servicios médicos, si se puede ver un sustancial incremento después de 1993 con algunas salvedades, como el año 2003 del que solo aparece un registro y resulta contradictorio con las cifras dadas por la Agencia Nacional de defensa Jurídica del Estado. El contraste más visible está en los años 2010 y 2011 con una cifra exagerada en comparación a otros años, siendo una clara demostración del problema actual del Sistema y la incidencia de los errores médicos.

En desarrollo del III Simposio Internacional de Seguridad del paciente –prácticas clínicas sin errores– realizado el pasado 14 de marzo en Colombia, durante el cual se reunieron médicos especialistas de todas partes del mundo, se notaron ciertas tendencias que ratifican las conclusiones de los organismos especializados del sector judicial. El evento se realizó partiendo de una premisa contundente: de cada 100 pacientes, 10 sufren un evento adverso al ingresar a una institución de salud con un 90% de eventos que habrían podido evitarse. Es decir, es muy alta la incidencia de daños no intencionales que pueden

producir discapacidad e incluso la muerte. Decesos que en muchos países superan las muertes producidas por el SIDA, la diabetes mellitus y los accidentes de tránsito.¹⁰



En Colombia, esta incidencia (acumulado) de demandas, por fallas en la atención médica, se incrementó en un 45%, mientras que la prevalencia (casos nuevos) en un 35 %, en los últimos años, según la sociedad colombiana de anestesiología y reanimación (Scare). Por otro lado, la institución tiene un registro en cuanto al aumento de incidencia en demandas. Se pasó de 1.818 casos en el 2006, a 2.132, en 2007 y de 2.778, en 2008; a 3310, en 2009. Es decir un incremento del 45% como ya se había dicho.¹¹

Cada institución tiene registros y cifras diferentes, por lo tanto es difícil saber cuántas personas en realidad son víctimas por falla médica al año. Algunas personas demandan ante un juez si lo que busca es una indemnización económica. Otras se quejan ante el Tribunal de Ética Médica de su departamento. Hay quienes se quedan callados y su caso no es registrado. Lo único que queda claro es que las fallas médicas han aumentado con el paso de los años y que Colombia está ante un problema que necesita de soluciones eficientes. Una realidad que necesariamente lleva a un interrogante:

¿La Ley 100 contribuyó al aumento de errores médicos?

La realidad absoluta es que las cifras demuestran que después de 1993 las demandas se incrementaron. Puede ser que parezca una simple coincidencia, pero para ratificarlo están las opiniones de personas involucradas en el tema. El abogado Germán Humberto Rincón,

¹⁰ “Tercer Simposio Internacional de Seguridad del Paciente”(2012) [en línea:], disponible en: <http://www.imbanaco.com/content/tercer-simposio-internacional-de-seguridad-del-paciente>, recuperado: 26 de octubre del 2012

¹¹ “Expertos internacionales destacaron los avances en Colombia y recomendaron avanzar en los programas de seguridad”(2012) [en línea:], disponible en: <http://www.imbanaco.com/content/expertos-internacionales-destacaron-los-avances-en-colombia-y-recomendaron-avanzar-en-los-pr>, recuperado: 26 de octubre del 2012.

catedrático en temas de salud y especialista en derechos humanos, sostiene que la tramitomanía de las EPS es lo que ha hecho aumentar el número de problemas que tiene en este momento la gente en materia de salud y los desaciertos que ha tenido el Estado con respecto a las prácticas que están dentro y fuera del POS. Y lo explica con un ejemplo contundente: si un niño nace prematuro se le debe hacer un examen para corroborar el estado de su visión. En algunas ocasiones se le debe dar un medicamento para fortalecer y evitar una posible ceguera. Inicialmente esto no es una urgencia por que la persona no está muriendo, pero si el medicamento no está incluido dentro del POS, por lo tanto no está en la obligación de dárselo, Rincón termina diciendo “Colombia tienen montón de ciegos por eso”.

Sin ser pesimista, él cree que la solución está en hacer una reforma a fondo y, por lo tanto, si hay un cambio en la legislación en salud. “Los casos se pueden disminuir en un 100%, en la medida que la persona tiene acceso a servicios con calidad que se cumpla el sistema de garantía a la calidad”, agregó el especialista.

Por su parte y desde su posición como médica, Liliana Salazar sostiene que después de la Ley 100 de 1993, las fallas en el servicio si siguen aumentando y lo argumentó así: “a uno le exigen tiempos y la ley cada vez mete más cosas, pero no ve que tras de eso hay una parte humana que somos nosotros los médicos que no funcionamos como maquinillas, como ellos quieren. Por lo tanto si se han desmejorado cosas”. Jorge Pulido, también es médico, pero al advertir la crisis en su profesión, optó por estudiar derecho. Él afirma que las fallas médicas no son tanto por negligencia, imprudencia, impericia, ni falta a la norma que tenga que ver con los médicos; si no que el problema está en las EPS, pues el gobierno dejó en sus manos toda la Seguridad Social y este tercerizó con los reducidos tiempos y por economizar llevaron el asunto a mala atención.

En conclusión, la calidad en la prestación de servicios es la que más se ha visto perjudicada, “A estas instituciones el Estado les dio el derecho de administrar la salud, se supone que tiene que ser un brazo adicional del Estado, cómo ese brazo va a violentar las mismas normas que el mismo Estado promulga”, afirmó. Por eso, hablar de si la Ley 100 contribuyó o no al aumento de las fallas médicas es el debate sustancial que se requiere poner sobre la mesa y que parece no tener fin. Los distintos sectores tienen distintas posiciones, pero como se pudo ver, es en el comportamiento mismo de los médicos donde radica el principal problema, al menos desde 1993. El Gobierno Nacional se escuda en el aumento de la cobertura como el principal acierto y al mismo tiempo el mayor dilema, e incluso lo asocia inmediatamente con calidad. Pero los

pacientes que finalmente son la razón de ser del Sistema Nacional de Salud y son los más perjudicados, definitivamente creen que cada día se pierde más la confianza en los médicos y por extensión en la efectividad del Sistema creado por el Estado y sus instituciones.

CAPÍTULO II.

¿Colombia tiene un sistema de salud de calidad?

Esa es la primera pregunta a la hora de buscar explicaciones al creciente número de litigios judiciales derivados de errores médicos. Se supone que el Sistema de Salud se rige bajo principios de eficiencia, calidad, equidad y solidaridad, pero las frecuentes noticias divulgadas en los medios de comunicación sobre equivocaciones fatales en clínicas y hospitales públicos, pone en duda que se estén aplicando estas directrices generales trazadas desde la Constitución y la ley.

“Denuncian posible error médico que causó daño cerebral a una joven”. Titular del periódico El Espectador del 20 de junio de 2012. “Por errores médicos podrían estar muriendo anualmente más de 15.000 pacientes en Colombia”, noticia de Caracol Radio de julio 26 de 2011. “Una mujer sufre las consecuencias de un error médico”, propuesta informativa de Noticias RCN en una de sus emisiones del 3 de marzo de 2010. “Corte ordena a EPS responder por la negligencia de las clínicas”, primicia del diario El Tiempo en su edición del 8 de enero de 2012. Esta clase de informaciones recurrentes en los medios demuestran a la sociedad un capítulo más de la crisis que hoy padece el sistema de salud en Colombia.

En cuanto a las redes sociales, medio ideal para que las personas expresen sus inconformidades, el tema de las críticas a la prestación de los servicios de salud en el sector público y privado está ganando cada día más espacio. El reciente episodio clínico del Presidente Juan Manuel Santos y su atención en la clínica Santa Fe constituye una muestra de las relaciones espontáneas de la gente, sobre la base de mostrar las diferencias en la atención médica del Primer Mandatario respecto a la de los ciudadanos de a pie. En el trasfondo de estas observaciones, muchas de ellas desde el plano del humor gráfico, representan expresiones libres sobre un dilema nacional que los medios de comunicación han venido representando para poner en evidencia una crisis.



[En línea:], disponible en:
<http://pic.twitter.com/eHnAbZJE> Recuperado:
5 de octubre del 2012.



[En línea:], disponible en: http://sphotos-e.ak.fbcdn.net/hphotos-ak-snc7/406943_10151287427399066_638285279_n.jpg. Recuperado: 5 de octubre del 2012.



[En línea:], disponible en: <http://davidmunera.com/wp-content/uploads/2012/10/arton7112.jpg> Recuperado: 5 de octubre del 2012.

¿Pero qué piensan los expertos respecto al problema que se vive a diario en clínicas y hospitales y que compromete la salud de millones de pacientes en Colombia? Jorge Pulido, médico y abogado especialista en temas de salud afirma que el primer inconveniente surge a partir de reconocer que en el país no existe un sistema de salud de calidad, porque se convirtió en un negocio. Por más que se tenga buen personal, agregó Pulido, “entre las EPS siempre van a pelear por los clientes pues saben bien que una aspirina que les vale un peso, se la pueden vender al Estado en \$1.000. Finalmente, todo revierte en el Fosyga, casi siempre por debajo de cuerda”. La

afirmación de un experto que representa una primera premisa a tener en cuenta y que admite de entrada que el paciente usuario del sistema hoy es más visto como cliente que como enfermo, por el dinero que paga a una EPS.

Liliana Salazar, médica de la EPS SaludCoop, manifiesta su inconformidad y advierte que en el fondo lo que está pasando es que la ley 100 de 1993, que se supone exige un cubrimiento del 100% en salud para la población colombiana, sencillamente no se está cumpliendo. Salazar agrega: “Se sigue viendo gente sin afiliación, sin cobertura. Se supone que maternas o niños deben tener un trato especial pero sigue sin ser así”. Como el abogado Pulido, desde la perspectiva médica Liliana Salazar argumenta que no existen buenas condiciones de trabajo para los profesionales de la salud y este factor ya afecta la prestación de un servicio médico de calidad. El tiempo promedio estipulado para las citas es de 20 minutos por paciente, y si una persona llega tarde a su cita eso acorta el tiempo de los otros.

En esas condiciones, insistió Liliana Salazar, “no hay duda que se tiene que desmejorar la calidad de atención a los pacientes. Lo que impera es lo que el patrón ordena: hacer consultas de 10 minutos y a veces menos, comprometiendo la ética del servicio médico pero garantizando que las EPS sigan reportando utilidades. Desde su experiencia como asesor legal de entidades de salud, Jorge Pulido puede testificar lo que hoy está pasando en diversos centros de salud: “Sucedió en una EPS para la cual trabajé hasta finales del 2011. Podría llamarla negrecoop porque negrean a todo el mundo. Teníamos que trabajar 208 x 192, es decir, 192 horas de pago por 208 de trabajo. Las horas de más había que regalarlas a la EPS”.

En términos generales, este es el primer elemento que incide notoriamente en la forma como están creciendo los litigios judiciales por errores médicos. No es un escenario catastrófico, pues incluso personas que han perdido familiares por equivocaciones de profesionales de la salud admiten que no se puede generalizar que las EPS sean malas en su conjunto. Pero salta a la vista que existe un escenario legal y formal que está incidiendo en las malas prácticas médicas. La forma más contundente de probarlo es a través de las estadísticas de calidad del Sistema de Salud. En tal sentido, el organismo idóneo para aportar ese diagnóstico, el Tribunal Nacional de Ética Médica, tiene cifras suficientes de quejas presentadas por paciente:

Años/ Acciones	Hechos	Quejas	Aceptación	Resolución
----------------	--------	--------	------------	------------

Antes de 1990	18	4	-	-
1990	24	6	-	-
1991	30	15	-	-
1992	69	33	-	-
1993	113	96	-	-
1994	114	124	223	5
1995	154	147	153	88
1996	155	176	160	122
1997	144	139	115	111
1998	93	109	113	114
1999	53	74	93	118
2000	30	47	79	171
2001	4	30	59	147
2002 hasta julio	-	1	6	125
Totales	1001	1001	1001	1001

(Lafaurie, 2002, p. 8) Este cuadro fue tomado del libro: *Doctores: ¿Por qué se quejan sus pacientes?* Del Tribunal de ética médica.

La información corresponde a los hechos, las quejas, la aceptación de las mismas y la resolución de la sala.

¿Cuándo hay víctimas de un error?

Desde la perspectiva médica, que muchas veces deriva en circunstancias de orden legal, ya existe una clasificación de formas y momentos en los que se pueden presentar eventos, fallas o

errores a la hora que el personal médico preste un servicio. Algunos pueden ser intencionales o no, prevenibles o simplemente producto de reacciones inevitables. No se puede generalizar que se trate de eventos de naturaleza intencional, por lo tanto es importante conocer en qué casos hay mala prestación del servicio médico. Estos conceptos y situaciones, para conocimiento de quienes suelen informar sobre estos temas, se clasifican de la siguiente manera:

Evento Adverso. Llamado así cuando se le ocasiona un *daño irreversible* a un paciente con el cual no se contaba después de un procedimiento médico. Hay daños que se pueden ver a simple vista, como lo es la muerte del paciente o una lesión severa o evidente en cualquier parte del cuerpo. Dentro de este tipo de errores médicos también está el daño no permanente, el cual puede ser tratado y no dejar secuela. El daño moral y psicológico, muchas veces se deja fuera del rango del evento adverso, pero en realidad es un componente del mismo. Los eventos adversos pueden ser no intencionales, pues al existir un error se parte de la premisa de que ninguna persona del equipo médico busca hacerle daño a un paciente. Claro está que no se puede descartar que haya intencionalidad, ante lo cual habría acto doloso.

Otro de los componentes del evento adverso es cuando existe daño fuera de la enfermedad por la cual se llevó a la intervención equivocada. El ejemplo clásico es el de la mujer que va a dar a luz a su hijo por cesárea, se realiza la herida en el abdomen bajo, pero ésta se infecta debido a un error de procedimiento. Los eventos adversos tienen su propia clasificación. Existen los eventos adversos evitables, relacionados con daños que hubieran podido evitarse y que, de conformidad con el Artículo 15 de la Ley 23 de 1981, obliga a los médicos a no exponer a sus pacientes a riesgos injustificados.

Por eso, en estos casos es determinante pedir consentimiento a los pacientes para aplicar un tratamiento médico o quirúrgico. El caso contrario es el evento adverso no evitable, que se presenta cuando se causa daño a un paciente sin intención, por lo cual no se considera error. El ejemplo específico es el de aquellas personas a quienes se les practica una cirugía a corazón abierto. Se sabe que es un procedimiento de alto riesgo y si como consecuencia el paciente sufre un paro cardio-respiratorio y muere, difícilmente se puede probar que hubo error médico. En otras palabras, era previsible que se diera un desenlace fatal.

El segundo caso es el error o la falla propiamente dichos, que corresponden a casos evidentes. Existe el error por acción y por omisión. El primero claramente corresponde a cuando el personal médico, a la hora de hacer cualquier procedimiento o formulación, realiza algo que no

se tenía porque hacer. Por ejemplo, una dosis de medicamento superior a la que un paciente requería. El caso de omisión se da cuando el profesional de la salud debía hacer algo para que su paciente estuviera bien y no lo hizo. La ilustración de este caso es cuando un galeno no formuló un medicamento a tiempo para combatir una infección que pudo evitarse.

En ambos casos, tanto en los tribunales administrativos como en el ética médica, se manejan unos conceptos que el periodismo debe conocer para darle a su información criterios responsables. Los casos concientes e inconscientes. “Los primeros surgen cuando los profesionales de la salud saben del error pero se equivocaron. Es decir, hubo exceso de confianza” (Luengas, 2009, p. 33). Por ejemplo, el médico que no manda a hacer lo exámenes necesarios antes de llevar a una persona al quirófano y por ese descuido sobreviene un error. El inconsciente sucede cuando el error se da “por fallas que se asocian al cansancio de las personas o a sobrecargas de trabajo” (Luengas, 2009, p. 33), habituales en el sistema de salud.

En cada una de las definiciones anteriores, el Ministerio de Salud y Protección Social ha diseñado listas de referencia. Así, por ejemplo, en los eventos adversos, los prestadores de servicios de salud ya saben que en cualquier de las siguientes causales puede existir error. Cirugías o procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de una organización o un profesional, pacientes con trombosis venosa profunda a quienes no se les realizan pruebas de coagulación, pacientes con neumonías en pediatría o con shock hipovolémico (se da cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre al cuerpo), cirugías en partes equivocadas o pacientes que no eran, personas infartadas, pacientes con reingreso a servicio de urgencias por la misma causa, entrega equivocada de recién nacidos, fuga de pacientes psiquiátricos hospitalizados, suicidio de internados o quemaduras por lámparas de cirugía.

En todos estos casos, ya se parte de indicios de eventuales errores. Lo mismo que sucede cuando existe utilización inadecuada de elementos, entrega equivocada de reportes de laboratorio, luxación post - quirúrgica en reemplazos de caderas, asaltos sexuales en una institución médica, casos de asfisia perinatal, secuelas post - reanimación o pacientes con diagnóstico de apendicitis que no son atendidos después de 12 horas de realizado el diagnóstico¹². Esta misma

¹² Colombia, Ministerio de la Protección Social (2006, 8 de mayo), “Resolución número 1446 del 8 mayo de 2006, por la cual se define el Sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud”, [en línea:], disponible en:

clasificación se da en casos de eventos adversos de referencia para Empresas Prestadoras de Salud, Asociación de Riesgos Profesionales o compañías que atienden pacientes con medicina prepagada.

En estos casos, la ley prevé que se pueden dar eventos adversos a partir de usuarios detectados por suplantación, afiliados duplicados, quejas por no prestación de servicios del Plan Obligatorio de Salud, pacientes a los cuales se les reconocen servicios rechazados, devoluciones de liquidación de aportes por inadecuado diligenciamiento, pacientes insatisfechos por lo que consideran injustificadas barreras de acceso a la atención médica, tutelas por no prestación de servicios, pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, pacientes que mueren encontrándose en lista de espera para algún procedimiento relacionado con la enfermedad, demoras en suministro de insumos o reacciones provocadas por medicamentos vencidos, entre otras causales legalmente admitidas¹³.

Los médicos hablan de sus errores

Bajo esta perspectiva legal que determina en qué casos la justicia puede determinar si hay o no errores en los procedimientos médicos, lo pertinente ahora es conocer cuál es la postura de los profesionales de la salud, pues desde su experiencia, hay que evaluar otras causas para que este dilema siga en aumento. Por ejemplo, desde su vivencia como médica de la EPS Saludcoop, Liliana Salazar plantea que hay ocasiones en las que se limitan a los médicos en sus diagnósticos precipitando garrafales errores. Es el caso del médico al que no le dejan pedir algo que un paciente necesita. “Si pide un electrocardiograma lo llaman y lo regañan o incluso le pasan un memorando”.

Para el médico Jorge Pulido, hoy el principal limitante de la profesión, además causa de incontables errores es el tiempo. Una hora para ver a tres pacientes y en ocasiones hasta cuatro, es un despropósito. Desde su experiencia, Pulido cree que los lapsos contemplados en materia

<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf>. Recuperado: 5 de octubre del 2012.

¹³ Colombia, Ministerio de la Protección Social (2006, 8 de mayo), “Resolución número 1446 del 8 mayo de 2006, por la cual se define el Sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud”, [en línea:], disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf>. Recuperado: 5 de octubre del 2012.

de atención son escasos para tener un conocimiento global del estado del paciente y, por lo tanto, el diagnóstico y el tratamiento con toda seguridad no va a ser el óptimo. Además cuestiona que las EPS obliguen a atender una urgencia en tan solo 20 minutos. Si lo ideal es estabilizar al paciente y prevenir daños futuros, en ese periodo va ser imposible de lograr.

“En las EPS exigen un tiempo y se verifica a través de auditorías mensuales. El primer lugar para un buen médico, según este tipo de diagnósticos, es el que logra cumplir los requerimientos. El otro es descalificado. Si usted se demora 30 minutos con su paciente, eso implica que va a ver solo dos pacientes por hora, lo cual lo define como un pésimo profesional”, manifiesta Jorge Pulido. Y Liliana Salazar comparte esta idea centrando sus críticas en la conducta de los médicos jóvenes que, en criterio compartido con Jorge Pulido, salen mal preparados de las universidades.

Hay preguntas que ya son frecuentes entre los usuarios del Sistema. ¿Por qué los médicos no mandan exámenes sino que esperan hasta el último momento? Liliana Salazar responde con un argumento contundente: “El paciente solo espera a que uno pida un examen para hacer un diagnóstico, pero también existe la semiología y la clínica. Una hipertensión se puede diagnosticar solo examinando al paciente. Hay situaciones que no requieren exámenes”. De otro lado sostiene que la salud del paciente no sólo está en las manos del médico, sino que es un trabajo mancomunado con el paciente, pues este debe cambiar sus hábitos y además ser consecuente con su enfermedad.

Un comentario que ha hecho carrera entre usuarios del sistema de salud es que “un acetaminofén aguanta todo”. Es decir, que en los servicios de urgencias las enfermedades son tratadas con estas pastas. Desde una gripe hasta un cáncer. Al respecto, los profesionales consultados tienen sus argumentos. “Eso es falso, eso es mentira”. A su vez, Liliana Salazar sostiene: “No diagnosticamos acetaminofén por que sea más barato sino porque otros medicamentos dejan daños renales, daños en los oídos, tratamientos de diálisis. El caso es que más allá de los mitos, existe una queja generalizada alrededor de que los médicos, por salir del paso, recetan un analgésico y punto. Es un problema de credibilidad.

El dilema: ¿Denuncio o me quedo de brazos cruzados?

Cuando un paciente es víctima de un error médico o una familia pierde a un ser querido por causa de una falla médica, la mayoría de veces no sabe qué hacer para que los culpables paguen por el daño cometido. Se piensa en un proceso legal, pero muchos desisten porque ni siquiera

saben cómo se interpone una tutela. Por física ignorancia, la mayoría de casos quedan en la impunidad.

De entrada la gente no sabe que existen entidades ante las que se pueden presentar quejas sin presentar abogado. A veces no hay remuneración económica pero se hace justicia. Desafortunadamente, no se puede evitar que más personas mueran por errores médicos.

Al margen de la controversia, el abogado Germán Humberto Rincón sabe cómo se debe denunciar una falla en el servicio médico: Primero hay que presentar queja ante la Superintendencia de Salud, la EPS u otra entidad prestadora de salud. No se requiere abogado. En cuanto a los resultados, el paciente puede tener la certeza que se puede iniciar una investigación, dependiendo de los resultados de la misma, los resultados se pueden anexar si el paciente quiere emprender una demanda civil o penal para el pago de perjuicios. La Superintendencia solo sanciona o multa a la entidad, pero es importante dejar claro que no obliga a indemnizar a las víctimas.

La siguiente instancia se hace ante la Secretaría de Salud. En este caso también se inicia una investigación contra la EPS y, por lo general, se pide un concepto médico para establecer si hubo algún error u omisión. En el caso de ser así, esto le puede servir a la víctima como indicio de que hubo responsabilidad. Esto con el fin que quiera demandar para recibir una indemnización económica. Al margen de este procedimiento administrativo ante el organismo competente del Estado para vigilar las entidades de salud, existen otros procedimientos para que los usuarios del servicio médico puedan interponer sus quejas y buscar o una sanción de índole económica.

Es el caso, por ejemplo del Tribunal de Ética Médica. En este caso sólo se presenta una queja directa contra un médico específico, con la perspectiva de que el solo hecho de presentar y tramitar la inconformidad, constituye una sanción para la persona demandada. Los presuntos implicados en un craso error médico son sometidos a una investigación hecha por los magistrados del Tribunal, quienes deben acreditar ser profesionales en el campo de la salud. Dependiendo de los resultados del seguimiento, el médico puede ser amonestado o suspendido de su ejercicio profesional. Esa es la competencia de este organismo regulador, cuyos efectos no son judiciales sino que regulan aspectos propios de la medicina.

Otra alternativa de los usuarios es solicitar a la EPS una investigación interna sobre los hechos. En este caso, el procedimiento es pedir a través del Comité de Ética Hospitalaria (por ley debe existir en todas las clínicas y hospitales), para que examine una queja contra el personal médico a nivel global o de manera particular. Dependiendo de los resultados del estudio, la institución médica puede llamar la atención o suspender laboralmente a alguno de los implicados. En este caso, por tratarse de una investigación interna, tampoco suscita efectos judiciales, pero constituye un importante antecedente a la hora de presentar una demanda ante los jueces administrativos.

Ya en los terrenos de la justicia, el primer camino es la denuncia ante la Fiscalía General de la Nación por el presunto delito de homicidio culposo o lesiones personales. En este caso, según lo que dispone la ley, la(s) víctima(s) tienen cinco años para demandar después de ocurridos los hechos. Se trata de probar que la persona que causó el daño no tenía la intención de hacerlo, pero debido a sus acciones, a pesar de las intenciones o lo que dejaron de hacer, el paciente falleció o quedó con una lesión irreversible. Este ente emprende una investigación en la cual recibe aportes de un perito médico de Medicina Legal.

Habitualmente los procesos de naturaleza penal por estas causas terminan en pago de perjuicios, siempre y cuando la persona investigada sea sancionada. La víctima puede designar un abogado que esté al frente del caso, pero no es obligatorio contar con esta figura. Ahora bien, si la víctima o su familia buscan preferencialmente una indemnización económica, el camino correcto es entablar una demanda ante un juez. Si la acción es contra una entidad privada, la persona afectada debe dirigirse a juzgado civil. Si se trata de demandar a una entidad del Estado,, el camino es llevar el caso ante un Juzgado Contencioso Administrativo. En cualquiera de las dos opciones, la(s) víctima(s) tienen dos años para demandar después de ocurridos los hechos), y es obligatorio tener un abogado.

Germán Rincón recomienda que para que el caso avance debe tener 'impulso procesal', es decir, que el abogado esté atento a mover el caso, o de lo contrario este corre un alto riesgo de ser archivado. El o los afectados pueden presentar su demanda de manera simultánea contra la Institución y contra determinado profesional de la salud. En caso que el juez falle a favor de la víctima, esta puede obtener indemnización por perjuicios materiales, computados con los años que dejó de producir económicamente una persona, incluyendo los gastos realizados en el expediente. Es lo que suelen llamar los abogados, las costas del proceso. También pueden darse

pagos por perjuicios morales, llamados así al cálculo del dolor por la afectación de una persona o sus familiares.

El ranking de las quejas

El siguiente cuadro, elaborado por el Tribunal de Ética Médica permite establecer cuáles son las principales tendencias en materia de errores médicos. Como se puede ver, son los descuidos en un tratamiento el principal factor de discrepancia. Ya evaluando los apremios del Sistema Nacional de Salud, no cabe duda que, buena parte de estas dificultades, se asocia al desorden que impera. Con tantos pacientes por médico, los vacíos que existen en la jurisprudencia y, cabe reconocerlo, tantos casos de corrupción, es entendible que las fallas casi siempre provienen del descuido. Los demás factores y sus porcentajes de incidencia hablan por sí mismos.

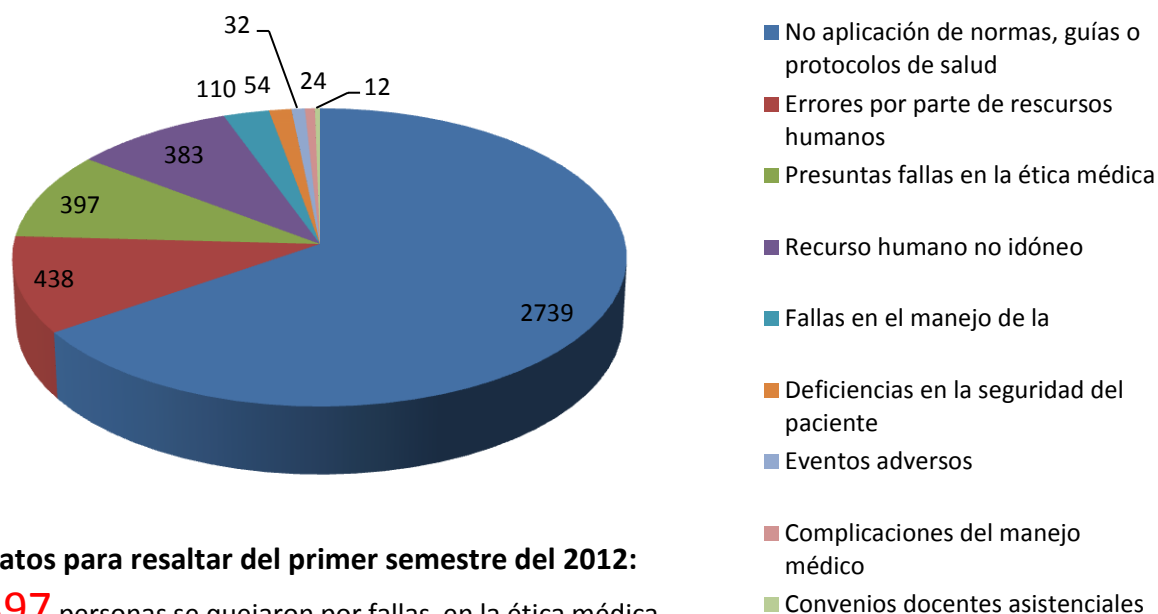
Grupos de quejas	%
Descuido o negligencia en el tratamiento	25.42
Impericia médica	13.64
Tratamiento equivocado	12.96
Cirugías no consentidas	8.25
Maltrato verbal por médico	8.08
Diagnóstico equivocado	5.89
Retraso en la atención	4.71
Sospecha de acoso sexual	3.20
Irregularidades en cobro de honorarios	2.69
Promesas de curación rápida	1.85
Inadvertencia de las consecuencias	1.85

Imprudencia	1.68
Exámenes innecesarios o no autorizados	1.51
Revelación (violación) del secreto profesional	1.35
Incomunicación diagnóstica	1.01
Formulación equivocada	1.01
Equipo técnico inadecuado	1.01
Alteración de historias clínicas/ extravío o mal elaboradas	0.84
Uso de terapias alternativas	0.84
Falsificación documentos médicos	0.5

Cuadro tomado de (Lafaurie, 2002, 38)

En el siguiente grafico se verá el tipo de quejas en cuanto a la ineficiencia en la atención en salud, presentadas ante la Superintendencia de salud en el primer semestre del 2012:

Quejas por ineficacia en la atención de salud



Datos para resaltar del primer semestre del 2012:

397 personas se quejaron por fallas en la ética médica

32 personas manifestaron ser víctimas de un evento adverso

4.189 personas presentaron quejas por ineficacia

Datos tomados de revista: Superintendencia de Salud, Monitor Estratégico, número 2, Julio del 2012, Bogotá, Imprenta Nacional.

Gritos de Reforma

En los últimos tiempos, la idea de promover una profunda reforma al Sistema de Salud en Colombia se ha convertido en un tema crucial de discusión pública. El desalentador panorama, las discrepancias económicas y el creciente malestar de los usuarios respecto a la atención de los profesionales de la salud, han venido demostrando la urgencia de someter a una profunda reforma la ley matriz del sistema, es decir, la ley 100 de 1993. De hecho, ocho ex-ministros de salud (Maria Teresa Forero, Jose Félix Patiño, Camilo Gonzalez Posso, Eduardo Díaz Uribe, Alonso Gómez, Efraín Otero, Gustavo de Roux y Antonio Navarro Wolff) enviaron recientemente una carta al presidente Juan Manuel Santos, en la cual manifestando la necesidad de cambiar el rumbo de la salud en el país.

En cierta medida, esa carta plantea dos situaciones básicas en las cuales se resalta que la preocupación por los errores médicos, tiene que ser el punto de partida del debate. En primer lugar, debe atenderse la situación crítica de los usuarios del actual sistema, los cuales a diario son víctimas de sus fallas. Parafraseando al ex presidente Carlos Lleras Restrepo, se trata de atender desde las fallas leves hasta las graves y mortales. Un escenario que debe mejorarse en el corto plazo encontrando recursos y procedimientos. Muchos de ellos están atascados dentro del sistema mismo, pero removiendo estos obstáculos es posible aliviar la grave situación económica y de credibilidad de los prestadores de servicios de salud.

El segundo aspecto tiene que ver con la urgencia de reformar las estructuras del actual sistema de salud. Hoy los servicios de salud han derivado en una actividad donde prima el ánimo de lucro sobre la garantía del derecho a la vida. Es indispensable, como lo resaltan los ex ministros en su misiva al Jefe de Estado, que la ética del juramento hipocrático que suelen hacer los médicos como fundamento de su conducta profesional, vuelva a ser la esencia de su funcionamiento personal. Y el primer aspecto para recobrar ese deber ser, es una reforma estructural, de fondo, del actual ordenamiento, que definitivamente no aguanta más remiendos.¹⁴

El gremio médico se reunió el pasado 11 de julio y, con el concurso de la Academia Nacional de Medicina (ANM), la Federación Médica Colombiana (FMC), la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC), el Colegio Médico Colombiano (CMC) y la Asociación Médica Sindical Colombiana (Asmedas), se discutió la crisis, quedó claro que como nunca antes hoy los profesionales de la salud pasan por una etapa de desconfianza que es necesario superar, y que tratándose de los principales custodios de la vida de los colombianos, están en la obligación de mejorar sus métodos e impedir que los errores médicos sigan siendo importante materia prima de titulares de los medios de comunicación en las distintas regiones de Colombia.

En síntesis, las recomendaciones del gremio médico apuntan a que la salud se fortalezca como un derecho fundamental e individual de todos los colombianos, y que el Estado se consolide

¹⁴ “8 ex-Ministros de salud proponen reforma estructural a salud [en línea:], disponible en: <http://www.lasillavacia.com/elblogueo/navarrowolff/34117/8-ex-ministros-de-salud-proponen-reforma-estructural-salud> , Recuperado: 5 de octubre del 2012.

como el único responsable de garantizar, propiciar, facilitar y tutelar el derecho fundamental a la salud. En segunda instancia, que el derecho a la salud pueda garantizarse a través de un Sistema Único de Seguridad Social. Ese sistema no puede funcionar si no parte del aseguramiento estatal, es decir, la financiación con dineros públicos a través de un fondo integrado por recursos fiscales y parafiscales.

En otros aspectos, se requiere que el sector privado entienda que las necesidades de la población en materia de salud son prioritarias, y que también le cabe una responsabilidad mayor en satisfacer ese deseo. Se trata de ajustar el sistema al cumplimiento de principios de oportunidad, eficacia, calidad, eficiencia y equidad. Pero este ideal, como los saben los expertos, solo puede surgir del consenso, del sano equilibrio entre las utilidades económicas y la responsabilidad social. En palabras del citado abogado Germán Rincón, “una reforma estructural, no de maquillaje, para que la salud sea vista como un derecho y no como una mercancía”. Habrá dificultades pero una cultura de máxima atención a los usuarios va a ser la clave de la eliminación de los errores.

El tema de los errores médicos y su contexto general de la crisis del sistema de salud ya es un asunto posicionado en los diversos poderes públicos, La prueba es que el pasado 10 de mayo, a instancias de la Corte Constitucional, se realizó una audiencia pública en la que se abordaron temas tales como la negación a los pacientes de servicios que están incluidos dentro del POS, la apropiación de cargas parafiscales por parte de las entidades, el negocio del recobro de los medicamentos o la tercerización del trabajo en el sector salud. Estos y otros temas cruciales, con incidencias en costos y víctimas, llevaron a que la Corte pusiera en tela de juicio la efectividad y calidad de la salud que hoy están recibiendo los colombianos.

Sus críticas, de alguna manera se resumieron en una conclusión general: “La gran mayoría de dineros está siendo dilapidada para fines totalmente ajenos al propósito para el cual fueron establecidos”. Admitiendo que la situación de la salud es angustiante, incluyó acusaciones como ésta: “El cobro de comisiones para levantar las glosas, la presentación de cuentas a nombre de personas inexistentes, la falta de una base de datos unificada, el aumento doloso de los valores de los medicamentos y de procedimientos que no están señalados dentro del POS, los recobros de insumos y de medicinas que nunca fueron utilizados o entregados a los pacientes,

el pago de servicios no incluidos en el POS y supuestamente logrados por tutelas –que en realidad no se interpusieron– son, entre otras, causas específicas del panorama oscuro”¹⁵.

Esta audiencia pública fue el preámbulo a un publicitado debate realizado el pasado 22 de mayo en la plenaria del Senado, en el cual salieron a flote estos y otros escenarios críticos que demuestran por qué crece el número de errores médicos y víctimas del sector salud. En dicho debate, el Senador citante, Jorge Enrique Robledo, declarado crítico del sistema de salud, concluyó: “Hoy la Ley 100 no es para la salud de los colombianos, sino una ley para el negocio financiero, en donde los gerentes de las EPS, a final de año, no hacen un balance de cuántas personas se curaron, sino de cuánta plata dio el negocio y cuánto sonó la registradora...”¹⁶

Las críticas del senador, incluidas en la última publicación especializada de la Contraloría General de la República de noviembre de 2012, llevaron a que debido a sus inconformidades, definiera al verdadero Ministerio de Salud como un inoperante frente institucional sin mucha capacidad de frenar al ‘cartel de las EPS. Para justificar sus afirmaciones, Robledo realizó un balance de lo que, según él, se ha convertido la salud en el país con un sistema al borde del colapso: “El 50% de los usuarios del sistema de salud están en EPS intervenidas. Hay 16 EPS intervenidas y crecen sus deudas a los hospitales y clínicas, que tienen prácticamente en bancarrota al sector público”¹⁷.

De alguna manera, en alocución pública, el propio presidente Juan Manuel Santos lo admitió el 12 de agosto pasado: “La salud no se puede enfocar como un negocio sino que es un servicio social y un derecho del que disfrutan todos los colombianos. Vamos a aprobar un plan universal de beneficios, un plan equitativo del que no se va a excluir ninguna patología”¹⁸. Pero al parecer las promesas no se han cumplido, después de un año y tres meses las cosas siguen igual, la salud sigue siendo un negocio y las palabras de Santos se quedaron en eso, solo en palabras, a juzgar por los hechos. Robledo insiste en que la salud está en manos de banqueros: “Digamos

¹⁵ Robledo, J. (2012, agosto- septiembre), “El verdadero Ministerio de Salud es el ‘Cartel de las EPS’”, en Revista de la Contraloría General de la República, Economía Colombiana, núm. 336, pp.35-46.

¹⁶ *Ibíd.*

¹⁷ *Ibíd.*

¹⁸ Presidencia de la República, (2012), “Todos los colombianos serán atendidos sin importar que enfermedad tengan”: Presidente Santos, [en línea], disponible en: http://wsp.presidencia.gov.co/Prensa/2011/Agosto/Paginas/20110812_01.aspx, recuperado: 28 de noviembre de 2012.

con franqueza que antes no se muere más gente, estando hoy la salud de todos los colombianos en manos de los banqueros nacionales y extranjeros”¹⁹

Desde la perspectiva de la alta incidencia de errores médicos que condenan al Estado, razón de ser de este trabajo periodístico, las conclusiones del senador del Polo, Jorge Robledo, de alguna manera detallan hacia dónde va esta crítica realidad sino se activan cuanto antes los correctivos del caso: “Aquí es más la gente que muere por la Ley 100 que la que muere por todas las violencias que desgraciadamente nos martirizan. Los colombianos ya no se mueren del corazón ni de los riñones, los mata la Ley 100, los mata el POS del contributivo o del subsidiado, o la cita que no se hizo, el medicamento que no hay. Esa es la triste historia. Los colombianos se están enfermando y muriendo de males que la medicina del siglo XXI está en capacidad de tratar”.²⁰

¹⁹ Robledo, J. (2012, agosto- septiembre), “El verdadero Ministerio de Salud es el ‘Cartel de las EPS’”, en Revista de la Contraloría General de la República, Economía Colombiana, núm. 336, pp.35-46

²⁰ *Ibíd.*

CAPÍTULO III.

Víctimas de errores médicos

El peor dolor de cabeza de su vida

LAS CARICIAS

El corazón se siente bien cuando el mismísimo pájaro del alma le canta o cuando uno recibe una caricia.

Hay otras cosas que son caricia para uno, por ejemplo: la mejor para algunas personas es un poema o el brillar de una estrella.

Una caricia es el cariño que me dan mis papás.

Una caricia es que lo amen a uno.

Una caricia es que lo hagan sentir bien a uno.

Una caricia para la naturaleza es cuidar de ella.

Las caricias es lo mejor que uno puede darle a otros.

AMARANTA CURTIDOR PIÑACUE

Realizado en clase en septiembre de 2011



Frente Plantón 13 de Noviembre, frente a la clínica Cafam

a la

clínica Cafam de la calle 51 con carrera 16 de Bogotá, hay un plantón silencioso. Se ven personas de todas las edades sosteniendo claveles blancos y pancartas con un mensaje: “¡Amaranta vive! El lucro en la salud mata más colombianos que la guerra”. El organizador del evento es David Curtidor, un padre con una lucha incansable porque se haga justicia.

El martes 13 de noviembre, a las 10:00 am, se sumaron por igual sentimiento, Gerardo Forero y Lizeth Villamil, padres de Ana María. Efraín Osorio llevó un cartel con la foto de su esposa Shirley. La familia Curtidor Piñaque; David, Fabiola, Juan David y Violeta, aparecieron con su pancarta. Todos se pusieron cita esa mañana como víctimas de la EPS Famisanar. Lo único que quieren es que los culpables paguen. El dinero no puede devolver sus hijas o esposa y por eso prefieren que haya sanciones drásticas para que no se repita sus tristes historias.

Amaranta tenía ocho años, en su sangre corrían raíces indígenas, pertenecía a la comunidad Nasa del Cauca pero hablaba perfectamente español, como su nasa yuwe. El peor dolor de cabeza de su vida lo sintió el 2 de agosto de 2012. Llegó de la nada y se fue con el hasta la tumba el 9 del mismo mes. Un inofensivo dolor que los médicos asociaron a una sinusitis, a una meningitis. Pero por falta de un TAC no se diagnosticó que fue un derrame cerebral.

El 2 de agosto Amaranta tuvo salida de campo en su colegio, Escuela Pedagógica Experimental. El 23 se levantó como si nada, despertó a Violeta, su hermana de seis años, se fueron al colegio y al llegar sintió un fuerte dolor de cabeza. Llamaron a su papá para que autorizara darle acetaminofén. David creyó que se trataba de algo pasajero, que quizá estaba insolada por la salida del día anterior. Dijo que sí y espero que todo fuera un percance pasajero. Pero al regresar a casa el dolor persistía.

Todos pensaban que era una gripa con fiebre y malestar. Le dieron gotas de acetaminofén y se durmió. A medianoche se despertó con mucho dolor. Sus padres la llevaron a la clínica de Cafam de la calle 51 con carrera 16, el día 4 a las 7:00 am. Cincuenta minutos después llegó al servicio de urgencia donde fue valorada y se concluyó que todo era normal. El dolor de cabeza intenso, la fiebre y las náuseas no alarmaron al médico general de turno, Luis Armando Quecan.

Le aplicaron dipirona y mostró leve mejoría. A las 9:41 am le dieron salida y le dijeron que volviera si el dolor persistía. Ese día Amaranta y Fabiola, su mamá, pensaban viajar al Cauca porque la abuela estaba enferma. Pero al ver las dolencias de su hija, llamó a su médico tradicional y este le sugirió que no la llevara porque simplemente se trataba de una enfermedad occidental. David y su hija fueron al Terminal a despedir a Fabiola. Fue la última vez que vio a su hija con vida.

Sin imaginar que era la última vez, se fundieron en un abrazo y Amaranta le dijo: ve tranquila que yo voy con Diosito, dile a mi abuelita que se recupere. Doce horas después regresó a urgencias. El dolor de cabeza empeoró y tuvo vómito. David llevó a su hija al centro de salud con la esperanza que le diera una solución eficaz, pero Dercy Moreno, médica de turno, apenas escribió en la historia clínica que era una simple cefalea y neurológicamente no había daño aparente.

Con acompañante
SUBJETIVO :

HORA:7+57 EDAD:8 AÑOS
TRIAGE: 3
ACOMPADANTE (PAPA):DAVID CURTIDOR
TELEFONO: 3115165106

MOTIVO DE CONSULTA:CEFALEA

ENFERMEDAD ACTUAL:CEFALEA DE TRES DIAS DE EVOLUCION, FIEBRE?, DOLOR DE GARGANTA, NAUSEAS, VOMITO.

ANTECEDENTES:
PATOLOGICOS: NO REFIERE
QUIRURGICOS: APENDICEPTOMIA
FARMACOLOGICOS: ACETAMINOFEN
ALERGICOS: NIEGA
TRAUMATOLOGICOS: NIEGA
FAMILIARES: NIEGA

HistCln.rpt
Aparte de la historia clínica 1.

Ese sábado 4 de agosto, Amaranta no paró de quejarse. El 5 del mismo mes, a las 9:47 am, el médico general Alexander González se aventuró a dar un diagnóstico. Según él, Amaranta tenía sinusitis aguda y dolor de cabeza por efecto secundario. Esa mañana la niña amaneció desganada, pero su papá estaba confiado en que por fin sabía a qué se debía el dolor de su hija. “Confíaba que eran personas especialistas, que conocían su oficio, no tenía por qué desconfiar de su criterio profesional”, afirmó.

Rx de senos paranasales: Opacidad en seno frontal derecho, con engrosamiento de la cortical. Velamiento de las celdillas etmoidales.
IDx. 1. Sinusitis frontal aguda. / Cefalea secundaria.
PLAN
Dieta normal/ DAD5%+electrolitos a 60 cc/hora.
Ranitina amp. 30 mg IV cada 8 horas.
Dipirona amp., 500 mg IV cada 6 horas(segun dolor)
Ampicilina/Sulbactam amp. 750 mg IV cada 6 horas.
Autor
CLI GONZALEZ RAMOS ALEXANDER-MEDICO GENERAL

Aparte de la historia clínica 2

A las 4:17 pm, el dolor de cabeza no cedía y la hospitalizaron. Una hora más tarde le hicieron un chequeo y González mantuvo el mismo diagnóstico, pero por primera vez pensaron que lo mejor era tomarle un TAC cerebral. Según David, su hija, desesperada por el dolor, “gritaba, se botaba al piso, se revolcaba de desespere, no soportaba nada. El propio Doctor González la recogió del piso y le habló para que se calmara”, relató.

David siempre estaba tranquilo porque estaba en la clínica y su lógica le decía que todo iba a salir bien. A la 1:00 am del 6 de agosto, Amaranta se orinó y las enfermeras se preocuparon más por la limpieza que por el signo de alarma. La niña había perdido su control de esfínteres. David recuerda que fue grosera con las enfermeras y pidió que se disculpara. Ese recuerdo taladra su pensamiento. Con un sentimiento de nobleza y resignación extrema Amaranta pidió perdón.

A las 3:45 am Amaranta convulsionó. David recuerda que torció sus manos hacia adentro, el cuerpo se puso rígido, los párpados optaron una posición extraña, sus labios se llenaron de espuma. Al ver la escena su papá se alarmó, informó a las enfermeras, pero a pesar de la crisis tampoco fue para los médicos un síntoma de alerta. En el registro quedó escrito que Amaranta sufrió movimientos tónicos por unos segundos, es decir que convulsionó y que además tuvo relajación de esfínter.

5 Aug 6 2012 8:21AM

SUBJETIVO

HORA. 07 + 40. SE ATIENDE A LLAMADO DE ENFERMERIA POR MOVIMIENTOS DE HIPEREXTENSION DE EXTREMIDADES CON PERDIDA DE CONCIENCIA ASOCADA EN LA ACTUALIDAD, FIEBRE ASOSICADA 38 GRADOS, EVIDENCIANDO ANISOCORIA CON DILATACION DE PUPILA DERECHA. REVALORANDO COMENTA QUE DURANTE LA NOCHE CONTINUO EPISODIOS INTERMITENTES DE CEFALEA QUE CEDIAN CON DAPIRONA IV, ANOCHE UN EPISODIO DE RELAJACION DE ESFINTERES PERO QUE EN LA MADANA DE HOY HACE APROX 2 HORAS INICIA CON MOVIMIENTOS SIMILARES AL COMENTADO DE HIPEREXTENSION DE LAS EXTREMIDADES. ANTECEDENTES RELEVANTES PACIENTE DE FAMILIA INDIGENA QUE HACE 15 DIAS ESTUVO EN RESGUARDO DONDE DURO 20 DIAS.

OBJETIVO

PACIENTE CON MAL ESTADO GENERAL, HIDRATADO, FEBRIL, SIN RESPUESTA AL LLAMADO CON MIRADA FIJA ANISOCORICA CON DILATACION PUPILA DERECHA.

Aparte de la historia clínica 3.

Desde ese momento el inofensivo dolor de cabeza empezó hacer estragos. A las 8:21 am, Amaranta con fiebre ya no respondía a ningún estímulo. Se le diagnosticó meningitis. La entubaron por orden del médico pediatra Darío Abadía. Debía ser trasladada de urgencia a una Unidad de Cuidados Intensivos, pero solo hasta las 11:30 am hubo cupo en la clínica infantil Colsubsidio de la calle 67. David cuenta con indignación que “la ambulancia tenía problemas con sus equipos”.

Solo hasta la 1:00 pm le tomaron un TAC, pero ya era demasiado tarde. El dolor de cabeza de seis días cumplió su cometido. Amaranta había sufrido un accidente cerebro vascular y solo la salvaría un milagro. El miércoles 8 de agosto a la madrugada Fabiola llegó a ver a su hija y la encontró inconsciente. Nunca quiso dejar solos a sus hijos y se sentía mal por haber dejado a Amaranta. David agrega que a él le preocupaba más que su dolor el de Fabiola, porque ella había dejado a Amaranta bajo su cuidado y ahora pensaba, “ahora con qué le salgo a Fabiola”.

PLAN

ENTUBACION ENDOTRAQUEAL, VANTILACION MECANICA CON HIPERVENTILACION PARA DISMINUIR EDEMA CEREBRAL, SE CUBRE CON VANCOMICINA 435MG7IV CADA 6 HORAS, CEFTRIAXONA 1,5GR IV CADA 12 HORAS, SE COLOCA BOLO DE DEXAMETASONA DE 8MG, SE COLOCA FENPOBARBITAL BOLO DE 580MG, SER REMITE A UCI PARA MONITORIZAICON YY MANEJO PREVIA TOMA DE TAC CEREBRAL URGENTE.

Aparte de la historia clínica 4.

Esa mañana los resultados del TAC fueron revelados a sus padres. El examen dejó ver daños severos en el cerebro de su hija. A las 8:00 pm el médico les informó que no había nada que hacer. El deterioro de los signos vitales causó daños irreversibles, su cerebro dejó de oxigenar. El médico recomendó apagar el ventilador mecánico que la mantenía con vida. Sus padres

estuvieron de acuerdo. A las 12:20 am del 9 de agosto, Amaranta se despidió de la vida, de su sueños, en especial el de ser Presidente de Colombia.

David sintió que su vida se desboronaba para siempre. El cuerpo de Amaranta fue trasladado a Medicina Legal para realizar la necropsia y determinar la causa de su muerte. Hoy sabe que murió por un procedimiento médico tardío y teme “que las investigaciones puedan ser desviadas, pues en conocidos casos judiciales, se ha acusado a las instituciones como el Instituto de Medicina Legal, de cambiar los resultados de las necropsias, con el ánimo de favorecer determinados intereses”.

A su hija no se le dio la atención adecuada y cree que hubiera sido mejor atendida en la EPS de la Asociación Indígena. “Desafortunadamente estaba en el régimen contributivo, pagando”, sostiene y se siente ofendido por los médicos. No entiende por qué no le dijeron que su hija necesitaba ese examen, y piensa que si en la institución no lo querían hacer, debieron decírselo porque él tenía las posibilidades económicas para pagarlo en otra institución de salud.

Amaranta significó una dura pérdida no solo para sus padres, también lo fue para su comunidad indígena nasa. Su padre que siempre muestra fortaleza, hoy en ocasiones su voz se quiebra y se lleva las manos a la cara recordando que su hija era una líder en potencia, significaba una esperanza para su comunidad, que a su corta edad era una niña liberada y que la había criado así, sin temor a nada ni a nadie, porque sentía orgullo diciendo que su hija no era un ser obediente. La comparaba con Amaranta el personaje de Cien Años de Soledad, pues así quería que fuera en el futuro, por ella llevaba su nombre.

Mientras repasa sus fotos y videos, sus ojos se llenan de lágrimas y agrega: “Nadie lo sabía, pero Amaranta era mi consentida”. Su refugio son esas imágenes de todos los momentos. Cuando despertaba, cuando comía o jugaba, cuando hablaba del ratón Pérez o irradiaba alegría para todos los que estaba a su alrededor.

Sobre todo de su hermana Violeta, a quien despertaba en las mañanas para ir al colegio, y luego la cargaba en su espalda como su mamá auxiliar.

Su pelea por probar el error médico que llevó a la tumba a Amaranta está en pie, aunque por sus creencias, también sabe lo que conoce su familia, sus amigos, su comunidad, que Amaranta vive, que no ha muerto, que trascendió a una nueva vida, no de la manera que todos hubieran

querido, pero que con toda seguridad su muerte no quedará impune. Hoy su rostro es imagen de una campaña publicitaria para que más niños no mueran por dolorosas fallas médicas.

Hasta el día de hoy (24 de febrero de 2013) los familiares no conocen los resultados de la necropsia, ni han sido presentados a la Fiscalía. El caso fue expuesto ante la Secretaría de Salud, según la institución el caso está en investigación bajo reserva y por lo tanto no pueden dar ninguna declaración. Por su lado la EPS se abstiene de hablar ante la ausencia del dictamen que compruebe que hubo falla médica.

Un diagnóstico fatal

“Yo estaba sentado y amargado por lo que me había pasado porque me destruyó la vida y el hogar”. Así se sintió Efraín Osorio cuando se enteró de la noticia de la muerte de Ana María Forero. Para él la historia se repetía. Su esposa había sido víctima de errores de la misma EPS, Famisanar. En 20 días, la negligencia de algunos profesionales de la salud había cobrado una nueva víctima.



Shirley Alvarado tenía 33 años, llevaba 12 años de casada con Efraín Osorio. Al inicio de su relación tuvieron problemas para tener hijos. Ella tenía hipotiroidismo y esa situación le dificultaba quedar embarazada. De hecho tuvo dos abortos espontáneos que frustraron esa ilusión.

Shirley Alvarado, víctima de falla médica.

Sin embargo, después de cinco años de matrimonio, la ilusión de ser padres les sonrió y tuvieron a su primera hija, Dayana. Efraín recuerda: “Ella fue lo más importante para nuestras vidas, nos unió más que nunca, ya pensábamos en un futuro como familia, compramos nuestra casa y empezamos a invertir, a pensar en cómo crecer, en dejarle a la niña un legado de nuestros esfuerzos”.

Efraín venía de una familia numerosa y quería que su hogar también lo fuera. Tenía deseos de tener más hijos, pero la enfermedad de su esposa parecía impedirlo. Además ella tuvo dos embarazos fallidos. Querían intentarlo por última vez y un médico de la EPS los asesoró para que el proceso saliera exitoso. Por eso se practicó los exámenes necesarios para darle luz verde al proyecto.

En noviembre del 2011 se pusieron en la tarea, cuenta Efraín mientras ríe recordando sus planes. En Semana Santa de 2012 tenían planeado viajar a Bucaramanga, pero recibieron la noticia que estaban esperando el bebé que habían planificado. En ese momento lo mejor era que Shirley

guardara reposo y por eso aplazaron su viaje. En ese momento lo más importante era la vida de su nueva hija.

Shirley se aventuró a tener un embarazo de alto riesgo, pero lo más importante era que naciera su hija. Era muy rigurosa a la hora de ir a los controles. En una ocasión el médico le dijo que la bebé estaba baja de peso y que para contrarrestar la situación debía tomar unas vitaminas que estaban por fuera del POS. Efraín no dudó en comprarlas. El embarazo parecía fluir con normalidad, la familia Osorio Arévalo estaba tranquila y feliz. Después de tantos intentos, el sueño de tener una segunda hija estaba a punto de volverse realidad.

No obstante, un hecho inesperado se cruzó en el camino. Todo inició por una gripe que le dio a Dayana el 26 de septiembre. Duró una semana sin asistir a clases, al cuidado de su mamá. A los tres días, Shirley se empezó a sentir mal. Todo indicaba que su hija la había contagiado el virus. El desaliento y la fiebre se apoderaron de su cuerpo. Por su estado prefirió no tomar medicamento alguno que le hiciera daño a su bebé y prefirió tomar remedios caseros para el resfriado.

El 29 de septiembre Shirley amaneció muy mal. Tenía fiebre, escalofrío, no podía hablar, le dolía la garganta, padecía de dolor de cabeza y de oídos. Efraín sabía que el embarazo de su esposa era complicado y no quiso correr riesgos. A las 4:00 pm llegó a su casa y la llevó por urgencias a la Clínica Roma de Colsubsidio. Al llegar le hicieron una radiografía de tórax, micro nebulizaciones y le aplicaron un medicamento para bajar la temperatura. La doctora Alvinzy Velásquez le recomendó que volviera si el dolor de cabeza y la fiebre persistían. El diagnóstico fue rinoфарингитис aguda. A las 12:00 am regresó a su casa.

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
NIT 860.007.336-1
FECHA 2012/09/29 05:56:59p.m.
ORDEN DE SERVICIO No. 1209029759

Cliente: 52442842- SHIRLEY ALVARADO CONTRERAS	No. Historia: 52442842
Convenio: FAM COLS PRIMERO DE MAYO	Tipo Vinculación: BENEFICIARIO
Fecha de Nacimiento: 1978/10/14	Categoría: B
	Edad: 33 AÑOS
	Sexo: FEMENINO

SERVICIO	IMAGENES	Cantidad
882298	DOPPLER OBSTETRICO CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	1

DATOS DE ORIGEN
Ox: J00 RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)
Motivo:

ORDENADO 12625829 - ALVINZY VELAZQUEZ BECERRA
Firma:

*Pruebas
Lunes - miércoles*

Esa noche no pudo dormir bien. La fiebre persistía y su esposo Efraín estuvo cuidándola toda la noche poniéndole paños de agua fría. El 30 de septiembre, una de sus hermanas la visitó y al ver su mal estado, le recomendó que se acostara y le preparó el almuerzo. A las 6:00 pm Shirley vomitó, le dio soltura estomacal y su cuadro gripal empeoró. Al día siguiente se sentía mejor y llevó a su hija al colegio. Pero al llegar a su casa se empezó a sentir mal, llamó a su esposo y le pidió que fuera por ella para ir a urgencias. Efraín recibió después otra llamada, esta vez de su cuñada pidiéndole que llegara rápido.

Efraín pidió permiso en su trabajo, tomó un taxi desde la 127 hasta su casa en Soacha. Nuevamente acudieron al servicio de la clínica Roma. Shirley estaba mal. Según el relato de su esposo, no podía caminar, le tocó entrarla alzada, tenía tos y flemas. Hoy, desde la sala de la casa de su suegra – Ana Contreras –, se llena de ira al recordar como la médica de turno le pidió a su esposa que llenara un reporte y él se indignó porque ni siquiera se podía sostener. Llevaba tres días sin comer, tenía fiebre, estaba embarazada.

A las 8:00 pm, la doctora Juliana Guevara llamó a Efraín Osorio y le dijo que todo estaba bien, que se trataba de una faringoamigdalitis bacteriana, que debía ser tratada con acetaminofén y amoxicilina. Pero él asegura que seguía viendo a su esposa muy mal. Rememora que ella le contó que la doctora de turno le dijo que si quería que la hospitalizaran y ella dijo de inmediato que sí, pero que ella después le contestó: “Usted no tiene necesidad de eso, usted lo que tiene es una simple gripa, vaya y repose y verá que ya le pasa”.


CAJA COLOMBIANA CIUDAD ROMA
 NIT 880007336-1
 Fecha 2012/10/01 04:07:49:000PM No. 1210001347
Orden de Medicamentos - POS

Paciente: CEDULA C	52442842- SHIRLEY ALVARADO CONTRERAS	No. Historia: 52442842
Convenio: FAM COLS PRIMERO DE MAYO		Tipo Vinculación: BENEFICIARIO
Régimen: CONTRIBUTIVO		Categoría: 8

MEDICAMENTO	DOSES	CANTIDAD	Cont. en Letras	POS
ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG	TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS	20	TWENTY	POS
AMOXICILINA 500MG CAPSULA	TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS	21	TWENTY ONE	POS

DIAGNÓSTICO: SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION
 OBSERVACIONES: *

ORDENADO POR	Firma: 	CONFIRMACION PACIENTE
Prestador: 28548290 JULIANA ANDREA GUEVARA GUZMAN		Recibi: Nombre: No. Doc. Identidad:

Esta orden tiene validez por tres (3) días calendario contados a partir de la fecha de expedición
 Los medicamentos No incluidos en el plan obligatorio de salud, deben ser cancelados en su totalidad por el cliente
 ORIGINAL - CLIENTE

Al salir de la *Medicamentos formulados en una fase crítica de la infección.* clínica Roma se dirigieron a la casa materna de Shirley. Su estado era delicado y su mamá quería estar pendiente. Ana Contreras conserva en su memoria el momento en que llegó su hija. Señalando la puerta de su casa recuerda las palabras de Shirley: “Mami, yo le dije a la doctora que me hospitalizara porque me sentía mal, yo me iba a desmayar”. Ana, con rabia y tristeza agrega que si ese día la hubieran internado su hija estaría viva.

Efraín y Ana pasaron la noche en vela cuidando a Shirley. Ella seguía vomitando y tenía dificultad para respirar. Su mamá no entendía cómo los médicos decían que era una simple gripa. Efraín, por su parte, estaba seguro de los diagnósticos. “Uno confía en ellos. Los médicos son los que tienen la potestad de decir si está bien o está mal”, aseguró. Por eso el 2 de octubre se fue a trabajar y su suegra se comprometió a llevarla a urgencias si era necesario. A las 3:00 pm llegó el papá de Shirley – Joaquín Arévalo – y se alarmó al ver a su hija.

A las 5:00 pm, los papás de Shirley la llevaron a un médico particular en el sector del 20 de Julio. Para el médico José Salazar, la paciente no tenía una simple gripa como le había dicho, el diagnóstico fue que padecía de una grave infección. Les recomendó que de inmediato fueran a la clínica más cercana de su EPS y mostraran la prescripción suya para que la atendieran de inmediato.

UNIDAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA
"20 DE JULIO"

Nombre: Shirley Delgado Orosco

Fecha: 07 de Julio 2012

RJS

58ra

Remisión Urgente

Se remite paciente
con D. Embargo
de D. Orosco de
tránsito por D. Study
Remedios Corp
Luzmes
para valoración y
predicción de riesgo
de...

Firma y Sello

Dr. JOSÉ F. SALAZAR A.
T. P. MINSAUD 04-16749/85
R.M. S.O.S. 9775
CJ-19-362-767

Carrera 6 No. 26 - 04 Sur Segundo Piso - Calle 26 Sur No. 7 - 28
Barrio 20 de Julio - Tels.: 239 7699 - 239 6939 - Cel.: 316 875 7754 - Bogotá, D.C.

No permita que cambien la droga formulada

Sus padres la *Remisión urgente de médico particular.*

llevaron a la clínica San Rafael y llamaron a su esposo. Efraín dejó el trabajo y le pidió a un amigo que lo llevara en moto hasta la clínica. Al llegar encontró a su esposa en una camilla en observación. En su relato contó: "Yo la vi sin alientos, débil, no me podía hablar. Me abrazó y me dijo: me estoy muriendo, cuídame a mis bebés y prométeme que vas hacer lo posible por sacarlas adelante". Esa fue la última vez que escuchó su voz. Al oírla se exaltó y le dijo que dejara de decir bobadas, que estaba en manos de los médicos y nada malo le iba a pasar. Pero ella, en el fondo de su corazón sabía que algo no estaba bien en su cuerpo.

A las 8:30 pm el personal de salud sugirió que se fueran a descansar y que ellos se iban a encargar de la salud de Shirley. Pero a la media hora los llamaron para que llevaran unos papeles. Joaquín ya los había entregado, pero en la clínica los habían refundido. Le tocó devolverse a ver cómo solucionaba el incidente. Después de encontrarlos regresaron a casa. Eran las 12:00 am cuando Ana recibió una terrible llamada. Le informaron que su hija estaba en estado lamentable y necesitaban a la familia para tomar decisiones. Al llegar a la clínica, la médica tratante les dijo: la paciente está presentando un grado de infección gravísimo, necesitamos hacer otros procedimientos. Sus padres se afligieron con la noticia. En cualquier momento podían perder a su hija y quizá a su nieta.

Con siete meses y medio de embarazo, Shirley entró a cirugía. Ya no podía respirar y tuvieron que entubarla para mantenerla con vida. Era necesario que su bebé naciera de inmediato. Le

realizaron cesárea. El pronóstico no era el mejor, la niña podía venir con la misma infección. El médico le advirtió a Efraín que ellos la habían recibido en muy mal estado y que no era su culpa lo que estaba pasando. A la 1:20 am del 3 de octubre nació Gabriela.

La tuvieron que entubar y llevar a la UCI de neonatos para analizar si venía con la misma infección de su mamá. Entre tanto, Shirley continuaba en cirugía. A las 3:30 am salió bajo el peor pronóstico. Estaba con respiración artificial y no reaccionaba a ningún medicamento. Su esposo recuerda que cuando salió la vio mal. A las 8:00 am Shirley presentó el primer paro respiratorio. Aunque seis médicos estaban atendiendo su caso, ya era demasiado tarde y la infección estaba muy avanzada. Efraín encontró refugio en su hija Gabriela a quien vio en horas de la mañana.

A la 1:00 pm Shirley presentó otro paro respiratorio, a las 2:00 pm el evento se repitió. A las 2:20 del 3 de octubre del 2012 falleció. Los médicos le dijeron a Efraín que las cosas se había salido de sus manos, que habían tratado de tenerla viva con vida artificial, pero ya no había nada por hacer. Medicina Legal recogió el cuerpo a las 10:00 pm. Debían realizarle la necropsia y el caso entró en investigación. En 20 días debía saber qué le pasó a su esposa, pero hasta hoy los resultados son desconocidos.

El paro judicial ha retrasado la investigación y el fiscal encargado del caso no le da esperanzas. Según Efraín, el investigador le dijo: “Está difícil porque usted sabe que las EPS se zafan por donde sea. Ellos tienen los recursos, usted no tiene los medios. Déjela muerta porque no la puede revivir, para qué se pone usted a pelear”. Pero Efraín dice que no va descansar hasta que se haga justicia, no comprende cómo dejaron morir a su esposa, si él estaba pagando. No les estaba pidiendo limosnas para que la dejaran morir.

A Efraín le cambió la vida. Desde ese día se convirtió en papá canguro. Debía ser fuerte por Dayana y Gabriela, a pesar de que su vida quedó en el vacío. “Mis hijas perdieron a su mamá por irresponsabilidad de unos médicos y de una clínica. Por el manejo de ellos. No sé por qué maltratan a la gente de esa manera”, recalca. Su resentimiento con el sistema de salud y con los profesionales de este campo es evidente. No entiende por qué le tenía que pasar a él que era cumplido con sus pagos y que nunca descuidó a su esposa.

Con voz quebrada añade que ahora entiende el dolor de las víctimas de los errores médicos. Ahora sufre el daño y quiere hacer algo para que más personas no sientan lo mismo, hoy siente que su responsabilidad está en contribuir a la creación de un movimiento que suscite conciencia colectiva sobre el tema. “La Ley 100 ya no sirve, venimos gritándolo, esto sigue peor, esto es un negocio donde lo exprimen a uno. El Estado no vigila, la ley se la tomaron muy a la ligera, ¿a nosotros los pobres quién nos defiende?”.

Con el fallecimiento de su esposa se derrumbaron sus sueños e ilusiones. Hoy insiste en que la EPS y los médicos no se imaginan el daño que causaron. Tuvo que dejar su casa porque los recuerdos le hacen daño a él y a Dayana. Sin Shirley, ninguno de los dos quiere volver porque en cada rincón está ella. Dayana se mete en sus juegos infantiles y a ratos olvida que su mamá murió, pero cuando la recuerda le dice a su papá que la extraña. Efraín lo único que hace es abrazarla y decirle que tienen que ser fuertes y salir adelante.

Ana Contreras, la madre de Shirley, sostiene que sigue siendo terrible saber que por la culpa de la EPS ya no tiene a su hija, su yerno quedó sin esposa y sus nietas sin mamá. Su rostro cambia y sube la voz como queriendo que el mundo entero la oiga: “Los millones no sirven para traer de nuevo a mi hija. Esos médicos que juran salvar vidas son unos asesinos. A mi hija la mataron”. Efraín respalda el comentario y agrega conmovido: “No sólo las armas matan, también los sistemas de salud”.

Los resultados de la necropsia de Shirley debían salir el 23 de octubre de 2012, pero hasta el día de hoy (24 de enero de 2013) son desconocidos, la Fiscalía le argumentó a la familia que la demora se debía al paro judicial.

La clínica Ciudad Roma de Colsubsidio no se ha manifestado, mientras que la clínica San Rafael argumenta que la paciente llegó en mal estado y por lo tanto el error no fue cometido allí.

Un año con síntomas de cáncer

Un diagnóstico de estrés acompañado de colon irritable y algunas dietas para evitar las molestias fue el diagnóstico de los médicos cuando Luis* acudió varias veces a su EPS. Siempre manifestó que sentía un constante dolor de espalda y molestias estomacales que luego se vieron reflejadas en una notable inflamación de su abdomen. Estos síntomas se pasaron por alto y el enemigo silencioso del cáncer se apoderó de él sin darse cuenta.

Luis tenía 41 años, trabajaba en una empresa de mensajería en Bogotá, todos los días manejaba su moto y a esta circunstancia de su quehacer laboral los médicos adjudicaban su dolor de espalda. Siempre fue de muy buen comer, sostiene Ana*, su esposa, quien añadió: “Comía hasta piedras y nada le hacía daño”. Carlos* de 10 años y Sebastián* de tres eran su razón de ser. El primero fue producto de su primer matrimonio. Paradójicamente su esposa falleció por una falla médica tras dar a luz a su primer hijo. El segundo fue fruto de su unión con Ana, su última compañera.

Sentada en la silla del comedor de su casa donde su esposo comía todas las noches, cuenta con tristeza su historia. Teme perder su empleo como profesora porque trabaja para la misma caja de

compensación a la que estaba afiliado su esposo, y por eso prefiere que sus nombres no sean revelados y que la empresa para la que trabaja se mantenga oculta. Tiene 36 años, es de contextura delgada, su rostro luce pálido y resaltan unas notables ojeras, quizá por el cansancio del día o el dolor que la embarga.

El drama de su esposo inició a mediados de mayo de 2011 por un fuerte dolor de espalda. Cambió el colchón de la cama, optó por una mejor postura para dormir, pero el dolor no se iba. Por esa razón acudió a su EPS en varias ocasiones y el diagnóstico siempre fue el mismo: estrés. Pero pronto se sumó un creciente aumento de peso corporal. Era obeso, pero rápidamente notó que subía de peso sin causa. Le recomendaron dietas, 40 minutos de ejercicio diario. Su esposa le preparaba verduras y alimentos bajos en grasa, pero no se veía mejora. El año terminó pero sus dolencias no.

En marzo del 2012 fue a visitar a uno de sus mejores amigos y en horas de la tarde se tomó un chocolate. Ana asegura que desde ese día sus males se intensificaron, esa fue la alerta de que algo no andaba bien en su cuerpo. Comenzó a sentir cólicos estomacales y tenía dificultad para defecar. Al constatar sus dificultades, decidió sacar una cita en su EPS. “Él evitaba ir a urgencias porque siempre tuvo la idea que si no se estaba muriendo no lo atendían”, refiere su esposa Ana. De nuevo el diagnóstico fue el mismo: colon irritable y necesidad de dieta rica en fibra.

Los dolores persistieron. Ana insistió que lo mejor era sacarse una radiografía o algo así que le dijera porque tenía el abdomen tan inflamado si ya no comía de la misma manera. Finalmente, el 25 de abril, a las 7:25 pm, regresó a la EPS por el persistente dolor de abdomen y como en anteriores ocasiones le dieron dieta para colon irritable y una indicación escrita: “Se aplican signos de alarma de dolor abdominal, síntomas urinarios, fiebre y deposición con sangre. Si se repiten consultar por urgencias”. El 28 de abril retornó a la EPS y el diagnóstico fue colitis y gastroenteritis no infecciosa. Le recetaron cinco medicamentos.

Su esposa asegura que el dolor se volvió tan intenso que cualquier posición le molestaba. “Era insoportable, no se aguantaba nada, ya no podía hacer del cuerpo, ningún alimento le entraba. Su único descanso era poniéndose en la cama en cuatro como un perrito y balancearse. Solo así sentía alivio”, añade Ana. El 7 de mayo, en horas de la noche, Luis manifestó que sentía un

fuerte dolor en el brazo izquierdo. “Yo le dije, papi, no me asuste porque eso es cáncer. No quiso hablar más, pero yo sentía en mi corazón que le seguía doliendo” relató entre lágrimas su esposa.

El 8 de mayo empezó el viacrucis. A las tres de la mañana Luis dijo que no aguantaba más el dolor y en su propia moto se fue para urgencias. Cuando llegó al servicio entró en observación y le realizaron exámenes. Ana evoca que sus antecedentes alertaron a la médica de turno, quien sin preámbulos dijo: “Los resultados externos no dicen nada, usted aparentemente no tiene nada, pero yo lo veo muy grave. Por eso vamos a bajarlo a observación”. La profesional solicitó una cirugía general pero como no la podían realizar en esa clínica, fue necesario un traslado.

A las siete de la noche Luis fue trasladado a otra clínica. “Entramos y el centro asistencial estaba que no le cabía un tinto. No lo atendían y me tuve que ir a cuidar a los niños. Esa noche no hubo habitación y tuvo que dormir en una silla”. En la madrugada del 9 de mayo le volvieron a practicar los mismos exámenes que ya le habían realizado en la anterior clínica. Sólo 12 horas después los médicos decidieron hacerle una laparotomía, es decir, una cirugía exploratoria.

Los médicos encontraron un líquido café conocido en el mundo médico como ascitis en todo el abdomen. Se alertaron. Parecía que había algo maligno en su cuerpo. Mandaron una muestra para realizar una biopsia y saber de qué se trataba. Según la historia clínica, se encontró carcinomatosis, es decir, un cáncer bastante avanzado. Ana sostiene que los médicos en principio no le dijeron qué tenía su esposo. Sólo le informaron que tocaba esperar los resultados de la biopsia. Después del procedimiento le pusieron sonda nasogástrica vesical y drenaje en el abdomen. La orden de los médicos fue administrarle dieta a base de líquidos. Debía caminar para facilitar la expulsión de ascitis.

Del 9 a 16 de mayo, Luis se sintió mejor, el dolor disminuyó, se pudo bañar solo y su esposa empezó a acompañarlo sin falta todas las noches. El 17 de mayo le faltó el aire, tuvo taquicardia, su dolor de abdomen se intensificó y presentó fiebre. El jefe de turno escribió en la historia clínica: paciente en malas condiciones generales. El 18 de mayo se conocieron los resultados de

la biopsia y el diagnóstico se comprobó. Luis estaba invadido por el cáncer de colon que ya había hecho metástasis. Los médicos solicitaron una valoración de oncología, clínica del dolor y cuidados paliativos. Las esperanzas se agotaban.

El consuelo de Ana era su amor por Luis, pero el 19 de mayo recibió una noticia devastadora: el estado de su compañero era lamentable. Ana consiguió una autorización para que sus hijos vieran a Luis quizá por última vez. Carlos le dijo que lo amaba y que se podía ir tranquilo. Sebastián nunca entendió qué estaba sucediendo. El 20 de mayo presentó un deterioro general en su estado de conciencia, su pronóstico de vida se hizo cada vez más efímero. Una semana sin comer, la quimioterapia ya no servía de nada. A esas alturas de la crisis, el apego a la fe en Dios era la única salida.

Esperaba un milagro y por eso nunca le dijo a su esposo que tenía cáncer. “Yo sólo le decía que el día que le saliera todo eso se iba a curar”, insiste. Todas las noches lo acompañó en su dolor. A veces se le acortaba la respiración, dejó de ir a su trabajo, los niños quedaron a cargo de un familiar. Los médicos decían que en cualquier momento su estado de salud podía empeorar y explicaron a la familia que una reanimación no era lo más adecuado. Aún así, Ana se retractó y pidió que lo hicieran para tratar de tenerlo con vida un poco más.

Según la historia clínica, el 23 de mayo el paciente vomitó sangre y no presentó evolución. La versión de Ana es otra. Ella cuenta que el médico que intervino a su esposo la primera vez le preguntó esa mañana si quería que lo operara de nuevo. “Yo me puse muy contenta. Le conté a mi suegra y ella se puso feliz. Ya me lo imaginaba en casa”. Según su relato, el médico nunca le explicó el procedimiento y, por lo tanto, ella se ilusionó pensando que la cirugía era para sacarle algo que tenía en el abdomen y ya Luis se iba a sanar lo más pronto posible.

Cuando lo estaban preparando para el procedimiento, en la clínica del dolor y cuidados paliativos le explicaron a Ana que lo iba a sedar. Ella aceptó. Pensó que le iban a dar algún medicamento para calmar sus dolencias, pero nunca le dijeron que iba a quedar inconsciente. Solo después de sedarlo le dijeron que Luis se iba a morir en poco tiempo porque no iba a tener control y por lo tanto bronco aspiraría. Ana se enfureció porque no habían sido claros con el procedimiento.

“¿Ustedes por qué carajos me dijeron que lo iban a operar, si sabían que se iba a morir? ¿Por qué juegan con los sentimientos de uno y los sentimientos de él? ¿No lo vieron feliz? ¿Por qué le dan esa esperanza?”. Al escuchar su reclamo la doctora contestó: “Luego el doctor no le dijo que la cirugía era para destaparle el colon y no para sacarle lo que tenía adentro. Era para que evacuara por el colon y dejara de vomitar”. La cirugía nunca la hicieron. A las 6:40 pm, Luis murió en brazos de Ana, mientras ella le susurraba al oído que lo amaba y que no sabía que sedarlo significaba que se precipitara su muerte. Según la historia clínica, la causa de su deceso fue paro cardiorespiratorio.

Ana no solo perdió a su esposo. “Perdí a mi mejor amigo, él era todo, yo le contaba todo, nosotros nos dormíamos a la 1:00 am arreglando el país o arreglándole la vida a alguien. Nosotros éramos un equipo para todo, para nuestros hijos, familia, amigos, éramos uno solo”. Un año estuvo Luis en manos de los médicos, acudiendo a las citas por su dolor de espalda y abdomen. Si los médicos hubieran ido más allá de una simple radiografía y hubieran visto que la inflamación en el estómago no era normal, otra sería la historia. En su pensamiento está la idea que el cáncer detectado a tiempo se hubiera podido tratar.

Luis y Ana hacían todos los arreglos de su casa. Después de la muerte de su esposo, ella se aventuró a hacer una división en madera que tenía pendiente y al no poder hacerla se atacó a llorar. “Si Luis estuviera aquí esto no estaría pasando”, evoca. En su memoria están los recuerdos intactos. Extraña dormir en cucharita, lo más cercano que tiene de él es la camisa con la que duerme todas las noches, que a pesar de lavarla conserva el olor de su esposo. Todos los días llora recordándolo y Sebastián pregunta por qué lo hace. Ella le responde: “Lloro porque tu papito no está y lo extraño mucho. Él suele decirle: “No llores que aquí estoy yo”. Ana asegura que hoy su hijo es el motor de vida.

Después de la muerte de Luis lo más difícil fue explicarle a Sebastián dónde estaba su papá. Le dijo que se había ido al cielo y cuando él le preguntó por qué, ella contestó: “Porque estaba muy cansado y papito Dios se lo llevó para estar con él. Ahora está muy feliz. La muerte de su papá marcó su vida para siempre. A su corta edad, ahora teme que su mamá se vaya también. Cada vez que se siente solo grita a su mamá desde el cuarto: “Mami, ¿estás ahí? Háblame, te amo”.

Para Ana lo que sucedió con su esposo fue una falla médica con malos diagnósticos durante un año que fueron evidentes. Sostiene que prefiere no pensar en lo que hubiera podido pasar. En sus palabras se siente la tristeza de haber perdido a su compañero y le duele más cuando piensa en su hijo, quien perdió a su ejemplo a seguir, al héroe que le arreglaba los juguetes, jugaba todas las noches con él y se transportaba a su mundo. En cuanto a Carlos, el hijo mayor de Luis, tuvo que irse a vivir con una de sus tías maternas. Hoy Ana pelea por su custodia, pues para ella Carlos es como su hijo mayor. Incluso le prometió a su esposo que sus hijos se iban a criar juntos, bajo el mismo techo.

Hoy Ana tiene 36 años de edad y se sigue preguntando dónde quedan las ilusiones, Luego señala un mueble de la sala de su casa y relata que su esposo se sentaba allí e imitaba a un viejito cuando le decía: “¿Te imaginas cuándo estemos así?”. La verdad “tenía la idea que yo iba a estar con él para siempre”, afirma. Conserva en su mano izquierda el anillo de compromiso y en la derecha la argolla de matrimonio. En su cuello mantiene una camándula de su esposo que porta como dije. La argolla que le pertenecía y que usó siempre como símbolo de su amor.

*Luis *Ana* Carlos*Sebastián no son los nombres de los protagonistas de esta historia. Fueron cambiados por solicitud de la esposa del fallecido, quien prefiere no revelar el nombre de la EPS; por ello esta historia carece de apoyo visual.

Al ser un caso bajo reserva, en el cual la familia no tiene interés en demandar y la esposa del fallecido teme perder su trabajo porque es docente de la misma caja de compensación a la que su esposo estaba afiliado, carece de nombres reales, apoyo visual y testimonios de la contraparte.

En esta historia fue imposible incluir la voz de la EPS, pero en contraste esta la historia clínica, que es un documento legal y la prueba escrita de lo que sucedió.

El paseo de la muerte

“El embarazo no es una enfermedad, solo es un estado por el que pasan las mujeres”. Ese es el argumento que tiene Jennifer Solorza desde que su mamá –Lilia Solorza– murió 24 horas después de dar a luz a su tercera hija.

Víctimas de la delincuencia común, víctimas del sistema de salud, víctimas de un error médico. Edilberto, Jennifer, Laura y María son los más afectados en esta historia. Él perdió al amor de su vida y ellas perdieron a su mamá.

Todo inició el día 24 de marzo del 2003 a las 7:00 de la noche, cuando dos delincuentes comunes entraron a su casa ubicada al occidente de Bogotá. Lilia estaba en su cuarto en compañía de su esposo Edilberto Solorza cuando sintió unos ruidos que la alertaron. Al bajar al garaje de la casa vio a su hermano Nelson forcejeando con uno de los ladrones.

Ella tenía 36 semanas de embarazo y por el susto de lo que acababa de ver tuvo un fuerte sangrado vaginal. Esa misma noche acudió al servicio de urgencias de su EPS, estuvo 6 horas en observación y el médico de turno le dijo que todo estaba bien, que solo había sido el susto, pero

que estuviera en reposo. Esa noche todo parecía estar bajo control, el embarazo seguiría y su trabajo como profesora podría continuar.

El 25 de marzo el sangrado continuaba y por eso su esposo Edilberto la llevó a una clínica materna del sur de la ciudad donde le habían programado la cesárea. Esa tarde ella dejó su casa y a sus dos hijas; Jennifer de 13 años y Laura de 4. Todo parecía ser un simple sangrado, pero nadie se imaginaba que después de esa semana sus vidas darían un giro inesperado.

Al llegar a la clínica a las 3:00 pm Lilia fue hospitalizada. El 26 de ese mismo mes le dio una infección urinaria que fue controlada con antibióticos. Según los médicos todo era normal. El 29 de marzo le iban a dar de alta, pero antes le hicieron un monitoreo fetal para ver la frecuencia cardiaca de su hija. La bebé tenía taquicardia. Así era imposible dejarla salir de la clínica porque el feto estaba en peligro de muerte, continuó en observación, pero el ritmo cardiaco no disminuía.

A las pocas horas, el médico dijo que tenía que intervenirla. Él afirmaba que todo estaba bien, pero por el bien de la bebé lo mejor era que naciera de inmediato. A pesar de tener tan solo seis meses y medio. Jennifer recuerda que su papá llamó a la casa y le pidió a su cuñada que le llevara las cosas del bebé porque ya iba a nacer. Todos se sorprendieron porque Lilia aún no tenía el tiempo de embarazo necesario y ni siquiera sabían si era niño o niña.

A las 9:20 pm del 29 de marzo nació Laura Daniela Solorza por cesárea en una clínica materno-infantil del sur de la ciudad. Fue la tercera hija del matrimonio de Edilberto y Lilia. Era la nueva ilusión de sus padres y de sus hermanas que esperaban con ansias su nacimiento. El doctor que atendió el parto dijo que la cirugía había sido un éxito, que tanto la mamá como la niña estaban sanas. Edilberto preguntó si era posible verlas y el médico le contestó que no, pues aún estaba bajo los efectos de la anestesia y la bebé estaba en la sala de neonatos y ya era tarde. El galeno le recomendó que se fuera a descansar pues el peligro había pasado.

Al llegar a su casa, Edilberto se dirigió a la alcoba de su hija Jennifer para contarle las últimas noticias. A los cinco minutos su teléfono celular timbró, era el doctor, llamó para informarle que las cosas con su esposa se habían complicado y lo necesitaba urgente de regreso en la clínica para que autorizara el traslado a otro hospital. Edilberto se angustió, se desesperó, no entendía lo que estaba pasando si hacía una hora todo estaba bien, cómo era que ahora lo llamaban a decirle que su esposa estaba grave.

Él dio la autorización por teléfono y pidió que hicieran lo necesario, pero que salvaran la vida de su esposa. El médico le informó que había sido trasladada a una clínica del norte. Edilberto se dirigió al lugar y esperó a que su esposa llegara. A las primeras horas de la madrugada del 30 de marzo Lilia llegó en una ambulancia. Su esposo recuerda que cuando la bajaron estaba desgonzada, pálida, se veía muy mal. Su esposo preguntó de inmediato que le había pasado, pero el médico del segundo lugar estaba igual de confundido que él, pues la paciente había sido remitida en un mal estado y sin historia clínica.

La única información que tenía el médico era que la paciente había convulsionado y había sufrido tres paros cardio respiratorios en una hora. Todo ocurrió en el trayecto del traslado de la clínica del sur al norte. El doctor le dijo a Edilberto que la única forma de saber que tenía su esposa era abrir nuevamente la herida de la cesárea para examinar qué había pasado en el procedimiento. Su esposo aceptó, él lo único que quería era que su esposa se salvara.

A pesar del mal estado en el que estaba Lilia, ella pidió ver a su esposo antes de la intervención. Al verlo sus ojos se llenaron de lágrimas y ya presentía lo que estaba por venir. Edilberto le contó que había tenido una niña, él recuerda que ella le dijo: “tienen que ser muy fuertes porque lo que va a venir va a ser muy duro para todos”. Esas fueron las últimas palabras que él escuchó de su esposa.

El médico hizo la intervención y encontró una fuerte hemorragia interna, la cual se había producido por no suturar bien una de las trompas de Falopio, pues Lilia tenía 36 años y ya había tenido tres cesáreas, por lo tanto había autorizado que se le realizara la cirugía de ligadura de trompas, un procedimiento normal que no implicaba riesgo aparente.

Lilia tenía una hemorragia severa, ya le habían aplicado tres unidades de sangre en la primera clínica. El médico de la segunda clínica decidió realizarle una histerectomía (operación para extraer el útero) para disminuir la hemorragia. Al terminar el procedimiento el doctor le dijo a Edilberto que no podía tenerla allí por qué había que ella necesitaba y podía morir en cualquier momento.

A pesar de realizarle una histerectomía la hemorragia no disminuyó, le aplicaron tres unidades más de sangre, pero su cuerpo ya no funcionaba bien, toda la sangre se fue para el abdomen, mientras su cerebro, sus pulmones, su corazón y cada uno de sus órganos se quedaban sin sangre para oxigenarse. Nueve años después, su hija Jennifer cuestiona fuertemente a la clínica y

afirma: “en esa clínica no había respirador, es una clínica que aparentemente es de un buen nivel, pero esa noche no había nada, a duras penas había camillas y suero para colocarle”.

La EPS no tenía un centro asistencial donde pudieran atender a la paciente, pues ella en ese momento necesitaba atención especializada. Solo había una clínica con la que tenían convenio, pero esta no contaba con el espacio para recibirla. Mientras Lilia se debatía entre la vida y la muerte, su esposo estaba haciendo hasta lo imposible para tenerla a su lado. Uno de los familiares de los Solorza era médico de la clínica de convenio. Edilberto le suplicó para que le ayudara. Finalmente lograron conseguir un cupo. A las 6: 00 am del 30 de marzo fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos de la tercera clínica.

Los médicos no le daban muchas esperanzas a Edilberto, pues Lilia estaba viviendo con respiración artificial. Él recuerda que los médicos le dijeron que si su esposa se salva podía quedar en estado vegetativo, iba a requerir respirador, de pronto quedaba inconsciente, con muerte cerebral, con problemas de riñones y de hígado, porque estuvo sin sangre mucho tiempo. Le dieron la opción de desconectarla, pero respondió con un NO rotundo, pues a pesar de los terribles diagnósticos su esposo tenía la esperanza que Lilia podía salvarse y el amor que sentía por ella hacía que su ilusión tuviera una razón de ser.

Edilberto le alimentaba la misma esperanza a su hija Jennifer, pues siempre le aseguró que todo iba estar bien. A pesar de la fe que tenía y de todos los esfuerzos, Lilia murió el 30 de marzo de 2003 a la media noche. Según el certificado de defunción, fue muerte natural, pero a los pocos meses Medicina Legal esclarecería los hechos y pondría a conocimiento de la familia lo que contribuyeron a la muerte y que les fueron ocultos.

Jennifer recuerda que le dieron la noticia el 31 de marzo a las 3:30 de la tarde, su papá le dijo que los médicos no habían podido hacer nada y su mamá ya estaba muy mal. Al recordar ese momento Jennifer baja la mirada y cuenta: “para mí fue terrible, se me acabó el mundo, se me calló el mundo a pedacitos, porque yo era una persona muy consentida yo no hacía absolutamente nada en mi casa”. No solo era la noticia de quedar sin mamá, sino que también su vida debía tomar un nuevo rumbo, era la mujer de la casa, con una hermana de cuatro años y otra apenas dos días.

Después de enterrar a su mamá Jennifer con 13 años tenía que ir los días que su papá no pudiera a la unidad de neonatos donde estaba María, solo estaban autorizados ellos dos para

estar con la bebé. Cuando no estaba en el hospital tenía que hacerse cargo de Laura de 4 años, quien preguntaba por su mamá todos los días. Jennifer recuerda que sufrió un duelo extraño, por un lado era la pérdida de su mamá, pero por otro lado estaba feliz porque su hermana estaba viva.

María tuvo que permanecer un mes y medio en incubadora por ser prematura. Jennifer al recordar los primeros días de su hermana menor, cuenta como la veía ella en ese entonces: “era muy pequeña, muy fea, era transparente, era muy feo verla”. Mientras María estuvo en la clínica Jennifer logró tener su mente ocupada, tenía que ir al colegio, a la unidad de neonatos, estar al cuidado de Laura y de los quehaceres del hogar; estaba tan llena de cosas y de responder bien en todo, que a ratos lograba olvidar la muerte de su mamá.

Pero al mes y medio María salió de la clínica, era una bebé canguro. Eso implicaba que tenía que tener un cuidador que la tuviera las 24 horas refugiada en su pecho para que tuviera la temperatura necesaria para vivir. Edilberto tomó la responsabilidad y para ello tuvo que ausentarse de casa por cinco meses, pues en la casa donde vivía con sus hijas, había muchas personas: sus suegros, cuñadas y sobrinos. Se fue a la casa de su hermano donde María iba estar lejos de las curiosidades infantiles de su hermana Laura y demás primos.

Esos cinco meses fueron los más difíciles para la familia Solorza Solorza. Edilberto tuvo que dedicarse por completo al cuidado de María, porque además de ser su cuidador debía llevarla todos los días a la clínica para controlar el peso y el ritmo cardíaco. La responsabilidad con su hija menor le impedía ir a estar al pendiente de la empresa agrícola donde tenía galpones de pollos y gallinas. A los pocos meses su negocio se fue a pique, era imposible estar pendiente de todo.

Por otro lado estaban Jennifer y Laura que quedaron desprotegidas, acababan de perder a su mamá y su papá no podía estar con ellas. La mayor de las hermanas Solorza empezó a tener más tiempo para pensar en el vacío que había dejado su mamá. Ella recuerda que a los dos meses su familia estaba riendo normal, como si nada hubiera pasado, mientras que ella por dentro sentía que estaba muriendo. En pocas palabras ella afirma que se sentía así: “yo estaba en la inmunda, yo estaba pésimo, yo iba al colegio y parecía un zombi, a mí no me importaba nada, no quería nada”. Por su lado Laura no recuerda muchas cosas, solo preguntaba por su mamá, pero entre el juego con sus primos se mantenía entretenida y a su corta edad ignoraba la muerte de Lilia.

Paralelo al duelo que estaban pasando, iniciaron una demanda en contra de la EPS y las dos primeras clínicas en las que estuvo Lilia. Para toda la familia Solorza, no fueron normales todos los procedimientos que le habían hecho, ni mucho menos que en 24 horas tuviera que pasar por tres clínicas. Al ver lo ocurrido, Luis Solorza, cuñado de la víctima y abogado pidió de inmediato la custodia de la historia clínica para que no le cambiaran nada e inició un proceso.

Fueron siete años de proceso, tres audiencias iniciales de conciliación, dos en donde la EPS estuvo ausente y en la tercera se presentó y le dijo a Edilberto que le daban 50 millones de pesos, a pesar que ellos no tenían la culpa, pues la EPS se mantenía en que no hubo ni fallas médicas ni institucionales. Edilberto y su familia no estaban esperando dinero, eso no les iba a devolver a Lilia, ellos solo querían que se hiciera justicia, que tanto el médico como la EPS reconocieran las fallas.

A él no solo lo impulsaba lo que había pasado con su esposa, pues uno de los días que estuvo en la unidad de neonatos se encontró con un hombre de 27 años que estaba al lado de la incubadora de su hija. Edilberto y el joven entablaron una conversación con esta persona, quien les contó que su esposa de 22 años había muerto. La historia era la misma de Lilia. En menos de un mes, dos mujeres perdieron la vida. Las dos pertenecían a la misma EPS, las atendió el mismo doctor y pasaron por las mismas clínicas. A Edilberto lo impulsaba la sed de justicia no solo por su esposa, sino por el resto de mujeres que quizá murieron en la misma situación.

En el 2010 el fallo final condenó a la EPS a indemnizar a la familia Solorza. Los análisis de Medicina Legal fueron definitivos para resolver el caso y salieron a la luz cosas que desconocía la familia. A Lilia la dejaron caer de la cama en la primera clínica, pues en la necropsia se detectó un hematoma de 10 cm. No fue la causa de la muerte, pero contribuyó. La transfusión de sangre que le hicieron en la primera clínica fue equivocada, Lilia era A+ y le inyectaron B+. Además en el resultado de la histerectomía se vio una sepsis generalizada, es decir que en la cesárea entró un microorganismo que generó una infección. Ese diagnóstico dejó claro que no fue una muerte natural como la EPS le quería hacer creer a la familia. Después de siete años de proceso la EPS reconoció que la muerte de Lilia fue una falla médica y aceptó la culpa.

La EPS y la familia Solorza se sentaron acordar una cifra, tenían que negociar cuánto valía la vida de Lilia. Jennifer recuerda que para ella y su papá fue una situación incómoda, porque la plata no iba a regresar ni a la mamá, ni a la esposa que perdieron. El trato se cerró. \$300 millones fue la suma que la EPS pagó a la familia Solorza a manera de indemnización por los errores

cometidos con Lilia. Pero para recibir el dinero tuvieron que firmar un papel en donde se comprometieron a no salir en noticieros, ni en ningún medio de comunicación donde su historia fuera pública. Además no podían hacer nada en contra del médico que atendió la cesárea. En pocas palabras Jennifer afirmó: “ La EPS y el médico ya quedaron bien”.

Jennifer cuenta que incluso el doctor que atendió a su mamá y que cometió los errores que la llevaron a la muerte sigue trabajando en la EPS. Ella afirma con sarcasmo: “El médico no tuvo ningún problema, todo siguió como si nada”.

La justicia se tardó 7 años, pero llegó para la EPS y el médico, Lilia fue una persona más que murió pero para Edilberto, Jennifer, Laura y María las cosas no fueron tan sencillas como desprenderse de unos millones de pesos. Para ellos ha sido la pérdida más grande de sus vidas y quizá nunca lo lleguen a superar. Una falla médica no solo puede acabar con la vida de una persona, sino que también puede acabar con la vida de sus familiares.

Cada uno de los miembros de la familia tuvo su duelo por separado e hicieron lo que pensaron mejor en su momento. Edilberto tuvo que mostrarse fuerte ante la situación, no lo hizo por él, sino por sus hijas, pero el estrés y el insomnio fueron por mucho tiempo sus acompañantes. Las fechas especiales como Navidad, Año Nuevo y el 11 de agosto –cumpleaños de Lilia– no son motivo de alegría para él, por el contrario esas fechas son en las que la tristeza se adueña de él y lo refleja en su rostro. Su hija Jennifer recuerda que su papá en esas fechas no quiere hacer nada, le da mal genio y reprocha porque los médicos se meten a ser doctores si no pueden ser responsables. Edilberto no ha querido organizar su vida con otra mujer, pues para él lo más importante es sacar a sus hijas adelante.

Jennifer por su lado tuvo que dedicarse a su familia. Al inicio fue difícil, pasó de ser la consentida a ser la que tenía que llevar las riendas del hogar, pero cuando tenía 14 años encontró un escape en el trago. Ella recuerda que duró cuatro años en los que tomaba todos los fines de semana. Hoy recuerda con vergüenza: “era una excusa para olvidarme de todo o pues si quería llorar a cantaros yo tomaba hasta que me emborrachaba y prácticamente quedaba inconsciente, yo me quería olvidar de todo, no quería saber nada”.

Ella recuerda que a los 17 años tuvo una experiencia que la hizo cambiar. Un día llegó a su casa muy borracha, se encerró en el baño y al llegar su papá la miró con decepción. Jennifer cuenta que esa experiencia y la pena que sintió con toda su familia, fue fundamental para su cambio.

A pesar que se emborrachaba, entre semana no dejaba de cumplir con sus obligaciones y lo sigue haciendo, pues con orgullo cuenta: “me toca ir a reuniones del colegio, responder por ellas, me toca estar pendiente de la comida, del uniforme, son como mis hijas, son mi prioridad, primero ellas y después yo”. Entre risas dice que le ha tocado sacar sus habilidades manuales, pues si a Laura o María les toca llevar un disfraz o una maqueta tiene que trasnochar y hacerlo, como quizá lo haría su mamá.

La muerte de Lilia fue definitiva para que Jennifer decidiera estudiar Enfermería, pues ella argumenta que estudia eso porque no quiere que se cometan los mismos errores que se cometieron con su mamá. Ella detalla: “estudí Enfermería por contribuir a evitar esos errores que me pasaron y pues que igualmente marcaron mi vida y me dejaron trauma”. Es consciente que sola no puede generar un cambio, pero sueña con poder contribuir en políticas de proyectos que permitan mejorar la atención a las personas y evitar que mueran por fallas médicas.

Laura no recuerda mucho a su mamá, solo tenía 4 años cuando ella murió, pero hoy tiene recuerdos imborrables como el abecedario, los números, los cuadernos y las tareas que Lilia le ponía todos los días. Su familia quitó las fotos de la casa y cualquier cosa que se la pudiera recordar y Jennifer entró a suplir todas las necesidades de Laura. Ahora ella le ponía las tareas y le enseñaba lo necesario.

María no pudo conocer a su mamá, pero tiene claro que dio su vida por ella. En su diario vivir ha contado con mujeres como su tía y su hermana mayor aunque nadie podrá reemplazar a Lilia. La familia Solorza Solorza sigue afiliada a la misma EPS, pues desde que murió Lilia ellos aseguran que la atención es mejor, no tienen que pagar citas médicas, medicamentos, ni exámenes. Ellos aseguran que a pesar de los errores cometidos, no significa que la EPS sea mala.

En esta historia no se incluyó el nombre de la EPS, de clínicas y médicos, debido al acuerdo que la familia hizo con la institución de no llevar el caso a medios de comunicación; por ello esta historia carece de apoyo visual.

En este caso fue imposible obtener la declaración de la EPS y los médicos, gracias a que la familia Solorza concilió, en ningún momento la institución fue condenada. Al ser una tesis de grado el caso se hace público, por lo tanto la familia pidió completa reserva. Pero incluirlo en este trabajo fue pertinente por los hechos ocurridos y para ver la injusticia a la hora de condenar a las instituciones y médicos por sus errores.

Una supuesta gripa

Una septicemia (bacterias en la sangre), camuflada en síntomas de gripa mal diagnosticada, invadió cada uno de los órganos de Ricardo Martínez Peña de 42 años, llevándolo a la tumba el 2 de noviembre de 2010.

Ricardo vivía en el barrio la Estancia de Fontibón de Bogotá, en compañía de su esposa Joanna Arévalo y de su hija Valeria de un año y medio. Él se ganaba la vida como asesor comercial de la empresa Alpina y ella repartía publicidad en las calles de Bogotá. Gracias a estos empleos podían vivir dignamente y soñaban con darle un buen futuro a su hija. El mes de octubre de 2010 Bogotá y todo el país fue azotado por un fuerte invierno. Derrumbes, trancones, granizadas, inundaciones, víctimas y zapatos empapados fueron el pan de cada día en los últimos meses de ese año. Estos antecedentes que ayudaron al diagnóstico erróneo que se le dio a Ricardo.

Todo inició a mediados del mes de octubre. Ricardo tenía dolor de huesos, dolor de cabeza, náuseas, escalofríos y fiebre. Acudió al servicio de urgencias, donde el diagnóstico fue una simple gripa que debía combatirse con acetaminofén y sales hidratantes. Tanto para él como para su esposa era normal y estuvieron de acuerdo con el análisis. Sin saber que sus dolencias eran los primeros síntomas que su cuerpo afluía de una dolencia que empeoraría con los días.

El malestar continuó, se intensificaron los padecimientos y un dolor incomodo de estómago acompañado de soltura se sumaron a las afecciones de Ricardo. Su esposa y suegra le preparaban caldos para menguar el tedio, pero parecía que nada le ayudaba a mejorar.

El 27 de octubre Ricardo acudió nuevamente al servicio de urgencias de su EPS, Cruz blanca, en la sede de la avenida 68 con calle 13. Fue en compañía de su esposa esa noche, pues en el día le dificultaba ir por su trabajo. Tuvo que esperar una hora para poder ser atendido. Cuando el médico realizó el chequeo dijo que todo estaba en orden y en realidad sus dolencias no ameritaban un servicio de urgencia, por lo tanto debía pagar \$12.500 como ‘castigo’ de una urgencia no válida. Hoy Joanna se llena de ira al recordar este suceso, pues para ella la ‘urgencia no valida’ hubiera podido ser la oportunidad para que su marido no perdiera la vida.

Cruz Blanca EPS
NIT. 830.009.783-0

RECIBO DE CAJA
No. 0284193

CIUDAD: *SK* *27/10/2012*

RECIBIMOS DE: *Fernando Martínez*

DOC. IDENTIDAD: *7203799*

TIPO DE PAGO	NIVEL	VALOR
COPAGO (% SOBRE PROCEDIMIENTO)	1	/
CUOTA MODERADORA (Médico general ó especialista, Odontólogo, Laboratorio y medicamento)	2	
CUOTA MODERADORA CONVENIO	3	
DUPLICADO CARNET P.O.S. ó P.A.C.S.		
BONO PLAN MAXIMO <input type="checkbox"/> SUPREMO <input type="checkbox"/>		
SERVICIO NO CUBIERTO POS		
OTRO		<i>12.500</i>
DETALLE: <i>Urgencia No Valida</i>		
VALOR EN LETRAS:		

- ORIGINAL: CONTABILIDAD - COPIA: USUARIO -

Comprobante de pago "urgencia no válida"

Pasaron dos días y los síntomas seguían, sin importar lo que le había dicho el médico. Ricardo Y Joanna volvieron al servicio de urgencias, algo no andaba bien y regresaron en busca de una explicación o un medicamento que pudiera menguar el malestar. El 29 de noviembre a Ricardo le dieron un diagnóstico de enfermedad general, incapacidad de un día y una dosis de diclofenalco, una ampolla de metroclopramida, acetaminofén y un par de sobres de sales hidratantes. Su cuñada Laura Arévalo recuerda que él llegó cabizbajo de la clínica, pues esperaba la realización de exámenes o algo que lo hiciera sentir mejor.

Ricardo y Joanna parecían no estar conformes con los diagnósticos, pues a pesar que cada uno de los médicos de turno decían que todo estaba bien, ellos insistían acudiendo al servicio. El 1 de noviembre a la 1:00 am cogieron un taxi, decididos a pedir exámenes. Tanto para ellos como

para su familia eso no era una simple gripa. Al llegar a Cruz blanca lo atendieron y dijeron que lo mejor era quedarse unas horas en observación, su cuñada afirma con sarcasmo: “quien sabe qué tipo de observación”, pues solo le tomaron un examen de sangre y el diagnóstico de la doctora Jenny Puga fue un A09X (diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso) le dio tres días de incapacidad que ni siquiera pudo tomarse en vida y le dio de alta a las 10:00am.

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD		
CORPORACION IPS CORVESALUD COODONTOLOGOS		
No. 104010002266124		Fecha: 2010/11/01
Paciente: CC 79509190	Ricardo Martinz Pena	Tipo Afiliado : COTIZANTE
Convenio: Convenio Cruz Blanca Central de Urgencias CAU Av	Nivel Salarial : 1	Teléfono : 4185418
IPS Primaria: SS - Pos Contributivo		
Fecha Inicial Inc: 01/11/2010	Fecha Final Inc: 03/11/2010	Dias Incapacidad: 3
Edad Gestacional: 0	Nro. Inc. Anterior: 4808176	NUEVA
Tipo Incapacidad: Ambulatoria No Quirúrgica		Tipo Plan POS Contributivo
Concepto Incapacidad	Observaciones	Estado Incapacidad
Enfermedad General		SIN LIQUIDAR
Diagnostico : A09X		
Profesional: jenny alexandra puga jaimes		Registro Profesional: 52426301

Diagnóstico e incapacidad de un día antes de morir.

Llegó a su casa y su suegra le dio un caldo y un jugo, su semblante era decaído, otra vez regresaba de urgencias sin sentir mejoría. Esa mañana su cuñada recuerda que Ricardo tomó una siesta y cuando despertó a la 1:00 pm tenía las orejas, el cuello, las mejillas y las manos moradas, además caminaba con dificultad y se le obstaculizaba respirar. Al ver los nuevos síntomas él y su esposa tomaron la decisión de ir a la droguería del barrio con la esperanza de encontrar lo que no había obtenido en el servicio de urgencias. Joanna recuerda que la señora de la farmacia se negó a darle medicamentos y les sugirió regresar a la clínica porque esos síntomas no eran normales.

La pareja ya estaba cansada de ir a urgencias y no recibir ayuda. Pero Ricardo decidió ir una vez más, la última vez, literalmente la última, se despidió de su hija. Ese beso que le dio fue la despedida que Valeria recibió de su papá, pues jamás lo volvería a ver con vida.

Ricardo y Joanna tomaron un taxi y llegaron a urgencias a las 3:00 pm. Ella cuenta que al llegar y ver su estado, los médicos lo atendieron inmediatamente. Su compañera tuvo que esperar en la

sala de espera por horas. A las 8:00 pm le dijeron a Joanna que lo iban a trasladar a la clínica Santa Viviana, que lo acompañara en la ambulancia.

Joanna relata que al verlo entubado y en estado inconsciente entró en pánico. No entendía como su compañero estaba en ese estado si en la mañana le habían dicho que todo estaba bien, no comprendía la escena que tenía en frente. Ella afirma: “yo lo llevé a urgencias y el entró caminando y a las horitas ya estaba así”. Después de un año y diez meses sigue cuestionándose sobre lo mismo y repite una y otra vez: “él entró caminando, estaba bien”.

Ricardo se quedó en cuidados intensivos. Los médicos le dijeron a su compañera que no le podían practicar exámenes porque estaba completamente deshidratado, que lo único que lograron fue tomarle una ecografía que dejaba ver el 90% de sus órganos invadidos por una bacteria, “Podía durar una semana como un día” aseguró Joanna.

A las 10:30 su esposa regresó sola a casa. Su hermana Laura recuerda que Joanna llegó desconsolada, mientras le contaba a su familia lo sucedido no podía parar de llorar. Laura asegura: “nosotros no lo podíamos creer, teníamos miedo pues si ya estaba entubado era difícil que saliera de esa”.

A las 8:00 am del 2 de noviembre Joanna salió de su casa para la clínica Santa Viviana, con la ilusión que su esposo estuviera mejor, pero al llegar la respuesta que recibió no fue la más alentadora. Los médicos afirmaban que le quedaba tal vez pocas horas de vida. En ese momento Joanna cuestionó a los médicos, no podía entender que le dijeran que su esposo se estaba muriendo si en cuatro ocasiones que lo llevó a urgencias le aseguraron que no era nada grave y solo le tomaron un examen de sangre.

A la 1:00 pm los médicos permitieron que Joanna entrara a ver a su esposo. Recuerda que él estaba conectado a una máquina y en estado inconsciente. Eso solo le inspiraba una enorme tristeza, sus lágrimas no se podían contener. A pesar de la situación de Ricardo, jamás pensó que sería la última vez que lo vería con vida. A los 15 minutos de la visita una de las enfermeras le pidió que se retirara.

A la 1:30 de la tarde Ricardo Martínez murió. Cuando le informaron a Joanna, entró en shock. Pidió que la dejaran verlo. Al encontrarse frente al cuerpo sin vida Joanna se aferró a él y le decía “Flaco como se va morir, no se vaya, no me deje sola”. Ella recuerda que ese momento ha

sido el peor de su vida. Al ver que su esposo había fallecido se llenó de rabia y empezó a gritarles a los médicos que los iba a demandar, que ellos lo habían matado.

Joanna cuenta que al oírla, el médico encargado la llamó a su oficina y le preguntó si era verdad que pensaba demandar, a lo que ella respondió con un sí rotundo. Si algo tenía claro era que la muerte de su compañero no quedaría impune. Ella recuerda que el médico le dijo: “Joanna tú más que nadie sabes que él venía mal de la 13 con 68 y yo no puedo firmarte el acta de defunción de tu esposo, yo te la entrego pero sin firma... porque en el momento que tu demandas me va a caer la responsabilidad encima si yo firmó esto”.

La causa de la muerte según el equipo médico fue un bacteria que contaminó el 90% de sus órganos causándole un paro cardiorespiratorio. Joanna argumenta que si ella lo llevó al médico en cuatro ocasiones, cómo le iban a salir de un momento a otro que tenía una bacteria y murió. Le exigió a la EPS la realización de una necropsia para saber qué fue lo que realmente sucedió, pues se negaba a creer que en 24 horas su esposo muriera. En el caso tuvo que intervenir la Fiscalía para esclarecer las causas de la muerte.

Después de perder a su compañero Joanna y su hija quedaron desprotegidas. La familia de Ricardo solo estuvo los primeros meses pendiente. Tres meses después de la muerte de Ricardo, el dictamen de la necropsia fue insuficiente. Es decir que los resultados no son suficientes para establecer una causa, manera y mecanismo de muerte, por lo que el caso sigue en estudio. Joanna afirma: “esa no es una respuesta para mí”.

Joanna tuvo que regresar a vivir con su mamá, ahora tiene dos trabajos: reparte publicidad en el día y en la noche vende arepas rellenas en la esquina del conjunto La Estancia de Fontibón. Vestida de blanco, con gorro y tapabocas que solo deja al descubierto sus ojos verdes, mientras atiende su negocio relata las secuelas de un duelo que lleva casi dos años. Sus ojos empiezan a brillar más de lo normal producto de unas lágrimas que están por aproximarse, al recordar que ve a su esposo en todas partes, “veo a cualquier hombre con el uniforme de alpina y pienso que es él”, afirma.

Los primeros meses pidió ayuda psicológica. Ella agrega: “para mí fueron dos días en que me lo arrebataron, fue una muerte inexplicable ya no lo tengo”. Actualmente el caso sigue en investigación, lo último que le dijo la Fiscalía es que debe autorizar la exhumación del cadáver para hacer los estudios que esclarezcan la causa de la muerte.

Joanna quiere demandar, a pesar de que no cuenta con el dinero necesario para pagar un abogado. Tiene el anhelo de que se haga justicia y además quisiera una indemnización en dinero para darle un mejor futuro a su hija. La ilusión de que algún día Valeria vaya a una universidad y tenga la oportunidad de ser alguien importante es su mayor anhelo. Entre sollozos, Joanna concluye: “igual la plata no me lo va a devolver, ya no lo tengo”.

Infección mortal

Dos puñaladas a un lado del corazón y una cerca al hígado no acabaron con la vida de Marco Antonio Sarmiento Mahecha, de 56 años, pero una septicemia que hubiera podido ser prevenible, consumió cada milímetro de su sangre en 13 días. El viernes 29 de enero del 2010, Marco Antonio tomó un bus para ir a visitar a sus hijos a la calle 134 con carrera séptima y se encontró con su propia tragedia inesperada.

Era docente del Colegio Compartir de Soacha. No vivía con sus hijos pero tenía como costumbre visitar a Julián Felipe y Juliana, todos los viernes después de terminar la jornada laboral. Ese viernes 29 de enero no fue la excepción. A las 3:00 pm tomó el bus de rutina y en el camino unos delincuentes se subieron a robar al bus. Su hijo Julián admite que su papá era de temperamento fuerte y no se sabe cómo pero terminó forcejeando con los ladrones para no dejarse robar.

Le propinaron dos puñaladas al lado del corazón y una cerca al hígado. Los demás pasajeros se quedaron inmóviles ante el pavor que les causó la escena que vieron sus ojos. Marco Antonio se bajó del bus herido y suerte de que fue recogido por una patrulla de policías que lo trasladó al hospital de Bosa. En el trayecto llamó a Julián y le contó lo sucedido. Al enterarse, él se dirigió de inmediato al lugar para acompañarlo.

Lo examinaron, se cercioraron que ningún órgano estuviera afectado y permaneció un día en observación. Aparentemente había salido bien librado del incidente y su familia se sentía tranquila pues todo estaba bajo control. Lo pensado era que en un par de días se recuperaría. Al momento de darlo de alta, Julián recuerda que el médico de turno solo le formuló a su papá acetaminofén, le sugirió llevar una dieta blanda libre de grasas y ordenó un procedimiento de chequeo médico para quitarle los puntos.

A su familia esas prescripciones le parecieron simples para el trato que debían tener heridas hechas con arma blanca. Por eso le preguntaron al médico si no era necesario que Marco tomara un medicamento más fuerte en caso de una infección. Julián recuerda que el médico contestó:

“No es necesario, él puede ir ya a la casa, y tiene diez días de incapacidad”. Pero lo que parecía estar bajo control, estaba por convertirse en una pesadilla.

El 2 de febrero Marco se desmayó, empezó a sudar frío y a vomitar. Estos síntomas prendieron la alerta de la familia y fue llevado de inmediato a la Clínica Fundadores ubicada en el sector de Teusaquillo, en Bogotá. Le tomaron un examen al corazón y lo trasladaron al hospital de Meredy para hacerle otros exámenes. En la noche lo devolvieron a Fundadores. Todo el tiempo sedado porque el dolor en su cuerpo era muy fuerte.

Quedó hospitalizado en cuidados intensivos porque el personal médico no entendía los síntomas. Pasaron cinco días, sus dolencias se intensificaron, su estado se tornó crítico y aún los profesionales de la salud no daban con la raíz de su afección, no asociaban que las heridas habían dejado otras secuelas.

El 8 de febrero le fue diagnosticada una septicemia. Tenía bacterias en la sangre producto de las puñaladas con arma blanca. Julián cuenta que le empezaron a dar antibióticos fuertes para combatir la infección, pero fue demasiado tarde. Las bacterias cumplieron su labor, su cuerpo quedó contaminado, ningún lavado por más minucioso que fuera podría erradicar las bacterias. El 13 de febrero Marco Antonio murió a causa de un simple descuido.

Después de la muerte su familia no se quedó con los brazos cruzados. Buscó asesoría de médicos y abogados, analizaron la historia clínica, concluyeron que existió un error médico evidente porque la sola administración de un antibiótico hubiera podido salvar la vida de Marco. La familia Sarmiento García demandó contra el Hospital de Bosa y a la clínica Fundadores, pues para ellos los dos tenían responsabilidad en la muerte.

En julio del 2012 las dos partes fueron citadas a la primera instancia del proceso en un tribunal administrativo. La parte médica argumentó que Marco Antonio era un hombre obeso, tenía

hígado graso, en los últimos meses no estaba pasando por su mejor estado de salud y la atención que se le prestó se dio con calidad y si no le formularon un antibiótico fue porque no lo vieron necesario. Julián recuerda con rabia que el argumento que más lo enfureció fue que su padre tarde o temprano se tenía que morir.

No hubo conciliación y ahora Julián, aunque es consciente que el proceso puede ser largo, sostiene que no va rendirse hasta que se haga justicia. Lo que menos le interesa es la remuneración económica “Quiero que se sepa la verdad. Yo sé que no es el único caso en Colombia de un error médico y como este hay muchísimos casos más que han quedado impunes, pero voy a pelear hasta que el error sea reparado”. Y agrega que quedaría conforme si al menos multan a los dos hospitales y a los médicos que atendieron a su padre.

Su resentimiento es evidente. Ya no confía en un diagnóstico médico cuando va a un chequeo y trata de acudir a su EPS lo menos posible. Hoy, sentado en un salón de la Universidad Javeriana, reflexiona que la única lección es que el temperamento fuerte no lleva a nada bueno. Si su papá no se hubiera resistido al robo estaría con vida. Hoy siente remordimiento porque tenía una mala relación con él, su voz se quiebra cuando lo recuerda y define el tamaño de su dolor: “me dio muy duro, me sentí mal porque fui muy seco, muy alejado y en los últimos meses él se estaba intentando acercar a mí”.

La familia Sarmiento demandó a la EPS, al hospital de Bosa y a la clínica fundadores. En julio de 2012 fue la primera citación para conciliar, pero ninguna de las partes llegó a un acuerdo. La institución de salud argumentó que Marco Antonio era un hombre obeso, tenía hígado graso, en los últimos meses no estaba pasando por su mejor estado de salud y la atención que se le prestó se dio con calidad y si no le formularon un antibiótico fue porque no lo vieron necesario.

El caso permanece en investigación.

Estéril a los 22 años

“Mi hijita usted estaba bien pichita por dentro”. Esas fueron las primeras palabras que Rosa Herminda Tovar escuchó de su médico, al despertar de una histerectomía (operación para extraer el útero). Esa frase ha retumbado en su cabeza durante once años y quizá lo hará por el resto de su vida.

Rosa vive en Ramiriquí- Boyacá, un pueblo que tiene alrededor de 9.700 habitantes, a tres horas de Bogotá. Famoso por el sector “cuadra caliente”, en esta calle están las pequeñas fábricas de almojábanas y arepas que surten los alrededores. La fuente de ingresos más importante se centra en el cultivo de la tierra, pues sus habitantes afirman que en Ramiriquí hay dos climas, caliente y frío, a eso adjudican que se puede cultivar desde naranjas hasta habas.

1.55 cm de estatura, piel blanca, una cabellera que le llega a la cintura tejida en dos trenzas y una sonrisa constante que solo se desdibuja al recordar que no puede tener más hijos, así es Rosa Herminda, quien desde la sala de su casa en compañía de su hija quiere contar su historia, ya no en beneficio propio, pues ha pasado mucho tiempo y es tarde para demandar, pero si con la esperanza que otras personas sepan lo que le pasó y quizá su historia no se repita.

Un año después de su matrimonio, Rosa quedó embarazada. A los 21 años la ilusión de ser madre le sonreía y estaba cumpliendo con su deber de reproducirse dándole la alegría a su esposo y la fuerza que necesitaba para sacar a su familia adelante y comprar un lote para construir su casa, pues quería tener más de dos hijos.

Al enterarse de su estado acudió al hospital San Vicente de Ramiriquí. En los nueve meses de embarazo solo tuvo dos controles prenatales. Rosa tenía miedo de dar a luz a su hija en el hospital del pueblo, pues por esos días los rumores adjudicaban muertes de recién nacidos atendidos por médicos practicantes. Su parto debía ser por cesárea, por ello pidió a su EPS —

Comfaboy – ser atendida en el Hospital San Rafael de Tunja, capital de Boyacá, con la seguridad que sería lo mejor para su bebé y para ella.

El día anhelado por la joven pareja llegó. El 3 de marzo del 2001, a las tres de la tarde, Humberto y Rosa emprendieron viaje a la ciudad de Tunja. A 60 minutos estaba el lugar en donde nacería la razón de sus vidas. A las 10:20 pm Jessica Alejandra Pulido Tovar lloró por primera vez. Entonces su madre se llenó de tranquilidad. Por fin había nacido su hija y, lo más importante de todo, estaba sana. Pesó 3.080 gramos y midió 51 cm.

Todo parecía en orden. Lo único que se le hizo raro a Rosa fue la aparición de morados en su abdomen. Le preguntó el motivo a Wilmar Castillo, médico que había estado en el procedimiento, a lo que éste respondió que era normal. Rosa y su bebé permanecieron tres días hospitalizadas.

El 6 de Marzo regresaron los tres a su pueblo de origen. Ellas se pusieron al cuidado de la mamá de Rosa, Dioselina Suarez, quien las llenó de atenciones y Humberto regresó hacerse cargo de los cultivos de lulo, tomate arveja, pepino, lechuga, cilantro, ahuyama y calabaza, entre otros.

Los siguientes siete días las cosas parecían transcurrir bien con Rosa. El 13 de marzo se acercó al hospital de Ramiriquí para que le quitaran los puntos de la cesárea, procedimiento que según ella no tardó ni 10 minutos. Después regresó a la casa de su mamá, sin saber lo que estaba por venir.

A las pocas horas de llegar a la casa, Rosa se empezó a sentir mojada. Fue al baño y vio que se debía a un sangrado vaginal, acompañado de coágulos de gran tamaño. Hoy recuerda: “Eso era como abrir una llave”. Al ver la cantidad de sangre llamó a su mamá, quien le dio un baño de agua caliente. Al inicio pensaron que era algo pasajero, pero luego la situación se volvió preocupante. El sangrado no disminuía, por el contrario aumentaba, esperaron a que llegara Humberto para ir al hospital.

A las 6:00 pm fue atendida, la canalizaron y le realizaron un legrado. Pero las cosas no mejoraban. “Medio me movía y eso salía en chorros. Me envolvieron en una ruana y eso quedó empapado, sentía un dolor muy fuerte en el abdomen, parecían cólicos”, cuenta Rosa. A las 9:00 pm fue trasladada de urgencia al Hospital San Rafael de Tunja.

Ella recuerda que al llegar fue llevada a la sala de cirugías. Cuenta que lo único que se acuerda fue que el médico Víctor Toro, le dijo: “bueno mi hijita usted se me va a calmar por qué le vamos hacer una cirugía”. Hoy Rosa se cuestiona por no haber ni siquiera preguntado qué procedimiento le realizarían, pues siente que tenía el derecho de saber en qué consistía la intervención que la marcaría para siempre. Después de ese día, su vida como mujer no sería la misma.

Humberto recuerda que le tocó pasar la noche en el hospital sin tener noticias de su esposa, pues al preguntar a las enfermeras por la suerte de Rosa, ellas le respondían que era reserva y que por el momento no le podían decir. Actualmente él le echa la culpa a su corta edad —22 años— pues nunca exigió qué le dijeran que tipo de procedimiento le estaban haciendo a su esposa.

Pasaron tres días y Rosa ya se sentía mejor. Ella y su esposo estaban en la habitación cuando llegó el doctor Toro a hacer un chequeo de rutina y, según la pareja, el médico sin inmutarse les soltó una de las noticias más amargas de su vida. A Rosa le habían practicado una histerectomía, eso implicaba que no podía tener más hijos, ni volvería a menstruar; era estéril.

En ese entonces los dos tenía 22 años, llevaban casi dos años de casados y apenas estaban iniciando una familia. La noticia no era lo que esperaban en ese momento de su relación, pues el sueño de tener más hijos era imposible de cumplir.

Rosa aún no puede superar la frase del doctor Toro: “Mi hijita usted estaba bien pichita por dentro”. Al contar su historia la repite una y otra vez. Se pregunta qué fue lo que pasó y a su memoria viene el comentario de una enfermera que le dijo que el doctor Castillo era un practicante. Para Rosa es irónico que su parto haya sido atendido por un aprendiz, pues eso fue lo que trató de evitar al no tener a su hija en su pueblo natal.

En la historia clínica se justifica la realización de la histerectomía por una miometritis aguda — infección en la musculatura uterina — y una endocervicitis aguda — inflamación de las glándulas y membrana del cuello uterino — las cuales provocaron el incontrolable sangrado. El doctor Toro hizo lo que tenía que hacer, pues la histerectomía era la única forma de parar el sangrado y salvar la vida de Rosa, quien perdió 3 litros de sangre. Le tuvieron que hacer una transfusión de o+.

Al momento de hacer la cesárea, el médico dejó restos ovulares y residuos post cirugía que causaron la infección. Según la doctora Liliana Salazar, la infección es prevenible, pues el galeno

Castillo debió haber formulado un antibiótico fuerte para evitar la infección que dejó estéril a Rosa.

Después del difícil procedimiento Rosa estuvo hospitalizada por 13 días en los que tuvo lejos de su hija recién nacida. El 26 de marzo fue dada de alta. Ella cuenta que cuando salió del hospital parecía una anciana. La piel le forraba los huesos.

Los seis meses posteriores a la cirugía fueron los más duros para la familia Pulido Tovar. Rosa no podía hacer ninguna actividad sola, dependía de su mamá para alimentarse, para ir al baño, además tuvo que soportar el rechazo de su esposo, pues él la culpaba por no poder tener más hijos. Los primeros dos meses no podía ni soportar el peso de su hija, para amamantarla tenía que pedir ayuda de alguien que la sostuviera mientras Jessica se alimentaba. Dioselina – mamá de Rosa – fue fundamental en el proceso de recuperación de su hija, le preparaba caldo de pollo campesino y jugo de mora con hígado licuado para recuperar los glóbulos rojos.

Con el paso de los años Humberto entendió que su esposa no tenía la culpa y no le quedó de otra que resignarse a no tener más hijos pues, como él dice, “ me casé con Rosa y así será hasta que la muerte nos separe”. Pero Rosa padece las secuelas de no tener su útero y no poder menstruar, pues durante estos once años siente que su fuerza se debilitó, es más propensa a subir de peso, padece constantes desmayos. Al hablar de las secuelas, el rostro de Rosa se transforma y con la voz quebrada por un llanto que teme salir, asegura: “Yo me siento mal, porque siento que me falta una parte de mi cuerpo y a veces deseo tener otro hijo y ya no puedo”.

La familia, tanto la de Rosa como la de Humberto los animaban para demandar al hospital, pues consideraban que había sido una falla médica, que algo no había estado bien. Familiares de ella se acercaron a la Secretaría de Salud de Tunja para recibir una asesoría, pero la respuesta que recibieron no fue alentadora, pues la funcionaria les dijo que no perdieran el tiempo, que para eso el hospital tenía buenos abogados para defenderse.

Humberto por su parte dice: “uno es del campo, como no tiene estudio es ignorante y en ese tiempo no teníamos el dinero para pagar un abogado, por eso dejamos las cosas así”. Por su lado Rosa dice con seguridad: “Dios es tan grande que algún día tendré una recompensa”.

CAPÍTULO IV

La controversia

Después de evaluar el actual panorama del Sistema de Salud en Colombia en crisis y la incidencia que en ella tienen los errores médicos, vale la pena abordar temas éticos que se entretienen alrededor de la problemática, a pesar de que los médicos tienen una ley donde su oficio está regulado. Incluso antes que la ley, resulta pertinente recordar que al momento de emprender funciones como profesionales de la salud, los médicos hacen un juramento, conocido como el “juramento hipocrático”, a través del cual se comprometen a seguir un código de conductas personales para persistir en la tarea de luchar por la vida y la salud de sus pacientes.

El juramento dice así: “Prometo solemnemente: consagrar mi vida al servicio de la humanidad. Otorgar a mis maestros el respeto, gratitud y consideración que merecen. Enseñar mis conocimientos médicos con estricta sujeción a la verdad científica a los más puros dictados de la ética. Ejercer mi profesión dignamente y a conciencia, velar solícitamente y ante todo, por la salud de mi paciente, guardar y respetar los secretos a mí confiados, mantener incólumes por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica, considerar como hermanos a mis colegas, hacer caso omiso de las diferencias de credos políticos y religiosos, de nacionalidad, raza, rangos sociales, evitando que éstos se interpongan entre mis servicios profesionales y a mi paciente. Velar con sumo interés y respeto por la vida humana, desde el momento de la concepción y aún bajo amenaza, no emplear mis conocimientos médicos

para contravenir las leyes humanas. Solemne y espontáneamente, bajo mi palabra de honor, prometo cumplir lo antes dicho”.²¹

Todas las ciencias del mundo, todas las profesiones, oficios e instituciones se ufanan de tener normas éticas. Todo tiene ética y se supone que es para cumplirla. El campo de la Medicina no es la excepción entre las actividades con normas deontológicas. Por el contrario, al tratarse de una profesión íntimamente ligada con la vida humana y el estado saludable de los pacientes, se supone que puede lograr de una manera más contundente su cometido. El propio artículo 1° de la ley 23 de 1981, define la medicina como “una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y velar por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad”²².

Sin embargo, de acuerdo con lo expuesto en capítulos anteriores, hoy la relación médico-paciente en un país como Colombia, cada día empeora más. Abordar este dilema no significa simplemente hacerlo de manera maniquea y buscar culpables. De ser así, con toda seguridad para los pacientes la responsabilidad absoluta recaería en los médicos y la del personal médico en el Sistema de Salud. No obstante, evaluando la estructura misma de las instituciones de salud, la conducta de los profesionales de la medicina, la visión del Estado y el comportamiento de los pacientes, salta a la vista que las soluciones son de todos.

Cuando, por ejemplo, una madre pierde a su hijo en un proceso de parto y presenta su queja ante el Tribunal de Ética Médica, la pregunta más usual es: “¿Qué hace que un médico sea tan inhumano? ¿Por qué los médicos no tienen aprecio por la vida de un ser y todo se les hace normal? ¿Quién supervisa o castiga la deslealtad ante el juramento hipocrático que hizo un médico?...”(Lafaurie,2002, p. 13). En el fondo de estos cuestionamientos prevalece una inconformidad manifiesta con el proceder de los galenos, que ponen en duda su compromiso ético. Más allá del esquema crítico de las leyes y sus aplicaciones, existen situaciones específicas en las cuales vale la pena promover algunas consideraciones.

Dentro de las quejas más usuales en las instituciones que prestan servicio de salud a los colombianos está la percepción de que los médicos creen que todos los pacientes son iguales. Respecto a esta visión social, la ley de ética médica expresa en su artículo 1°, numeral 2, que “el

²¹ Colombia, Congreso Nacional de la Republica (1981, 13 de febrero), “Ley 23 de 1981, Por la cual se dictan normas en materia de ética médica”, en *Diario oficial*, núm. 35.711, 27 de febrero de 1981, Bogotá.

²² Colombia, Congreso Nacional de la Republica (1981, 13 de febrero), “Ley 23 de 1981, Por la cual se dictan normas en materia de ética médica”, en *Diario oficial*, núm. 35.711, 27 de febrero de 1981, Bogotá.

médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondiente”²³. No obstante, en casos como el de Luz Marina Zarate, quien perdió a su esposo por un diagnóstico simplista y poco riguroso, el punto central de la discusión fue precisamente no diferenciar las dolencias como signos de alerta de un mal peor, y optar por un diagnóstico de paso, como suele ser la queja principal de los usuarios.

Otra queja suele estar asociada a la frialdad de los médicos a la hora de encarar la situación desesperada o crítica de los pacientes. Un ejemplo basta para demostrar esta tendencia. Consuelo Samacá acudió a una cita de medicina general en su EPS prepagada Colmédica. Al acceder a uno de los consultorios, la médica que la atendió, en vez de aliviar la angustia de su paciente, le dijo sin consideración de respeto: “Es que usted no se cuida, mire como está de gorda, además hasta alcohólica debe ser”. Como es obvio, la paciente quedó sin palabras. Por eso en este ejemplo de referencia, no fue raro el diálogo final de la consulta. La paciente le dijo a la médica: “Doctora usted qué tiene, ¿está de mal genio?”. Ella respondió: “Cómo quiere que esté, estoy cansada de trabajar”.

No alcanzarían las páginas de este trabajo periodístico para escribir ejemplos parecidos. Mery López, una mujer que llevó a su madre a una entidad médica para que fuera diagnosticada, no puede olvidar lo que le sucedió: le tomaron una mamografía a su mamá y el día que fueron por los resultados el médico manifestó de manera cruel y descarnada: “Mi viejita, lo que usted tiene es cáncer en esa teta, tráigame \$15 millones, yo se la quito, y acabamos con ese problema”. Otra paciente, Blanca Moreno refiere que fue a una cita general, empezó a contarle a una doctora sus dolencias, y ella la interrumpió diciéndole: “Cállese, cállese que me está desesperando, falta es que me traiga todas sus enfermedades escritas en un papel como los viejitos”.

Estos testimonios de personas agredidas por sus médicos tienen evidentes explicaciones. Desde ningún punto de vista son justificables estas actitudes, que pasan más por normas de conducta personales o por una visión deformada del oficio, pero no cabe duda que también existe un esquema de salud que alienta este tipo de confrontaciones. La médica Liliana Salazar lo resume de cierta manera: “Todo es culpa del sistema que los hace trabajar como máquinas” y luego

²³ *Ibíd.*

admite que hay otra fuente que propicia los errores: “Se nos ha olvidado ser personas, se no ha olvidado el diálogo, a veces hay pacientes que llegan con muchos males, pero lo más importante es que quieren hablar con alguien”.

La Ley 23, en su artículo 11, sostiene: “La actitud del médico ante el paciente será siempre de apoyo. Evitará todo comentario que despierte su preocupación, y no hará pronósticos de la enfermedad sin las suficientes bases científicas”²⁴. Con los ejemplos anteriores, es claro que al menos este postulado se está pasando por alto. Los médicos se escudan diciendo que el tiempo es su mayor limitante y que con el esquema actual resulta imposible establecer una desahogada relación médico - paciente. Un comentario directamente relacionado con el corto lapso de 15 a 20 minutos por consulta que las EPS regulan para la atención médica.

Sin duda una apreciación equivocada, que además contradice otra de las directrices de la ley que señala: en su artículo 10º: “El médico dedicará 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 correspondiente²⁵. En síntesis, un primer aspecto demuestra que se conjugan dos manifestaciones equivocadas: la visión de las EPS que se preocupan más por sus utilidades económicas que por sus pacientes al imponer criterios errados sobre lo que debe ser la atención médica, y falta de sensibilidad entre muchos de los profesionales que desconocen su ley reguladora y los términos del juramento hipocrático.

Derechos de los usuarios

En cuanto a los derechos de los usuarios a la hora de hacerlos valer frente a conductas impropias de los médicos, según lo ha manifestado la Superintendencia de Salud, organismo rector del Estado para la vigilancia de las entidades dedicadas a esta actividad, así se trate del régimen contributivo o del subsidiado, las EPS no pueden hacer distinciones. Por eso cada institución está en la obligación de entregar a sus pacientes una carta de derechos y deberes y colocarla en los lugares visibles de cada una de sus sedes. Es más, en la resolución 13437 de 1991, anterior a la controvertida Ley 100 de 1993, están consignados todos los derechos de los usuarios, y esta norma que está vigente se creó con el fin de garantizar y mejorar la calidad de la salud.

²⁴ Colombia, Congreso Nacional de la Republica (1981, 13 de febrero), “Ley 23 de 1981, Por la cual se dictan normas en materia de ética médica”, en *Diario oficial*, núm. 35.711, 27 de febrero de 1981, Bogotá.

²⁵ Colombia, Congreso Nacional de la Republica (1981, 13 de febrero), “Ley 23 de 1981, Por la cual se dictan normas en materia de ética médica”, en *Diario oficial*, núm. 35.711, 27 de febrero de 1981, Bogotá.

Estos derechos son: el paciente tiene derecho a elegir tanto la institución que le preste la atención, como el personal de salud. Una realidad que se evidencia cuando el paciente llama a asignar su cita y dice el nombre del médico que se ajusta más a su preferencia. La segunda facultad es que el paciente tiene derecho a tener una conversación clara con su médico y el profesional tiene el deber de proporcionarle toda la información relacionada con sus dolencias o enfermedad, el tratamiento y los procedimientos a seguir. En otras palabras, está claramente definido el equilibrio que debe existir entre derechos y deberes en una relación médico-paciente.

Por lo demás, están reguladas otras garantías en favor de los usuarios de la salud: “recibir trato digno por parte de los médicos respetando las opiniones y creencias religiosas de las personas; proteger la información confidencial de los pacientes con la prohibición de revelarla sólo mediante su autorización; o acoger las decisiones de los usuarios de la salud cuando se trate de tomar decisiones frente a patologías irreversibles. Así mismo, todos los usuarios pueden pedir una rendición de cuentas de los costos de los servicios que se le dan y conocer de antemano y aprobarlo o no, las investigaciones científicas en las que se puede ver involucrado. Incluso, se le debe respetar la voluntad de recibir órganos trasplantados o donar los suyos, y el derecho a morir dignamente”.²⁶

Hoy, la Superintendencia de Salud es el organismo facultado para defender los derechos antes mencionados. Esta entidad recibe las quejas por las siguientes vías: a través de las oficinas de atención a los usuarios, mediante peticiones expresas de manera escrita, por conducto de un call center que impulsa procesos de indagación, con comunicaciones directas al chat de la Superintendencia, o diligenciando los formularios que la entidad ofrece para recibir las quejas. Además de estos procedimientos, hay tres delegaciones más: atención en salud, cuando hay inconvenientes en el aseguramiento, se niega el servicio o se demora una urgencia; protección del usuario cuando, por ejemplo, no se autoriza un medicamento; y función jurisdiccional y de conciliación, el mecanismo menos usado pero también a disposición de los usuarios.

Según Dolly Sánchez, jefe de Comunicaciones de la Superintendencia de Salud, esta última opción permite que los usuarios puedan acceder a abogados expertos en temas de salud para

²⁶ Colombia, Ministerio de Salud (1991, 1 de noviembre), “Resolución 13437 de 1991, Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes”, [en línea:], disponible en: http://www.ipsuniversitaria.com.co/documentos/Comite_de_etica_hospitalaria/Resolucion_13437_de_1991.pdf Recuperado: 28 de octubre del 2012.

resolver quejas frente a derechos vulnerados. La fuente sostiene que la Superintendencia resuelve la mayoría de quejas en cinco días hábiles, durante las cuales se cita a las EPS o IPS, y estas deben responder tanto a los usuarios como a la Supersalud por qué denegaron un servicio o prestaron una mala atención. Si el problema persiste, la Superintendencia puede sancionar, con posibilidades que van desde multas o la medida extrema de cancelar el servicio. La incidencia actual de EPS intervenidas es una buena muestra de que hay crisis y de que, a pesar de los incipientes resultados, El Estado tiene cómo intervenir.

¿El otro camino de defensa en la Asociación de Usuarios, habilitado por la Ley 100 de 1993 para garantizar una mejor calidad en el servicio. Según Néstor Álvarez, delegado de la Asociación de pacientes de alto costo en la llamada Nueva EPS, el objetivo de ese grupo radica en fomentar el desarrollo de la participación social entre la ciudadanía para defender los derechos de los usuarios del sistema de salud. El problema es que la percepción predominante de los usuarios es que en muchas ocasiones las personas ignoran que existe o simplemente desconfía de su efectividad.

Desde su experiencia, Néstor Álvarez admite que las personas no acuden con frecuencia a esta asociación porque no dispone de un presupuesto económico viable para promover acciones. De todos modos, insistió el profesional, la cultura que hoy impera es que la gente busca soluciones individuales olvidando que la unión de los usuarios podría hacer mucho más. Entre las quejas más frecuentes figuran: acceso a la salud, barreras administrativas, falta de calidad en los servicios, ausencia de humanización, y un dilema que está diagnosticado en todos los poderes públicos: “La mercantilización de la salud con malos diagnósticos debido a que más que los debidos tratamientos, la salud está condicionada al apetito por facturar”.

En cuanto al mecanismo para acceder a la asociación, lo primero que se hace es llevar los casos a la junta de la institución, de manera que se puedan buscar soluciones globales al problema con los procedimientos administrativos debidos. Según Álvarez, a pesar del escepticismo reinante, en la asociación a la que pertenece se han tenido pequeños logros que han ayudado a salvar vidas. Sin embargo admitió: “indiscutiblemente estamos muy lejos de hacer grandes cosas, porque es el mismo sistema el que definitivamente no permite que opere en función del derecho a la salud sino en beneficio de quienes negocian con él”.

Derechos de los médicos

Como en toda situación profesional, así como hay derechos de los usuarios, también los médicos tienen los suyos. No poseen una carta como tal que los ampare, pero Ley de Ética Médica (Ley 23 de 1981), si incluye medidas para amparar su profesión. Entre sus garantías en principio están: el médico tiene derecho a recibir una remuneración justa por su trabajo y para sus necesidades de subsistencia; y se puede rehusar a prestar sus servicios para actos que estén en contra de la moral y en condiciones que se ve afectado el correcto ejercicio de la profesión.

Así mismo, en casos que no sean de urgencia, el médico puede rehusarse a tratarlos cuando el caso no sea de su especialidad o el paciente se rehusó a cumplir con las prescripciones médicas. De igual modo, cuando se haya diagnosticado muerte cerebral, el galeno no está en la obligación de mantener los órganos en funcionamiento por vida artificial. En cuanto a sus opciones económicas, los médicos pueden fijar sus honorarios, dependiendo de su jerarquía científica y teniendo en cuenta la situación económica y social de los pacientes, de la misma forma como tienen derecho sobre las investigaciones que desarrolle a partir de su conocimiento, incluso de las historias clínicas que reflejen su pensamiento científico²⁷.

Sus derechos tienen necesariamente un contrapeso, el Tribunal de Ética Médica, organismo encargado de llevar los procesos disciplinarios, éticos y profesionales que se den respecto a actuaciones de todos los médicos del país. Una entidad con una junta de cinco médicos elegidos por el Ministerio de Salud. De conformidad con la Ley 23, el Tribunal investiga las quejas que se presentan y, de acuerdo con la gravedad de los hechos, el médico puede recibir amonestación privada, llamado de atención por escrito, llamado escrito y público, verbal y público, y, para los casos más extremos, suspensión para el ejercicio de la profesión hasta por cinco años.²⁸

En este último contexto, las críticas frente al oficio de los médicos están creciendo demasiado. Pero definitivamente la causal más invocada es la falta de sensibilidad de los profesionales de la salud. Marco Niño es autor y asesor legislativo del proyecto de ley 050 del 2012 (Omisión o denegación de urgencias en el servicio de salud), y refiere que, al iniciar su investigación preliminar para el proyecto en mención, creía que el Tribunal de Ética hacía bien su labor. Hoy manifiesta que se sorprendió cuando en 2010 solicitó cifras a la institución para saber cuántos

²⁷ Colombia, Congreso Nacional de la Republica (1981, 13 de febrero), "Ley 23 de 1981, Por la cual se dictan normas en materia de ética médica", en *Diario oficial*, núm. 35.711, 27 de febrero de 1981, Bogotá.

²⁸ *Ibíd.*

médicos habían destituido o sancionado en los últimos cinco años, y la respuesta que recibió le permite hoy afirmar: “En lo más mínimo ha sido sancionado un solo médico”.

Para el asesor Marco Niño y para el senador Guillermo Santos, autor de la iniciativa y líder del proyecto, esta cifra en sí misma constituye un escándalo. De entrada significa un enorme vacío, por lo cual sostiene que, “al ver el tema penal, salta a la vista que no se aplican sanciones debidas a los profesionales de la salud que por su acción u omisión desatendieron sus obligaciones con los pacientes generando consecuencias graves, permanente o incluso llegando hasta la muerte”. Según Niño, esta omisión y la falta de sanciones para los médicos, permiten un incremento evidente en las fallas en el servicio médico, como se aprecia en las estadísticas de los tribunales administrativos.

El periodista Ignacio Greiffenstein, quien ha venido documentando situaciones críticas en cuanto a la atención médica en instituciones públicas y privadas de salud, ratifica que hoy es nula la actuación del Tribunal de Ética Médica y lo compara con las insistentes críticas a la Justicia Penal Militar, porque en su criterio lo que prevalece es que ellos mismos se juzgan y se absuelven. “Siempre se encuentran justificaciones, y la gente que se friegue”, aseguró. Greiffenstein asegura que siempre tienen la excusa perfecta de que cumplieron los protocolos. “El protocolo es que si no tenía temperatura no hubo procedimiento. Hay falta de sensibilidad y los médicos se condicionan a actuar según lo que está escrito, pero no en lo que ven o sienten”.

Es un debate abierto pero con insuficientes escenarios. Las críticas suelen concentrarse hacia la estructura del sistema, los recobros ante el Fosyga, la tercerización de los servicios o el lucro de las EPS, pero no cabe duda que hay un tema controversial que subyace en la coyuntura médica actual. No hay mecanismos claros y explícitos para que los médicos respondan por crasos errores en sus procedimientos. Existen los tribunales administrativos y cada día son mayores las sentencias de reparación directa que obligan a indemnizar a víctimas de la atención médica, pero los errores individuales poco se castigan. No lo hace la justicia administrativa y tampoco es común que lo hagan los jueces penales. El Tribunal de Ética Médica tampoco provee las soluciones del caso.

Una chiva, sensacionalismo o compromiso social: ¿Qué hacen los medios de comunicación?

En el dilema médico-paciente, con todas las consideraciones expuestas en este trabajo periodístico, incluyendo una muestra significativa de casos lamentables sin sanciones debidas, hay otro actor permanente: los medios de comunicación. Estos juegan un papel importante, y la prueba es que cada día son mayores sus reportes por fallas en el servicio médico. Ya no solo en los grandes medios, sino también en las redes sociales. Es claro que su obligación es proporcionar información veraz y contrastada, y en esta obligación ética también surge una controversia que no contribuye a que el sistema mejore sus procedimientos.

Las críticas más frecuentes al cubrimiento que hacen los medios de comunicación es que en sus informes predominan criterios amarillistas, sensacionalistas o manipuladores de información. Un caso basta para poner en evidencia este dilema. El caso de Ana María Forero, detallado en el tercer capítulo de este trabajo, estuvo vigente en todas las páginas de periódicos, revistas y pantallas de televisión. Lizeth Villami dio abundantes declaraciones, también lo hizo la madre de la menor. Los Ministerios de Protección Social y de Salud, así como la Superintendencia se hicieron presentes, pero los escándalos no pasaron de una semana.

Gerardo Forero, padre de la niña, aseguró que después de lo sucedido, cuando pasó el hecho, ningún medio le hizo seguimiento al caso. Cuando pasó el suceso, los teléfonos no dejaban de sonar y literalmente los medios invadieron su casa. A la semana el frenesí mediático había terminado. Hoy, con rostro de desconsuelo, desde la sala de la casa de sus suegros, Forero afirma: “Ya pasó el escándalo y todo sigue igual, quizá en noviembre cuando Anita cumpla un año de ausencia saldrá algo y nada más”. Este ejemplo demuestra una crítica recurrente: los medios son reactivos, pero les falta profundidad, en el caso de los errores médicos acontece lo mismo. Cuando hay escándalo o fallos de la justicia llegan en masa, de lo contrario brillan por su ausencia.

El periodista Ignacio Greiffenstein lo reconoce y considera que las noticias relacionadas con fallas médicas son solo de momento. Cuando se acaba el ruido, termina la historia. Por lo tanto, no hay seguimiento y los casos de investigación son esporádicos. Desde su experiencia asegura: “Las noticias duran muy poco porque cuando se está saliendo de una aparece otra más arrolladora y así sucesivamente. Una noticia escandalosa va reemplazando a la otra. Hay medios que intentan hacer los seguimientos, pero se quedan a mitad del camino”. En los últimos tiempos es más activa la participación de las redes sociales.

Desde la perspectiva del Estado, Dolly Sánchez, jefe de comunicaciones de la Superintendencia de Salud sostiene que los medios dan una información limitada y sesgada en casos de fallas en el servicio médico. El caso de la muerte de Ana María Forero es una buena referencia. “No todos los medios desplegaron de la misma manera el hecho de la muerte y las indagaciones adelantadas por la Superintendencia posteriormente”. En su calidad de periodista, Dolly Sánchez critica a su propio gremio y dice que no es lo suficientemente riguroso con el manejo de la información en materia de atención en salud. Además reconoce que en Colombia son escasos los periodistas formados en estos temas, lo que explica la falta de rigurosidad a la hora de informar.

En este punto, vistos los vacíos legales, las críticas al esquema de salud, la alta incidencia de errores médicos, los dilemas éticos en la relación médico-paciente, o la poca consistencia informativa de los medios, cabe una pregunta final: ¿Qué pasa con el compromiso social de los diversos actores del sector salud? En primer lugar, urge un consenso de todos los frentes de trabajo para impedir que la crisis de la salud llegue a niveles de catástrofe y en cuanto a los medios, aunque es usual oír a periodistas decir que la deontología está bien para la universidad, es hora de que en un tema tan delicado como éste exista una reflexión sobre los métodos de trabajo y la cobertura del sistema.

Conclusiones

La primera conclusión es de los expertos: la actual legislación del sistema de salud en Colombia está mandada a recoger. Si bien la Ley 100 de 1993 fue importante para crear conciencia en torno a la cobertura de los servicios de salud en Colombia, su esquema actual, su manejo con inocultables intereses del capital privado y la falta de regulación en aspectos de ética médica, entre otros factores, demuestran que está en mora de hacerse una profunda reforma que ponga fin a ciertas prácticas que han deteriorado el sistema hasta perder la confianza de la ciudadanía en sus profesionales de la salud.

En segundo término, en el entendido de que las deficiencias del sistema contribuyen al notorio incremento de errores médicos, razón de ser de esta investigación periodística, urgen medidas de control más efectivas que fortalezcan los derechos de los pacientes para hacer frente a las debilidades de las instituciones de salud. Hablar de errores médicos no significa que el problema se centre solo en el personal de salud, las fallas también son institucionales y normativas. De ahí la urgencia de que la actualización del esquema jurídico, sumado al establecimiento de unas nuevas reglas de juego para todos los actores del sector, se proyecte hoy como una necesidad inaplazable para neutralizar la crisis.

Sin que exista una medición global de 2012, según la Superintendencia de Salud, en el primer semestre de este año se presentaron 104.858 quejas y reclamos, de las cuales el 77% pertenecen al régimen contributivo y el 15% al subsidiado. Estas cifras representan una muestra significativa de que el modelo de intermediación no tiene conformes a los usuarios y que además no está cumpliendo con el principio de calidad bajo el cual nacieron las leyes que sustentan el esquema trazado. Si se advierte que aún en Colombia no existe una cultura vigorosa

de la acción ciudadana contra los errores médicos, el siguiente gráfico si muestra una evolución en esa línea de conducta y también en la forma como se están incrementando las equivocaciones con costosos efectos.

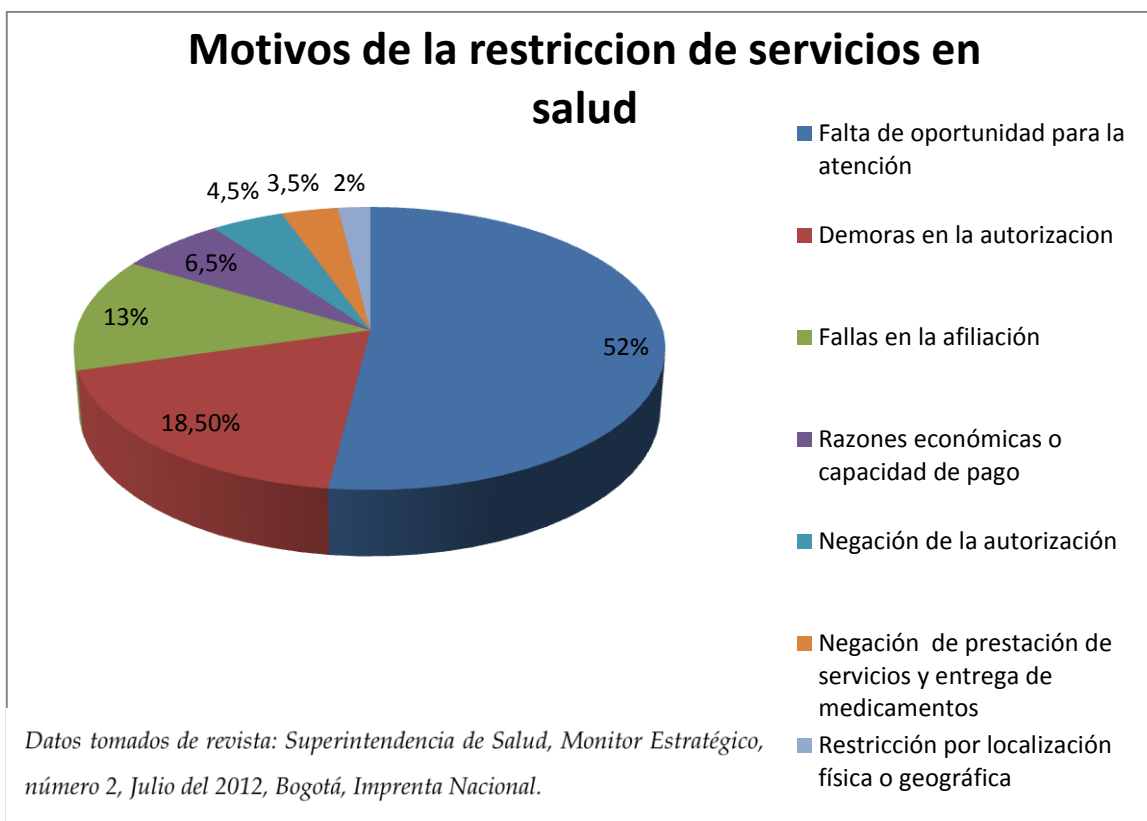


Datos tomados de revista: Superintendencia de Salud, Monitor Estratégico, número 2, Julio del 2012, Bogotá, Imprenta Nacional.

Las quejas más recurrentes, en un 80% de los casos detectados, tienen que ver con la restricción en el acceso a los servicios de salud. Aunque en apariencia se trata de un factor desligado de la causal de los errores médicos, como quedó expuesto en el segundo capítulo de este trabajo, no brindar atención médica oportuna a un paciente o peor aún negárselo por diferentes causas, es la mayor equivocación. Situaciones tales como la falta de oportunidad, la restricción en el acceso por demoras de autorizaciones, las fallas en la afiliación, la discriminación por razones económicas o de capacidad de pago, o las deficiencias para la entrega de medicamentos y restricción por localización física o geográfica, son yerros que una sociedad concebida como un Estado Social de Derecho no se puede permitir.

La mayoría de las restricciones que sufren los pacientes están incluidas dentro del POS (Plan Obligatorio de Salud), una realidad más preocupante e injustificada. Es claro que a pesar de que se ha avanzado en los métodos y aplicaciones de la medicina, los usuarios no están recibiendo la atención adecuada que está incluida en sus derechos fundamentales y el tema es más cuestionable aún, si se tiene en cuenta que se paga por un servicio que a la hora de necesitarse

no se presta. La calidad de vida hoy es un estándar internacional protegido, y uno de los factores que más inciden en el óptimo nivel exigido, es el servicio de salud. Si crece el número de víctimas por errores médicos es porque está fallando y requiere correctivos.



Una de las principales promesas esenciales de la Ley 100 de 1993 se cumplió. Se anunció a mediano plazo una cobertura del 100% de la población Colombiana y, según los expertos, el cubrimiento actual llega al 96%, es decir, muy cerca de la meta proyectada. Sin embargo, según la Superintendencia de Salud, “el aseguramiento en sí mismo no garantiza el acceso efectivo a los servicios. La afiliación constituye el primer paso para la accesibilidad, pero este tópico no necesariamente garantiza el acceso efectivo a los servicios”²⁹. En otras palabras, de nada les sirve a los colombianos tener Seguridad Social, cuando el servicio al que se enfrentan es inadecuado y en ocasiones insensible, que es la peor faceta.

La limitación de exámenes está a la orden del día, acceder a un especialista es una labor cada vez más difícil, los administradores de las IPS y las EPS se preocupan más por aumentar su lista de afiliados o recibir sus pagos mensuales que por garantizar que sus pacientes puedan contar con buen estado salud. No es halagüeño el panorama. La evidencia son las quejas administrativas y

²⁹ Superintendencia de Salud, Monitor Estratégico, numero 2, Julio del 2012, Bogotá, pg.: 36.

las demandas judiciales por equivocaciones médicas. Podría pensarse que entre más cobertura en salud, proporcionalmente van a crecer los errores médicos, pero la exigencia constitucional, sumada a los avances de la ciencia, debe contradecir esta cuestionable lógica. Solo la disminución de las equivocaciones puede representar un indicativo de que las cosas empiezan a cambiar.

Ya en el terreno específico de los errores médicos, la primera evidencia, preocupante por cierto, es que en la actualidad los profesionales de la salud, a título individual, solo tienen un escenario que puede cuestionarlos, el Tribunal de Ética Médica, pero la realidad demuestra que esta instancia los ampara más de lo que los castiga. Casi siempre afirman que los médicos están en pro de la salud y que no atentan intencionalmente contra la vida de sus pacientes. Eso en términos generales es verdad pero si bien no lo hacen con voluntad, si se dan casos de descuido, negligencia y exceso de confianza que el Tribunal de Ética Médica no suele sancionar debidamente.

Para nadie es un secreto que si en el Tribunal de Ética Médica predomina una especie de espíritu de cuerpo, tampoco es común que el Derecho Penal imponga sanciones a los médicos. En la actualidad existe un proyecto de ley, el 050 de 2012 del Senado, que desde su título plantea una innovación clave: "Omisión o denegación de urgencia en salud". El proyecto busca en sí que los profesionales de la salud tengan una sanción ejemplar en el Código Penal, cuando se compruebe que hubo responsabilidad en un tratamiento o desgreño a la hora de atender a un paciente urgido de auxilio. En el fondo, lo que se busca es que las entidades de salud extremen sus factores de riesgo y lo piensen muy bien antes de negar un examen o un medicamento o dar un diagnóstico a la ligera.

Si el proyecto se llega a aprobar estaría en vigencia para junio del 2013. Sería muy oportuno porque al mismo tiempo impondría a los médicos la necesidad de saber que tienen que aumentar su responsabilidad. Sin afectar el principio constitucional de la presunción de inocencia, los centros de salud quedarían condicionados a hacer a un lado sus consideraciones económicas para privilegiar la salud de las personas. De manera simultánea, mayores exigencias en los procedimientos, con toda seguridad va a disminuir el número de litigios por reparación directa que tienen que resolver los tribunales administrativos y que, en la mayoría de casos, termina con onerosas condenas contra el Estado.

La experiencia periodística de este trabajo me permite concluir que más allá del dinero a manera de indemnización, como todo el mundo cree, la mayoría de las familias que sufrieron dolores a consecuencia de errores médicos lo que más buscan es que historias como las tuyas, no se vuelvan a repetir. De hecho, personas como David Curtidor, padre de Amaranta Curtidor, cuyo caso se detalla en el capítulo tercero, es una buena muestra de esta afirmación. A partir de lo que sucedió con su hija, hoy está tratando de movilizar a un grupo de personas para presionar a las autoridades hacia la búsqueda de soluciones. Como ciudadano afectado por un craso error médico, David Curtidor es consciente de que la unión puede hacer fuerza y la beneficiaria será la sociedad.

El tema de los errores médicos se ha vuelto recurrente y cada vez son más las víctimas. Sin embargo, los movimientos ciudadanos en contra son pocos frente a la incidencia de casos críticos. Pasan todos los días, habitualmente las personas lo asumen con rabiosa resignación y pesa la costumbre de no hacer nada. Perdón y olvido parece ser el lema con el que se rige la problemática de las equivocaciones en los servicios de salud. Pero en los últimos tiempos, sobre todo desde el activismo de las redes sociales, está creciendo un inconformismo con el sistema de seguridad social que podría ser la variable para modificar las circunstancias.

Colombia necesita ciudadanos que conozcan sus derechos como pacientes y los hagan cumplir. La mayoría de personas que sufren una falla médica, bien sea que les haya dejado secuelas irreversibles o, en el peor de los casos, la muerte, no denuncian, o si lo hacen se quedan a la mitad del camino porque los procesos, son demasiado largos. El sistema es consciente de eso y por ello no hay cambios. Por eso es necesaria la participación social, es la única garantía de que las cosas puedan cambiar. En las propuestas de reforma al sistema de salud, existen iniciativas para blindar los derechos de los pacientes, pero este tipo de iniciativas no bastan.

Son las víctimas directas, quienes han vivido experiencias dolorosas las únicas que pueden liderar un proyecto real. Obviamente, de la mano del personal médico que, según lo visto al evaluar el sistema de salud, es también víctima del actual estado de cosas. Entre unos y otros, con el apoyo del Estado y del capital privado, se requieren instituciones de salud cuya prioridad sea la gente. Es urgente que la intermediación que hoy caracteriza al esquema, tenga supervisión completa. La del Estado y la de los usuarios. No es posible, por ejemplo, que los dineros de la salud se sigan desviando y gastando en cosas externas al beneficio del paciente.

Si bien se puede decir que la Superintendencia de Salud ha destapado varios escándalos de despilfarros como los de SaludCoop o el ocurrido en el hospital de Meissen en Bogotá, eso no significa que la institución cuente con el 100% de efectividad. Por el contrario, hay más críticas que elogios, pues las investigaciones han dado cuenta que fueron intervenciones tardías. En un tema como la salud, con tanto dinero circulando y tan pocos controles, la única medida posible es la auditoría constante, y a falta de que lo haga el Estado o los medios de comunicación, la alternativa son los usuarios de la salud empoderados en su propia defensa.

De no ser así, difícilmente se podrá revertir la realidad actual en la que la estructura del sistema nacional de salud hace agua ante los continuos escándalos e intervenciones tardías del Estado, mientras siguen disparadas las estadísticas de fallos de reparación directa en el Consejo de Estado por crasos errores médicos. Es la idea de David Curtidor la que puede marcar la diferencia. Habrá reformas en el Congreso o anuncios en el Ejecutivo para calmar los ánimos o manejar las audiencias mediáticas, pero mientras la sociedad siga sumida en la pasividad, sufriendo en las puertas de hospitales y clínicas o lamentando que las EPS le niegue lo que le corresponde, nada va a cambiar en el mundo al revés de los médicos asfixiados por el trabajo y sujetos a errores fatales.

Bibliografía

- Colombia, (2003), Constitución Política, Bogotá, Lito Imperio.
- Colombia, Congreso Nacional de la Republica (1993, 23 de diciembre), "Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones", en *Diario oficial*, núm. 41.148, 23 de diciembre de 1993, Bogotá.
- Colombia, Congreso Nacional de la Republica (2011, 19 de enero), "Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones", en *Diario oficial*, núm. 47.957, 19 de enero de 2011, Bogotá.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social (2007, 10 de agosto), "Decreto número 3039 del 10 de agosto de 2007, Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública", en *Diario oficial*, núm. 46.716, 10 de agosto de 2007, Bogotá.
- Colombia, Presidencia de la República (1996,23 de julio), "Decreto 1283 de 1996, Por el cual se reglamenta el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud", en *Diario Oficial*, núm. 42.840 de 25 de julio de 1996, Bogotá.
- Colombia, Congreso Nacional de la Republica (2007, 9 de enero), "Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones", en *Diario oficial*, núm. 46.506, 9 de enero de 2007, Bogotá.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social (2006, 8 de mayo), "Resolución número 1446 del 8 mayo de 2006, por la cual se define el Sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud", [en línea:], disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf>. Recuperado: 5 de octubre del 2012.

- Colombia, Ministerio de Salud (1991, 1 de noviembre), “Resolución 13437 de 1991, Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes”, [en línea:], disponible en: http://www.ipsuniversitaria.com.co/documentos/Comite_de_etica_hospitalaria/Resolucion_13437_de_1991.pdf Recuperado: 28 de octubre del 2012.
- Colombia, Congreso Nacional de la Republica (1981, 13 de febrero), “Ley 23 de 1981, Por la cual se dictan normas en materia de ética médica”, en *Diario oficial*, núm. 35.711, 27 de febrero de 1981, Bogotá.
- “Expertos internacionales destacaron los avances en Colombia y recomendaron avanzar en los programas de seguridad” (2012) [en línea:], disponible en: <http://www.imbanaco.com/content/expertos-internacionales-destacaron-los-avances-en-colombia-y-recomendaron-avanzar-en-los-pr>, recuperado: 26 de octubre del 2012.
- Kovach, B y Rosentiel, T (2004), *Los elementos del periodismo*, Dieguez, (trad.), Bogotá, Ediciones El país.
- Lafaurie, G. et al. (2002), *Doctores: ¿Por qué se quejan sus pacientes?*, Bogotá, Imprelibros S.A.
- Luengas, S. (2009), *Seguridad del paciente: un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud*, Bogotá, Gente nueva Editorial.
- Palacio, J.(2011, agosto), *El sistema de salud en Colombia y la labor de seguimiento de la sentencia t- 760 de 2008*, en *Revista Javeriana* Vol. 147, no. 777 (ago. 2011), p. 10-13.
- Presidencia de la República, (2012), “Todos los colombianos serán atendidos sin importar que enfermedad tengan”: Presidente Santos, [en línea], disponible en: http://wsp.presidencia.gov.co/Prensa/2011/Agosto/Paginas/20110812_01.aspx, recuperado: 28 de noviembre de 2012

- Presidencia de la República, (2012), “El 96 % de los colombianos ha accedido al sistema de salud”, [en línea], disponible en:

http://wsp.presidencia.gov.co/Prensa/2012/Febrero/Paginas/20120209_13.aspx, recuperado: 29 de octubre del 2012.
- Robledo, J. (2012, agosto- septiembre), “El verdadero Ministerio de Salud es el ‘Cartel de las EPS’”, en Revista de la Contraloría General de la República, Economía Colombiana, núm. 336, pp.35-46.
- Superintendencia de Salud, *Revista Monitor Estratégico*, número 2, Julio del 2012, Bogotá, Imprenta Nacional.
- “Tercer Simposio Internacional de Seguridad del Paciente”(2012) [en línea:], disponible en: <http://www.imbanaco.com/content/tercer-simposio-internacional-de-seguridad-del-paciente>, recuperado: 26 de octubre del 2012
- “8 ex-Ministros de salud proponen reforma estructural a salud [en línea:], disponible en: <http://www.lasillavacia.com/elblogueo/navarrowolff/34117/8-ex-ministros-de-salud-proponen-reforma-estructural-salud> , Recuperado: 5 de octubre del 2012.

Anexos

Anexo 1:

Proyecto Reforma a la salud

Justo el día de la entrega de este trabajo de grado el Gobierno Nacional hizo público el proyecto de Reforma a la salud, Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se crean mecanismos adicionales para su protección, en respuesta a todas las inquietudes de los críticos y colombianos que consideran que la solución de la crisis del sector salud debe ser resuelta con una reforma de fondo.

Por motivos obvios de tiempo no se pudo analizar el proyecto, pero en resumen es este:

“Como es bien sabido, los desarrollos jurisprudenciales han conducido a que, además de las disposiciones que ya se han expedido desde 1993, Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007, 1383 de 2010 y 1438 de 2011, entre otras, sea necesario adoptar una norma de carácter estatutario que defina el marco de ese derecho y delimite tanto la actividad del Ejecutivo como la propia del legislador.

En efecto, cuando la Corte Constitucional declaró inexecutable el Decreto Declaratorio de Emergencia social, reconoció la gravedad de la problemática social en salud y exhortó al Gobierno Nacional y al Congreso de la República, para que en el marco de sus competencias, aborden material e integralmente la problemática que enfrenta el sistema de salud en Colombia, entre otros, a través de la expedición de **regulaciones legislativas estatutarias**, orgánicas y ordinarias, como normas reglamentarias, para superar definitivamente la problemática estructural en salud. Además, añade que el “proceso de discusión pública que debe estar precedida del respeto por los principios democrático, participativo y pluralista, donde todos los actores de la salud, tengan oportunidad de expresarse activa, propositiva y eficazmente”.

Por ello, a través de una norma estatutaria, se pretende brindar una respuesta consistente por parte del Estado en torno a la regulación en salud, garantizando así su accesibilidad en condiciones de equidad, oportunidad y calidad en el marco de lo previsto en los artículos 44, 48, mod. A.L. 1 de 2005, y 49, mod. A.L. 2 de 2009, de la Constitución Política y dentro del respeto a la jurisprudencia de la Corte Constitucional.

No puede perderse de vista que esas garantías constitucionales, de obligatorio cumplimiento, requieren definirse de manera precisa para que el derecho sea garantizado de la manera más equitativa e imparcial, teniendo siempre el objetivo que el ciudadano reciba un servicio adecuado y de buena calidad. La presente ponencia recoge de los diferentes proyectos, la garantía del goce efectivo del derecho a la salud y sus mecanismos de protección, y retoma el enfoque que imprime a esta regulación la Observación General 14 de 2000 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el que se condensan y dan alcance a los instrumentos internacionales que han sido ratificados por el Estado Colombiano en materia de salud. Así mismo, se recoge lo establecido en la jurisprudencia constitucional, en especial en la sentencia T-760 de 2008.

El articulado que se somete a consideración de los honorables congresistas, se inspira en tres fuentes:

En primer lugar, los proyectos de Ley Estatutaria 048 de 2012 (S), 105 de 2012 (S), 059 de 2012 (C) y 112 de 2012 (S).

En segundo lugar, la jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre el derecho fundamental a la salud. El articulado respeta las doctrinas de la Corte y atiende el llamado a expedir una ley estatutaria que proteja el derecho a la salud como uno de los principales derechos sociales de todos los colombianos.

En tercer lugar, las orientaciones internacionales de organismos jurídicos y científicos sobre los aspectos esenciales que cualquier sistema, desde los que se basan en el aseguramiento privado hasta los sistemas de salud pública, debe contemplar para respetar, proteger y asegurar el goce efectivo del derecho a la salud.

La filosofía del articulado puede resumirse en los siguientes puntos básicos:

- 1- El proyecto reconoce que el derecho a la salud es un derecho fundamental y, por esa razón, ese derecho, junto con sus mecanismos de protección, debe ser regulado por una ley estatutaria. La ley ordinaria se ocupará del diseño del modelo y del sistema de salud. En ese sentido, el proyecto de ley estatutaria es independiente de la vigencia de la Ley 100 de 1993 y del eventual cambio o sustitución que se haga con respecto al modelo adoptado en la misma.

- 2- El derecho fundamental a la salud comprende los elementos esenciales para que las personas puedan acceder de manera oportuna en condiciones de equidad a servicios de salud de buena calidad, sin barreras físicas, económicas, geográficas o de otra índole.
- 3- El derecho a la salud es más amplio que el acceso a los servicios de curación. El Estado debe impulsar políticas de prevención y promoción de la salud.
- 4- La acción de tutela no es limitada ni restringida. El proyecto agiliza la autorización o suministro de servicios de salud en un marco de reglas claras para que los usuarios no se vean obligados a acudir a procedimientos judiciales a reclamar lo que deberían recibir de manera expedita para proteger sus necesidades de salud.
- 5- El articulado adiciona mecanismos de protección muy ágiles. El derecho fundamental a la salud será también garantizado con mecanismos de protección rápidos y efectivos, internos al sistema de salud, que permiten resolver conflictos por vías más breves que la propia acción de tutela. En estos mecanismos prima el criterio de los profesionales de la salud dentro de una definición científica de lo que es mejor para el paciente. Si la capacidad de pago del paciente es demostradamente insuficiente para pagar los bienes o servicios no cubiertos, un comité podrá autorizar la destinación de recursos públicos para financiar total o parcialmente el bien o servicio de salud requerido.
- 6- Se regulan los derechos necesarios para el pleno ejercicio del derecho a la salud. Por ejemplo, se protege el derecho de los usuarios a elegir prestador. Se garantiza su autonomía personal para decidir sobre el curso de sus tratamientos, después de haber sido informados de las opciones. Se prohíbe la discriminación en el acceso a los servicios de salud. Se establecen mandatos de protección especial a los menores y las mujeres en estado de embarazo. Se garantiza la participación de los usuarios en las decisiones más importantes.
- 7- El derecho a la salud debe ser respetado, protegido y garantizado en su goce efectivo, independientemente del modelo que se adopte para hacerlo. El Estado tiene que cumplir estos deberes y velar porque todos los actores del sistema los respeten.
- 8- El derecho a la salud no es restringido por el plan de beneficios, en caso de existir un plan, conocido hoy como POS, tema que es dejado a la ley ordinaria y al regulador. Los planes de beneficios y otras regulaciones similares especifican las obligaciones de diversos

agentes del sistema de salud, como son actualmente las EPS. Pero, en ningún caso, limitan el derecho fundamental a la salud y la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios de salud.

- 9- En las decisiones del sistema de salud relativas a la cobertura de servicios de salud y la provisión de bienes o servicios no cubiertos, deben primar los criterios médicos y científicos. A la vez, el Estado debe tomar las medidas para asegurar la sostenibilidad del sistema sin poner en riesgo el derecho fundamental a la salud.
- 10- La definición de la cobertura de bienes o servicios debe ser el resultado de un procedimiento público, colectivo, participativo, transparente, deliberativo, técnico y fundado en razones atinentes a la protección del derecho a la salud a la luz de la evidencia científica. Los costos de los bienes o servicios deben ser tenidos en cuenta para definir las modalidades de financiación y para priorizar servicios, pero nunca para excluirlos de manera absoluta e irreversible. Los bienes o servicios no cubiertos que sean requeridos por un paciente podrán ser autorizados por mecanismos especiales de manera ágil y financiados con recursos públicos, salvo en los casos en que sean accesibles para el paciente sin cargas desproporcionadas. Se acaban los recobros ante el FOSYGA pero se protege la salud de las personas más allá del POS, de mantenerse un régimen basado en un plan de beneficios.
- 11- El sistema de salud debe respetar la autonomía médica, promover la autorregulación y la difusión de los adelantos médicos. A la vez, los profesionales de salud deben contribuir participando en las decisiones colectivas del sistema de salud.
- 12- Los recursos del sistema deben fluir hacia su finalidad primordial, que es la protección del derecho fundamental a la salud. El Estado debe eliminar las barreras de acceso y reducir las cargas que recaigan sobre los particulares que deban financiar servicios de salud con recursos propios. Los costos de la salud deben ser transparentes y medidos de manera continua, clara y pública, para tomar decisiones generales sobre cobertura, pero sin que sean invocados en contra de un paciente. También se debe promover la transparencia en el manejo de los recursos públicos de la salud, especialmente si estos son administrados por entidades particulares.

- 13- El sistema de salud debe ser objeto de evaluación continua, para asegurar que sea eficaz en la garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud, y que siempre esté orientado hacia ese fin específico.
- 14- Para que la ley estatutaria pueda entrar a operar se adoptan disposiciones transitorias. La más importante es la creación de un plan de beneficios integral. También se avanza en el sistema de evaluación de tecnologías médicas.
- 15- El articulado deja a la ley ordinaria organizar la arquitectura del sistema de salud y la prestación del servicio. Por lo tanto, nada impide que el legislador ordinario adopte reformas sustanciales a la Ley 100 de 1993 o incluso cambie completamente de sistema.

En consecuencia y con el fin de soportar esta ponencia, luego de unas referencias a la evidente importancia de la salud y su garantía dentro del Estado social, se hará alusión al carácter fundamental del derecho y a la regulación del mismo para desembocar en ciertos aspectos asociados a la garantía y sostenibilidad que lo hagan posible y concluir, finalmente, con la explicación del articulado organizado en siete capítulos, a saber:

1. Objeto, principios, contenido, derechos y deberes.
2. Relación del derecho a la salud con otros derechos.
3. Garantía del derecho fundamental a la salud y provisión de los bienes y servicios en salud
4. Mecanismos de protección del derecho fundamental y de resolución de conflictos
5. Profesionales de la salud
6. Garantía de los recursos del sistema de salud
7. Otras disposiciones.”³⁰

Anexo 2:

Entrevista

Abogado Germán Humberto Rincón

³⁰ Colombia, Senado de la República (2012,29 de Noviembre), “Ponencia para primer debate al proyecto de Ley estatutaria no. 048 de 2012, Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se crean mecanismos adicionales para su protección”.

“Abogado egresado de la Universidad Militar Nueva Granada con especialización en Derechos Humanos, estudios en Control Social y actuaciones en estos campos ante diferentes entes judiciales, la Corte Constitucional de Colombia, el Comité de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Premio Excelencia Académica como docente en la Universidad Manuela Beltrán, Catedrático y destacado conferencista en temas de Salud y Seguridad Social en temas como Participación Ciudadana y veedurías en salud”³¹.

1. ¿Cuáles fueron los aciertos de la ley 100?

Por supuesto la ley 100 tiene cosas muy buenas, elevó el producto interno bruto del país respecto al tema de salud lo que hace realmente que exista una progresividad en la cual se garantice la salud como un derecho humano, porque uno de los grandes problemas que existe a nivel mundial es el problema de costos en salud y el derecho a la salud es un derecho que no todos los países pueden garantizar en igual forma por eso se toma como un derecho dentro de los sociales y culturales y está sujeto a presupuestos básicamente. Al subirse el presupuesto da una garantía para que la salud sea atendida, razón por la cual la ley 100 sí tiene cosas muy buenas. El problema de eso fue la intermediación, es decir que todos estos dineros eran manejados por terceros que se llaman EPS y que obviamente la intermediación lo que está haciendo es generar beneficios para las personas que están en este negocio y obviamente eso ha afectado directamente porque a estas entidades solo les interesa la salud económica de los intermediarios y no la salud de las personas, esto es visto como un negocio, no como un servicio público netamente.

Y qué pasa con la competitividad...

Es mentira, lo que pasa es que lo que permitía la ley 100 era que el que mejor prestara el servicio todo el mundo corriera para allá pero el tema es que ninguno está prestando un buen servicio. El 70% de las tutelas que se presentan en Colombia es para servicios que están dentro del POS es decir ni siquiera están cumpliendo con el mínimo que deberían cumplir.

1. ¿Cuáles considerara usted que son los desaciertos?

³¹“Germán Humberto Rincón Perfetti”([en línea:], disponible en: <http://www.rinconperfettiabogados.com/quienes.html>, recuperado: 1 de octubre del 2012

El mayor problema que tuvo la ley 100 para mi, uno, la intermediación financiera y dos, que la superintendencia nacional de salud que era el organismo rector de vigilancia y control después de que tenían sedes en los departamentos, la ley 100 lo que hace es abrir el abanico de oportunidades entran más de 400 a 500 entidades intermediadoras tanto del régimen subsidiado como del régimen contributivo y la superintendencia que tenía sedes se reduce a Bogotá entonces es decir no ha habido un régimen de vigilancia y de inspección clave que haga cumplir las cosas. Es obvio que aquí en este momento al no existir la policía los ladrones hacen fiesta.

2. ¿Después de la ley 100 de 1993 usted cree que incrementaron los errores médicos?

Yo no podría decir nada al respecto, lo que sí puedo decir es que la tramitación de las EPSs lo que ha hecho indiscutiblemente es aumentar el número de problemas que tiene en este momento la gente en salud y los desaciertos que ha tenido el Estado con respecto a las prácticas que están dentro y fuera del POS, por ejemplo un niño que nace prematuro, le tienen que hacer exámenes para ver como está su visión, dependiendo del examen le pueden entregar un medicamento y si el medicamento se entrega la persona queda bien, pero si no se entrega la persona queda ciega y Colombia tienen montón de ciegos porque eso no está incluido dentro del POS, si no está incluido dentro del POS la entidad donde está el niño recluido no lo hace porque no se lo van a pagar, no es una urgencia, porque inicialmente no es una urgencia, entonces como no está costado a nadie le importa y los niños están en la calle, ese es un ejemplo claro de la forma en la que se redimen sí o no el sistema y creo que también el otro problema que ha habido es el tema de medicamentos, aquí no hay un control real de medicamentos, de los precios.

Yo creo que el mayor depredador del sistema de salud ha sido la industria farmacéutica multinacional, si usted mira los medicamentos más recobrados suman solamente Roche que es un laboratorio de 4 medicamentos recoge en un año más de 300.000 millones de pesos que es una suma exagerada, entonces que hizo que los dineros de la salud estuvieran a servicio de las multinacionales y que obviamente que las entidades que prestaban servicios de salud que son las IPS han sido realmente las maltratadas, hay un desequilibrio financiero en el manejo de las cosas para unos multimillonarios ser mas millonarios y realmente para las instituciones que prestan servicios de salud mayor precariedad y obviamente que los hospitales públicos se fueron al piso.

Los pacientes son los grandes perdedores del sistema al igual que el grupo de salud el cual perdió la autonomía para formular, se volvieron únicamente cumplidores de órdenes y adicionalmente personas que están arrodillados a unos contratos y obviamente que los pacientes entre todo esto existen practicas perversas, por ejemplo, si yo tengo que entregar un medicamento de 5 millones mensuales, pero si lo dejo de entregar tres meses me ahorro 3 o 5 meses, obviamente eso va a favor de los rendimientos financieros de la entidad, pero la salud de las personas no puede dar espera; ni con tutela ni sin tutela porque después vienen los desacatos y el desacato se volvió una burla a la tutela, además lo más terrible de todo es que en este momento parte del acto médico sea una tutela, parte de la historia clínica sea una tutela, eso no tiene sentido. Los jueces no pueden ser ordenadores de farmacia ni tampoco ordenadores de productos y servicios médicos eso no puede ser, eso significa nuevamente que no hay un sistema de vigilancia y control que haya sido eficiente y efectivo y que obviamente en este momento quienes están jugando con los diferentes intereses, pues obviamente que se hayan generado mafias , mafias como por ejemplo un implante cloquear entonces la compañía que vende los implantes reparte plata al médico, a la enfermera, al que formula, al que entrega e hizo que un implante cloquear en Colombia fuera más caro que una EPS mandara un paciente a Europa pagándole tiquetes en primera clase, hotel y todo porque gracias a las tutelas muchas entidades han encontrado que la tutela ha sido como una fuente financiera súper importante abusando obviamente del sistema judicial, la ignorancia de los jueces que no saben cómo funciona todo ese tema y han logrado como una maquinaria específica para que legalmente se hagan abusos al sistema.

Los médicos les han regalado caroso costosísimos los laboratorios farmacéuticos o que les han dicho solo si usted me entrega solo 3 formulaciones de este producto por tantos pacientes usted y su familia se van para Aruba. Detrás de esto hay múltiples factores de falta de ética tanto de la industria como de los médicos y por otra parte esto hizo que las personas que mejor tenían conocimiento o que más acceso tenían por ejemplo a la tutela tuvieran un favoritismo frente al resto de personas que no lo tenían y aun con tutela que le tema de los medicamentos y los procedimientos hacían que fueran lentos y detrás de eso las entidades mirando viendo a los pacientes como un gasto no como una inversión, entonces al verlos como un gasto entonces obviamente lo que van hacer ellos son una reducción de daños, es decir en donde gastamos menos, ordene esto así, haga esta práctica así, que se mueran, que demanden, que no demanden

y el tema de las auditorias médicas, entonces la auditoria médica es el negador de servicios más grande que hay.

Incluso donde personas que tienen el bachillerato y manejan Excel estaban negando entrega de productos y a ellos les daban comisión en las EPSs por todo lo que ellos negaran de servicios, la entidad daba el medicamento, pero al momento de recobrar la persona encargada del Excel en la entidad decía: no le vamos a pagar esto, no le vamos a pagar esto y en la medida en que ella negara cosas le daban comisión, aun bachiller, eso que hizo que las entidades dijeran si no nos pagan no formulamos y entonces no formulaban lo que la persona necesitaba.

A los médicos se les daba incentivo por no formulación, pero les decía si usted factura menos le damos comisión, pero ha muchos se les han dado terminación de contratos por que le salen muy caros a la entidad.

3. ¿Cuáles son las fallas médicas más recurrentes por las que demandan las personas?

No sé, esa información la tienen las Asociaciones de pólizas de seguros para médicos, ellos aseguran a los médicos y por lo tanto aben por qué es lo que más demandan.

4. ¿En qué situación se puede decir que hay un error médico?

Cuando la circunstancia excedió lo que la medicina basada en la evidencia Puede reportar como efectos secundarios o adversos, todos los procedimientos y todos los productos médicos tiene efectos secundarios y adversos, si se presenta esto y la persona sufre un daño es parte de lo que la persona asumió como riesgo, pero si lo que ocurre no está dentro de esas dos, sino por descuido médicos, sino por omisión o por acción en ese caso es responsabilidad

5. ¿Si una persona siente que no le están dando la atención que su dolencia merece, qué puede hacer?

Puede presentar quejas en el tribunal de ética médica, pero eso no es eficiente documento completo por e- mail, – El documento esta analizado en el capítulo 2 del trabajo –

6. ¿Qué procedimiento debe seguir una víctima por falla médica?

Vía e-mail. – El documento esta analizado en el capítulo 2 del trabajo –

7. ¿Considera que El sistema de salud necesita una reforma, que tipo de reforma?

Por supuesto que sí, la reforma debe Estructural no maquillaje, que la salud sea vista como un derecho y no como una mercancía.

8. ¿Con la reforma sería posible disminuir los casos de fallas médicas?

100% si, en la medida que la persona tiene accesos a servicios con calidad que se cumpla el sistema de garantía a la calidad.

Anexo 3

Entrevista

Doctora Liliana Salazar

Egresada de la universidad Nacional médico cirujana, Trabaja en SaludCoop en el programa de riesgo cardio- metabólico

1. ¿Cuáles fueron los grandes aciertos de la ley 100?

La cobertura, pues se supone porque hay cobertura del 100% de la población, se supone, ese es uno de los pocos aciertos. También hay más vigilancia a las entidades de salud, pero esa vigilancia tiene sus pro y sus contra porque ha logrado quebrar y cerrar muchas instituciones importantes en el país, como el Hospital San Juan de Dios una perdida grande para el país.

2. ¿Cuáles considerara usted que son los desaciertos?

El fosalga, los sistemas de recobro, la capitación la UPC no sube de acuerdo a lo que van incrementando cada año en el POS y así logran quebrar las EPSs el Estado sigue justificando que las EPS no cumplen, que hay muchos malos manejos del dinero; pero el Estado si debe muchas cosas del Fosalga a las entidades y eso logra llevarlas a la quiebra también.

3. ¿Colombia tiene un sistema de salud de calidad?

No. Se supone que debe haber una cobertura del 100% y que las personas que podemos cotizar y pagar, debemos hacerlo por las personas que no lo hacen, pero no hay cobertura del 100%, se sigue viendo gente que esta si afiliación sin cobertura, se supone que maternas, niños tienen un trato especial, jóvenes y sigue sin ser así.

No hay cobertura, no se cumplen cosas que hay en el POS, se supone que las EPS y el Estado deberían darle a los pacientes y no lo hay y en cuanto a la remuneración, el reconocimiento y

horario de los médicos tampoco hay muchas cosas que se cumplan, se supone que la consulta del médico general es de 20 minutos, si un paciente llega tarde teóricamente uno lo tiene que atender y eso va acortando los tiempo de consulta, además la ley dice que uno tiene que manejar todas las urgencias, que no se debe negar el servicio, ¿ a qué hora vamos atender todas esas cosas?; es imposible que a uno le digan la consulta es de 20 minutos, les dan una cita y los pacientes no llegan, entonces se corre el tiempo, no que llegaron 5 urgencias de mas, entonces las distribuyen , se empieza a desmejorar calidad de atención, porque se tiene que ver lo que el patrón ordenó: hacer consultas de 10 minutos y a veces de menos tiempo, en ultimas si se generara una mala atención el que termina asumiendo la conducta médica, legal, ética es el médica no la EPS, pero ese es nuestro sistema de salud.

4. ¿En su opinión qué aspectos priman en el sistema de salud, prestar un servicio de calidad o todo gira en torno a un interés económico?

Todo gira a través de un interés económico, por ejemplo cuánto interés político hay detrás de SaludCoop, es una empresa que ha crecido impresionantemente, un gerente que ganaba 90 millones cuántas inversiones grandes tienen en escuelas, en hoteles... hay mucha plata de por medio, a SaludCoop hace tiempo han querido apropiarse de ella muchos políticos, ahora qué están haciendo a través de la interventoría, no encontraron muchas de las cosas chuecas que decían , si hay cosas que están mal como esos salarios, inversiones que no están bien. Pero lo que están haciendo es contratando EPS con intereses que ellos tienen.

Nosotros éramos SaludCoop, peor desde hace 3 años hay una orden que decía que las EPS solo iban a contratar al 30% de la prestación de servicios, entonces se creó una figura legal y separaron toda la EPS en corporación: IPS y la EPS, nosotros que damos en IPS los que prestamos servicios, ahora con la interventoria si el interventor quiere decir que la corporación no le sirve van y contratan con una EPS, sí tienen un interés político mucho mejor y no sabemos en calidad como estén. A nosotros siempre nos tienen con índices de gastos, de horarios de atención, todo el tiempo nos están midiendo esas cosas; por qué contratar con otra EPS que no tiene la antigüedad, ni idea y nosotros ahora estamos con el riesgo laboral. Las IPS vamos a quedar volando si ellos quieren sacarnos a presar que seamos SaludCoop.

5. ¿Después de la ley 100 de 1993 usted cree que se abrió una puerta al incremento de errores médicos?

Si, a uno le exigen tiempos y la ley cada vez mete más cosas, pero no ve que tras de eso hay una parte humana que somos nosotros los médicos que no funcionamos como maquinitas, como ellos quieren; por lo tanto si se han desmejorado cosas. Y además también ha tenido que ver con las reformas que se han hecho en las facultades de medicina, cuando yo pase por la universidad tenía que hacer turnos, pos turnos ahora el interno no debe hacer mas de 6 horas, no lo dejan hacer prácticas, así pierdan se gradúan, entonces eso va desmejorando el sistema de salud, en vez de fortalecerse.

6. ¿Considera que El sistema de salud necesita una reforma, que tipo de reforma?

Sí, pero es difícil, el Estado debe invertir mucho más en salud, mientras no se invierta más en educación y en salud seguiremos siendo un país subdesarrollado, si debe cambiar, pero no todo debe quedar en manos del Estado.

Antes nosotros estábamos en la pirámide de la sociedad por que se nos reconocía porque tenemos una función importante, mi salario es de 2.500.000, pero por ejemplo hoy escuchaba a mi empleada que la hija va a trabajar de asistente en una petrolera, no tiene estudios ni nada y se va a ganar 2.800.000 ese salario no es un estímulo. Lo que pasa es que uno todavía tiene el espíritu y la ética de seguir siendo médicos y por eso cada vez estamos más desamparados de especialistas, por que se especializan y se van a donde les dan un buen reconocimiento económico, prestaciones .

7. ¿Qué circunstancias llevan al error médico, ejemplo: la falta de recursos por parte de la institución médica, el descuido, mala formación en la academia etc?

Hay EPS que limitan a los médicos en cuanto a que no los deja pedir lo que necesitan los pacientes, si pide un electrocardiograma lo llaman y lo regañan y además le pasan un memorando. Pero no se puede negar que hay médicos mediocres.

En mi postura argumento que el sistema de salud le pone a uno unos horarios, pero quieren que además vea las urgencias y lo otro y lo otro y uno tiene más cosas que hacer fuera de esa EPS, si debe haber algo más flexible en eso, que le den a uno un tiempo libre, pero el sistema esta a reventar.

Otra cosa es que Hay leyes que permiten que si los médicos internos si cumplen 700 horas, así pierdan, así no pasen los tienen que graduar. Antes uno hacia turnos de 24 a 48 horas y había que cumplir éticamente con ciertas cosas y ahora solo hacen 6 horas al día.

8. ¿Por qué si una persona llega enferma no se le realizan exámenes inmediatamente, sino que se espera hasta último momento?

El paciente solo espera que uno pida un examen para hacer un diagnóstico, pero también existe la semiología y la clínica, una hipertensión se puede diagnosticar solo examinando al paciente, hay cosas que no requieren solo exámenes.

Otra cosa es que se nos ha olvidado que la responsabilidad de la salud no solo depende del médico, la otra responsabilidad también es del paciente. La gente no sabe lo difícil que es concientizar a un paciente de que la responsabilidad no es solo del médico, si no que el por su parte tiene que cambiar hábitos, que no debe tomar, que si es diabético no consuma azúcar. Es terriblemente difícil, no creen o a veces le dicen mentiras a uno y la obligación del paciente es decir la verdad.

9. ¿Por qué la medicina predilecta de los doctores es acetaminofen, omeoprazol, diclofenal y la ranitidina?

Hay un grupo grandísimo de analgésicos que son los aines que incluyen el diclofenal y otros que quitan el dolor muy rápido; el efecto daño renal, daño en oído y hay muchos que llevan a diálisis a una persona, por eso uno les da el acetaminofen, es el único que no causa daño renal, yo soy amiga del acetaminofen lo seguiré formulando, si el que le da la EPS no le funciona le digo al paciente: que si quiere compre uno de otra marca. Con los pacientes crónicos lo que uno más trata de cuidar es un riñón, una diálisis desmejora la calidad de vida. No damos acetaminofen por que sea lo más barato.

El omeoprazol es muy buen medicamento por que ayuda a cubrir la mucosa gástrica y evita úlceras.

10. ¿Cuáles son las limitaciones a las que se enfrenta usted como médico a la hora de prestar un servicio eficiente?

El tiempo, la ley dice que la consulta es de 20 minutos y hay EPS que aun programan cada 15 minutos. Yo en 20 no alcanzo hacer muchas cosas y me siento colgada. El tiempo es muy corto, yo soy más integral, trato de leer la historia clínica antes de la consulta para ver el proceso, uno tiene la obligación de prevenir. Uno debe ser un médico integral, por eso es que le falta mucho tiempo al médico general en la consulta inicial, y nos han vuelto como maquinitas. Pero uno

debe estar pendiente de todo y aprovechar todas las oportunidades para preservar la vida del paciente.

El sistema lo vuelve a uno muy mecánico y los pacientes se quejan que por que uno está en el computador y no los mira.

Se nos ha olvidado ser personas, se no ha olvidado el dialogo, a veces hay pacientes que tenían muchísimos males, muchísimas cosas y lo que le faltaba era hablar con alguien.

11. ¿Usted como médico de una EPS que puede hacer si ve que su oficio se está viendo vulnerado?

No puedo hacer nada, yo le digo es al paciente es que se queje por escrito.

Usualmente uno renuncia, porque meterse en un pleito legal es muy difícil.

Hace unos años trabaje en y si interpuse una demanda por persecución laboral, en ese lugar si me limitaban

Yo trabajé con el ejército durante 4 años y medio y ellos son muy astutos y nos daban unas OPS por 11 meses y otro pago del que si no nos daban copia por un mes.

Trabajé ininterrumpidamente, cumplía horarios, ósea era un contrato, tuve mi licencia de maternidad, me tocó pagar un médico por 21 días, no tuve licencia de maternidad, me pagaba mi salud, mis pensiones, no tenía vacaciones, hacía nocturnos, festivos y sin remuneración adicional. Finalmente tuve unos inconvenientes con una auditora que quería que desmejoráramos la atención y finalmente salí de ahí, demandé y ya salió a favor. Tienen que pagarme todo ese tiempo porque si hubo continuidad laboral. Fue un proceso de 6 años y medio. No pueden reconocerme nocturnos, ni festivos. Me van a reconocer salud, cesantías, prestaciones, vacaciones, mi licencia de maternidad y ya.

La demanda la hice contra ejército, la nación y el batallón; ellos no ponen la cara, pero yo siempre guardé las copias de los contratos.

12. ¿Usted como médico si comete un error qué hace, a qué se enfrenta un médico que comete un error?, pues si bien hay unas víctimas por esto, el personal de salud también se ve afectado?

Nosotros también somos víctimas del sistema, uno espera otras cosas, pero a mí me gusta lo que hago.

Anexo 4

Doctor y Abogado Jorge Enrique Pulido Vega

Tiene 43 años, realizó estudios de medicina forense en la Escuela de medicina Juan Corpas. Estudió derecho en la UniBoyacá y se ha seguido especializando en el campo profesional. Actualmente trabaja en una unidad renal y en la facultad de medicina de la UPTC.

1. ¿Cuáles fueron los grandes aciertos de la ley 100?

Tienen algunos, no muchos, es decir la gran mayoría de la ley 100 esta creada o se creó básicamente fue para proteger unos pocos y eso si es muy sabido por todo el mundo, eso no es solo por nosotros.

Hay una parte en el preámbulo de la Constitución donde dice: Colombia es un país social en donde se supone que va creado directamente a las personas menos favorecidas se supondría, pero la ley 100 lo único que hizo bueno es darle una protección general y que todo sea obligatorio, ósea que ningún colombiano por más pobre rico tiene que tener una seguridad social, eso es lo único que se pretendía.

La ley 100 lo único realmente bueno que tiene es tratar de hacer una protección tipo Estados Unidos en donde todo el mundo tiene que tener una protección social pero que realmente no se ha llevado a cabo. Démonos cuenta que el Sisben solamente sirven para algunos pocos los más pobres tienen que hacer un montón de maromas para poder adquirir, obtener, para poder llegar a esa seguridad y si nos vamos a dar cuenta quién tiene el Sisben lo tiene el gerente del banco, el gerente del hospital, se supone que no son para ellos y lo tienen, se supone es decir se supone que todos los que somos trabajadores tenemos el contributivo, pero como el Sisben tiene una grandísima ventaja a comparación del contributivo y es que se lo pagan los impuestos todos nosotros los que estamos en la parte contributiva le pagamos a los que no tienen una forma de tener una seguridad social.

Cualquier medicamento, cualquier examen que sea muy costoso tiene mayor relación ellos por lo que se supone que son subsidiados entonces por eso muchas personas que tienen dinero que

tienen forma de tener una prepaga o de tener un contributivo prefieren estar en un Sisben porque saben muy bien que todo se lo va a contener el gobierno.

2. ¿Cuáles considerara usted que son los desaciertos?

Consideraría yo que como nos tiene a todo el personal de salud, todo lo que tenemos que matarnos, todos nosotros estudiando porque no son 7 años de vida, es día completo por que tú no puede hacer absolutamente otra cosa.

Históricamente los médicos tenían un cierto nivel a la sociedad por el hecho de estar enfrentados a la vida, al dolor y tratar de salvaguardar o mejorar ese tipo de situación le damos cierto estratos a esta persona, si antes del 93 antes del entendimiento de la ley 100 aunque pues ya comenzó yo te estoy hablando de que ya unos 30 años. Los médicos tenían una posición digamos entre comillas privilegiada podían tenían una labor, podían tener unos trabajos adicionales a sus contratos, tenían un estatus.

Pero ahorita en este momento después de la Ley 100 lo que se intentó o lo que se logró fue que el médico fuera un trabajador razón vámonos perdóname abro paréntesis nuevamente con el anterior con la época de muchos años que era el rural lo que nosotros tenemos que hacer como un rural era como se dice y es así que el rural es como darle a la sociedad el médico el que ya logro ser medico tiene que retribuirle a la sociedad por permitirle ser médico y eso significa servicio social obligatorio además de haber estudiado como nos toca, fregado como nos toca, dejar familia, uno no tiene cumpleaños, no tiene navidad, no tiene absolutamente vida social, porque ya todo tiene que ser encaminado alrededor de los pacientes y de la enfermedad y de la muerte, bueno todo lo que tiene que ser con parte medica adicional a ello tenemos que regalarle 1 año más al Estado, regalo porque ya ni siquiera lo pagan , los pagan pero solamente cuando son en zona roja si y en donde ningún médico general ya graduado con un titulo, con su rural ya que lo haya terminado si no quiere irse a trabajar a una zona roja pues no lo hace nadie los obliga. En cambio en un rural si los obligan.

hemos venido con la ley 100 se le dio muchos derechos o se le reconocieron muchos derechos a los enfermos, cierto, pero haberle descubierto los derechos haberles dado lo que se merece como enfermo, porque todos somos humanos y en cualquier momento nos vamos a enfermar, el haberle de dado la posibilidad de decirle usted tiene derecho a esto , peléelo si no se lo entregan peléelo, si la gran mayoría y la gran ignorancia de la gente considera que la pelea no es contra las entidades, si no contra el personal de salud.

La relación médico- paciente ahora se a convertido en relación médico-paciente- abogado, en donde ya le llegan es con la demanda en la mano, entonces nosotros llamamos pacientes demandantes en qué sentido, no es tanto en que armen una demanda ante el juzgado o algo así porque eso es lógico, si no que llegan, un ejemplo, que le esta doliendo según la barriga le esta doliendo el abdomen hace 3 días y lo primero que hace es sentarse, ni siquiera saluda y dice: me está doliendo la barriga mándeme a tomar ecografía, ósea uno dice espere yo estudie, llevó tantísimos años en esto como para que este venga a decirme que tengo que hacer, okey si yo le digo no, usted no amerita una ecografía, porque lo que usted tiene es un rebote de amibas, y el paciente responde: bueno si usted no me la manda hacer yo lo demando.

Entonces si te das cuenta ya viene de por medio la presencia de un abogado, en donde siempre va a ser coercitiva, la cosa entonces ya uno anda a si como ellos vienen armados ellos en su parte emocional, nosotros también estamos armados totalmente predispuestos en cómo va a llegar el paciente.

Con la ley 100 como te digo buenísimo que se hayan dado todos los derechos para los pacientes y nosotros, para los profesionales, dónde tenemos los derechos, en ningún lado, ahora date cuenta si tú te das cuenta todos escuchamos siempre hemos escuchado el médico esta demandado.

Cuándo se ha escuchado que un médico a puesto una demanda en contra de un paciente, que lo ha calumniado...porque nosotros estamos acostumbrados a bajar la cabeza y eso es una de las cosas que yo como siendo abogado en este momento como lo soy pretendo al menos abrirle los ojos a mis clientes, que son muchos de mis compañeros médicos, en donde están inversos en unas situaciones que uno dice hombre son cosas muy estúpidas por las cuales los meten en un problema...

No sé si me permites te doy un ejemplo.... Un compañero mío que es ginecólogo le llegó una citación a un juzgado que tenía que hacer parte de un proceso que por que lo habían demandado, entonces él fue y averiguó cuál fue la causa de la demanda, no pues nos pusimos a revisar el proceso y imagínate que la demanda la había interpuesto la mamá a través de un abogado.

La niña estaba embarazada, la china fue a tener el parto tuvo su hijo y la mamá interpuso una demanda al ginecólogo que las razones son que la había dejado con contracciones, que cómo así,

que eso era inhumano que una mujer tuviera contracciones durante el parto y que para colmos de males cuando ya estaba terminando el parto, cuando ya estaba naciendo el bebé, le habían tenido que cortar entre comillas y por tu grabación que le habían tenido que cortar la cuquita.

Lo que pasa es para que nazca un niño tiene que obligatoriamente, no es que si pobrecita le tocó, es obligatoriamente, esa es la naturaleza todas las mujeres que van a parir independientemente tiene que tener contracciones, porque es de la única forma que el útero va a tratar de sacar el producto que está adentro. Bueno mi colega está inmerso en un proceso judicial por lesiones personales y según la señora por maltrato, el juez dijo que no había nada que hacer, el proceso ya fue archivado, no había merito para continuar. Yo opinaba que lo correcto era que tenía que contrademandar porque su ética estaba en entre dicho. Pero jamás se hace, a nosotros como profesionales de la salud nos da pena, que pobrecita, no tenía la razón de demandarme, pero pobrecita es ignorante; pero el tiempo, las idas a Bogotá, porque como toca ante ética de Cundinamarca, toca dejar de ver los pacientes, la cantidad de dinero que se pierde, para que al final le digan no que pena y por qué nosotros no contrademandamos, nunca ha habido ese caso.

3. ¿Colombia tiene un sistema de salud de calidad?

No, para nada, porque se supone que el Sistema de Seguridad Social que fue inventado, alma bendita cuerpo que se fue, conjunto con otra cantidad que se fue. Lo que se pretendía en la Ley 100 era la seguridad social, pero la calidad dónde queda, la calidad se supone que es el Estado el que tiene que asumir todo lo que corresponde a la seguridad social, porque es un derecho constitucional que una persona tenga salud. Al ser un derecho tutelar el Estado debe estar al tanto y tiene que pagar por esa salud, pero como no es capaz de hacerlo por sí mismo, tiene que comenzar a entregar esa responsabilidad a otras entidades, en este acaso a las EPS y lo que ha pasado con las EPS, por ejemplo Saludcoop, quién se lo estaba robando, fue Palacino, un tipo que tenía un BMW que solamente hay 4 en Colombia, un tipo que era dueño de todo Villa Valeria en Girardot, no mas la ex gerente de acá.

Toda la seguridad social se convirtió en un negocio, ya no estamos hablando de pacientes, sino de clientes y en ese orden de ideas tu vas a pelear es por los clientes. Entre las EPS van a pelear por los clientes, porque saben muy bien que pueden vender una aspirina que les vale un peso se la pueden vender al Estado en \$1.000. Porque todo eso se lo van a revertir en el Fosyga, todo eso por debajo de cuerda quién se lo está llevando, pues obviamente todos los intermediadores.

Así que no tenemos calidad, por más que tengamos buen personal , porque nunca hemos visto que un médico se robe, o pues que se sepa en algún medio de comunicación que un profesional de la salud este inmerso en esa cantidad de robos que se hacen, no, eso son los administrativos.

4. Es verdad que los médicos reciben bonificaciones

Eso sucedió, no lo podemos negar, me consta de algunos compañeros lo hacían hace como 12 años, en donde en consulta externa les daban una bonificación, por ejemplo yo pedía 4 cuadros hemáticos al mes y mi compañero 1, pues ese era el premiado, a pesar de que los necesitara.

Además no es un secreto que los medicamentos del POS no tienen el 100% del medicamento, sino solo es un 5% o máximo un 60% el resto es harina. Eso es una verdad y nadie lo puede refutar. Los medicamentos del POS tienen más estabilizantes que del mismo medicamento.

5. ¿En su opinión qué aspectos priman en el sistema de salud, prestar un servicio de calidad o todo gira en torno a un interés económico?

Todo gira en torno a un interés económico, eso no lo podemos negar, si estuviera diciendo mentiras, no habría tanto escándalo como realmente existe, no se estaría destapando tantas cosas o no se estaría hablando de una reforma.

La reforma no la deberían hacer los políticos, porque lo que ellos hacen es ir a ver como incrementan sus finanzas a través de unos actos truculentos, no son todos, pero si la mayoría. A ellos les conviene la reforma, cómo viene una deportista como Urrutia va venir hablar de salud, no sabe cuántas muertes hay por cierta enfermedad. Se me hace ridículo que venga una persona que no tiene nada que ver con el sistema de salud hacer una reforma en salud. La reforma la debería hacer el Colegio de médicos, un médico no sabe de economía, por ello se necesita un grupo interdisciplinario, pero que valla incluido el bienestar de los pacientes, de las personas del común, y que todo valla encaminado a eso.

6. ¿Después de la ley 100 de 1993 usted cree que incrementaron los errores médicos?

Si, y no es tanto por la negligencia, ni por la imprudencia, ni la impericia, ni la falta a la norma que tenga que ver con el médico, sino son más las EPS, que el mismo gobierno fue el que le soltó lo de la seguridad social, que le exigen a los profesionales que tienen que tener un tiempo específico para cada uno de sus pacientes y eso resulta en una mala atención, por más que no

quiera el médico, porque no va a tener un conocimiento global del paciente y por lo tanto el diagnóstico y el tratamiento no va a ser el óptimo. Cómo carajos SaludCoop ordena a sus médicos que tienen que ver 4 pacientes por hora en urgencias, hágala en consulta externa, pero cómo en urgencias van a exigir que un médico dure 20 minutos con un paciente, si es una urgencia, si yo necesito saber qué es lo que tiene mi paciente para poder lograr que esa urgencia se mitigue. Cómo me van a exigir que suture a un paciente que tiene una herida de cara de lado a lado y que lo suture en 20 minutos, pero si exigen un tiempo que si no lo hacen, se hace auditoria mensual y les tienen un record, entonces ven quien ocupa el primer lugar en el record y les dan un puntaje como para decir usted que tiene buen record es un buen médico y el otro que no lo tiene es una porquería. Si usted se demora 30 minutos con su paciente implica que va a ver solo 2 por hora, eso significa que usted es pésimo profesional, así que usted no me está sirviendo y va para afuera.

Cómo hacen las EPS para estar violentando y violando tanto las normas que se supone son legales y nadie les hace nada, ejemplo: la Constitución dice muy clarito a igual trabajo igual remuneración, cómo si todos son médicos generales, hacen lo mismo, saben lo mismo, cómo uno va a ganar 3 millones de pesos y el otro va a ganar millón y medio y la mitad se la pagan 750 en efectivo y la otra mitad en bonos sodexo pass.

Por qué una institución que se supone que el Estado les dio a ellos el derecho de administrar la salud, se supone que tiene que ser un brazo adicional del Estado, cómo ese brazo va violentar las mismas normas que el mismo Estado promulga. Entonces si hay igual trabajo e igual remuneración.

7. ¿Cuáles son las fallas médicas más recurrentes por las que demandan las personas?

Por estupideces, hay muchas demandas en contra del personal de salud, que está muy mal encaminada y es porque tienen una mala asesoría. Interponen demandas sin saber la técnica, las leyes, ni los protocolos, cómo van a demandar. Hay gente que queda herida más en su parte íntima que en su parte física y demandan porque quieren ver a ese desgraciado en un juzgado.

La otra contraparte, la parte real, es porque hay mucho médico joven que no tienen esa mística para haber sido médicos y les importa cinco que es lo que pase con su paciente, entonces hacen una historia clínica que no es una historia y terminan con un mal diagnóstico o sin un diagnóstico o terminan haciendo un tratamiento que ni ellos saben para que es. El culpable es el

mismo Estado a través del ministerio de educación permitiendo que hayan tantas facultades de medicina de garaje por que físicamente son muy pocos los que no tienen una.

8. Sí una persona siente que no le están dando la atención que su dolencia merece, qué puede hacer

Existen los mecanismos para poderse quejar, si sirven, ante el tribunal de ética médica.

9. Sí la víctima demanda, Cuáles son los derechos de los médicos o entidades de salud

Nosotros estamos totalmente desprotegidos, los únicos derechos que nos protegen son los derechos normales, así como hay unos derechos del paciente debería haber uno para el personal de salud, pero no los hay. Yo quisiera hacer un proyecto de un manual para nuestros derechos y que no se vieran tan vulnerados.

10. ¿Considera que El sistema de salud necesita una reforma, qué tipo de reforma?

Una reforma interdisciplinar.

En el hospital San Rafael, a pesar que desde el año pasado fueron declaradas ilegal las OPS, los médicos están en este momento siendo contratados por OPS (orden de prestación de servicios) y eso fue declarado completamente ilegal, es decir que no hay un contrato real. Tienen un salario más o menos, pero no tienen la seguridad social. Mejor dicho todo lo que les hace falta de lo que es por Ley y les pagan tanto y dicen que les pagan todo lo de ley, es por debajo de cuerda.

11. ¿con la reforma sería posible disminuir los casos de fallas médicas?

Sí, se puede reducir con la reforma.

12. ¿Qué circunstancias llevan al error médico, ejemplo: la falta de recursos por parte de la institución médica, el descuido, mala formación en la academia etc?

Todo se suma, el tiempo exigido por la EPS no es que queramos, la mala praxis, el no tener los recursos alrededor a veces ni siquiera en una unidad no hay un otoscopio, los fonendos son nuestros, no hay un equipo de órganos por ningún lado, así qué cómo vamos a llegar a una buena práctica si no hay los implementos.

Y al no tener un buen diagnóstico para su buen tratamiento es porque todas estas cosas que se nos va sumando adicional a la cantidad de tiempo que tenemos que trabajar.

Es importante decir que para que nosotros tengamos una medio digna vida después de haber trabajado y estudiado tanto como nos tenemos que joder para medio vivir, nos toca trabajar en 2 o 3 partes, va a llegar un momento en el que como ser humano uno va a sentir cansancio y eso se puede ver reflejado en algún momento en tu paciente o en un diagnóstico o en un tratamiento y la culpa la tiene el sistema que no da un sueldo digno para uno decir me quedo quieto y le doy todo mi conocimiento a esta institución y a mis pacientes. Ese cansancio mental que uno tiene es brutal, y difícil de manejar.

13. Por qué el medicamento predilecto de los doctores es: acetaminofen, omeoprazol, diclofenalco?

Sí se escucha mucho lo mismo, pero no que sea cierto eso tampoco... Mira como nos han difamado, porque eso es mala fe en contra del personal de salud, nosotros no somos los culpables los culpables son el mismo sistema.

14. Se puede decir q ustedes tiene muy poca oferta de medicamentos para mandarle al paciente?

No la cuestión es esta en que es inexacto lo q dicen los pacientes por no decir q es falso o es mentira...Porque yo que lo compruebo personalmente, muchas ocasiones yo le pregunto al paciente cuáles son los medicamentos que está tomando? Omeprasol, acetaminofen, ¿por qué le dan solamente eso? No sé, porque yo sufro de hipertensión y es que allá son muy malos solamente me dan eso.

Y también lo hacen es decir vuelvo y repito es mas como por tratar de hacer quedar mal a la entidad y por supuesto a través de sus médicos y que ya se saben de memoria que es el acetaminofen y que es el omeplasol, pero nunca te van a soltar el resto de medicamentos o no lo van a soltar a la opinión pública, porque mira tú como periodista vas a una fila que están haciendo desgraciadamente para que los atiendan y les preguntan que está tomando acetaminofen y todos acetaminofen, pero a quién se lo están diciendo A una periodista que está al frente de una pantalla y va a decir son desgraciados todos apunta de acetaminofen, pero por qué no cogen las formulas de todos y las mira.

Todo el mundo ha dicho que quien es el malo del paseo son obviamente los médicos, el personal de salud, pero nunca han llegado por ejemplo hacer este tipo de preguntas al personal

de salud a los que realmente sufrimos esto porque si tú vas a repercutir al Ministro de salud que ni siquiera es médico.

Y es que además a nosotros quién nos está pagando para que viva, pues el sistema y si nos echamos el sistema encima qué vamos a ir hacer, vender frutas en la esquina después de que nos hemos tirado 7 años de la vida estudiando para trata de salvar vidas, porque si usted fue el que hizo eso, de malas nadie lo va a recibir.

15. ¿Por qué si una persona llega enferma no se le realizan exámenes inmediatamente, sino que se espera hasta último momento?

Créeme que no, todo radica alrededor del mismo tema que es el sistema, si te llega un paciente, lo que pasa es que inicialmente todo es clínica, todo tiene que ser clínica porque entonces para qué estudias, sino entonces para esa gracia solamente haga unos 6 meses de laboratorio y pida el laboratorio y a través de eso haga el tratamiento.

Por eso uno estudia 7 años, porque tienen que ser clínico. Yo soy docente de la universidad y yo les exijo a mis estudiantes: ustedes tiene que ser clínicos primero que interpretar laboratorios, no le estoy quitando y nunca le voy a quitar la importancia que radica tener los laboratorios, pero si tú no eres buen clínico no vas a saber que laboratorio vas a pedir y si te vas a poner a pedir laboratorio por pedirlos haber a que le pego, entonces nunca vas a llegar a un diagnóstico, entonces lo primero que tú tienes que hacer es clínica tienes que hacer una historia clínica perfecta para que te salga un 99% de diagnóstico para saber q laboratorios vas a pedir.

pero con eso de estar pidiendo un paciente cada 15 minutos y si me llega mi paciente con un dolor al epigastrio y yo recuerdo y le hago el examen físico y soy un clínico lo primero que yo hago es pensar una epigástrica, entonces lo primero que le mando es omeprasol y vallase porque yo necesito hacer otro control o consulta y no hay tiempo de ni siquiera hacerle la historia clínica; lo único que yo puedo es preguntarle qué le duele, venga le toco y tenga vallase, ni siquiera pude hacerle antecedentes, ni siquiera una revisión por sistema mucho menos un motivo de consumo.

16. ¿Cuáles son las limitaciones a las que se enfrenta usted como médico a la hora de prestar un servicio eficiente?

Tiempo, me joden los directivos porque eso sí la tiene gruesita con los auditores de estar cada 5 minutos encima de los médicos “porque no hacen y si no están haciendo entonces vallasen” es

de esa bendita amenazadera, de que si no sirve entonces vallase y como hay tanto médico de garaje, si estamos fregados con la remuneración ellos se regalan entonces peor, entonces mucha gente haciendo cola para que alguien deje un puestico y pues obviamente cogerlo.

17. ¿Usted como medico de una EPS qué puede hacer si ve que su oficio se está viendo vulnerado?

Con una EPS nada. Excepto que tengas otra posibilidad para poder pelear con ellos. Yo lo hice, en cuanto a la otra labor para poder sustentar mis gastos, como yo soy abogado yo puedo pelearlo ósea yo fácilmente puedo renunciar a SaludCoop tengo problemas con ellos y gracias a Dios tengo otra profesión en donde me puedo sustentar mi vida.

18. ¿Qué fue lo que usted dijo: sencillamente me voy de estar institución, por qué?

Porque aquí no se llama SaludCoop aquí se llama negrecoop, entonces negrean a todo el mundo lo que te decía de las niñas de servicio general es 260 horas cuando lo legal son 142. Pretendían hacer lo mismo con los médicos que teníamos que trabajarles 208 x 192 ósea nos pagaban 192 pero tenemos q trabajarles 208, esas horas de mas se las regalábamos o se las estaban robando ellos para no pagarles a otros médicos, porque como no me alcanza las 192 horas aquí en las hospitalización entonces bájese a urgencias a completar su horario, con eso no contrato otro médico en urgencias y a mí me sale gratis porque yo soy el empleador. Entonces eso fue lo que hicieron. Yo comencé a pelear con la parte de derecho, comencé a pelear y como sabían que mi talón de Aquiles era urgencias, entonces me dijeron siguió jodiendo entonces tenga su carta se baja inmediatamente para urgencias, entonces como no les quise hacer entonces acoso laboral y me fui.

19. ¿Usted como médico si comete un error qué hace. A qué se enfrenta un médico que comete un error?, pues si bien hay unas víctimas por esto, el personal de salud también se ve afectado

Empecemos por la base, los médicos podemos ser investigados o estar en un proceso por negligencia, imprudencia, impericia o falta a la norma, a la ley. Cualquiera de las cuatro o conjugadas cualquiera de ellas en ese orden de ideas. Ahora bien, se supone que hay una de las cuatro o están las cuatro, que es mentira, pero bueno comienza hacer una investigación, en esa investigación la persona se ve que efectivamente pudo haber sido negligencia, ejemplo yo quiero que se investigue y que me lleven a una sentencia entonces interponen una demanda de índole civil porque quiere es remuneración quiere que lo indemnice el médico, inmediatamente llega

la solicitud de inicio de proceso encontrar del profesional de la salud ese proceso de oficio tiene q ser enviado a ética médica siempre todo proceso tiene que saber por lo general ética médica, entonces ya van dos civil y ética médica.

La parte administrativa por supuesto porque se enteró la entidad donde tu trabajas que esa persona esta inversa en un proceso y que comienzan hacer toda la investigación administrativa y ahora para colmo de males y le dio porque esta persona también se vio que la cicatriz que le hicieron de la cesaría es fea entonces va a decir q eso fue lesiones personales, entonces se van para la jurisdicciones penal entonces nosotros podemos estar inversos en cualquier proceso el que si nunca nos vamos a quietar de encima es el proceso de ética médica.

si fue civil va para ética médica, que si el penal va para ética médica, que si es administrativo, por lo general va para ética médica que pasa si va a ética médica ya las otras jurisdicciones.

ya uno más o menos sabe, se entenderá que si es penal entonces privación de la libertad, si es civil entonces indemnización, si es administrativa entonces perdida del trabajo y pues obviamente destituciones y todas estas cosas pero si como estamos hablando que la base toda va hacia la ética médica, el Tribunal de ética médica lo que va a mirar si la falta que se está investigando es leve, grave, gravísima y dependiendo de esa así mismo va a ser la sanción que va a tener dentro de las que se podría esta una amonestación en privado, una amonestación en público, retiro de la tarjeta profesional por unos meses por unos años y la última que es el retiro de la tarjeta profesional de Colombia.

¿Cuándo la retiran de por vida?

Cuando se comprueba dentro del proceso que hubo una culpa grave se la pueden retirar, por ejemplo que allá un homicidio doloso, ósea que él sabía que iba a pasar eso y no hizo porque quería que se muriera el paciente y siendo que a través de su conocimiento medico allá sucedido eso. Demanda a la institución, cuando quedan intervenidos varios miembros y la institución tiene que repercutir encontrar de esos profesionales y cuando demandó al profesional.

Cuando por ejemplo yo llegue a la institución a urgencias con dolor de la vesícula me pasaron donde el cirujano y el cirujano dice que es un cáncer y lo llevan a la laparotomía le hacen toda si cirugía y se dan cuenta q no es cáncer pero a pesar de eso el paciente fallece entonces los familiares pueden demandar al profesional porque no fue la institución.

20. ¿Qué pasa con la vida, con la familia de un médico si se ve inmerso en un proceso?

El susto más grande que todos los de personal de salud tenemos es que pase algo, ni siquiera es decir que voy hacer un procedimiento y que ese procedimiento obviamente lo estoy llevando porque el paciente lo necesita y que sin ese procedimiento el paciente va a tener unas consecuencias. En ese orden de ideas ya es tanto el miedo que se tiene a practicar cualquier tipo de intervención que obviamente ya se llevo al consentimiento informado, el consentimiento informado no es de ayer es de La ley 23 que es el de ética médica en donde se pide que allá un consentimiento informado porque yo le digo a mi paciente esto y los riesgos son estos y los beneficios son estos, lo acepta o no lo acepta y los firmo, si alguien me está firmando es porque yo ya le explique y está aceptando tanto los riesgos como los beneficios en un momento dado lléguese a suceder algo y que le digan a uno como profesional usted esta inverso en un proceso hasta ahí le llevo la tranquilidad.

Pero créeme lo vieras, puede ser para un profesional de la salud que muchos de los terminan odiando su carrera que se va hacer otras cosas que no tenga que ver con la parte de salud, porque ya se ve a pesar de que yo lo hice con todo el amor, que uno lo podía dar con todo le profesionalismo, que yo intente darle con todo lo que conlleva una vida de un ser humano a pesar de eso salió algo mal. Que ese mal no fue porque yo quise, sino la vida, el destino lo quería así y a pesar de todo eso yo vengo a ser el malo del paseo, eso es un tema que le hace demasiado daño a la persona, es tanto el daño que muchos terminan dejando su profesión.

Anexo 5

Entrevista

Marco Alonso Niño

Abogado, asesor legislativo, en las comisiones segunda, tercera y séptima que es la que trata los temas de salud, laborales, en sí es una de las comisiones que tiene bastante trascendencia y sentido social del país.

“Yo soy el autor y asesor del proyecto de Ley 050 del 2012, pero el que imparte las directrices es el Senador Guillermo Santos”

1. ¿Colombia tiene un sistema de salud de calidad?

No, si revisamos la Ley 100 ya quedó corta, no se brindaron los correctivos necesarios para brindarle al colombiano una atención médica adecuada. Las EPS e IPS se estratificaron, tercero

siempre se hablan los recursos de salud y finalmente solo iban para un determinado grupo, caso específico SaludCoop hoy es la realidad en Colombia frente a la crisis, frente a no tomar unas normas claras para hoy tener una calidad, la que quisiéramos tener todos los colombianos, pero sabes que hay un limitante, un país con educación y salud es un país que tiene un desarrollo adecuado

2. ¿Cree que con la Ley 100 se abrió la puerta al incremento a las fallas médicas y a la situación actual del sistema?

Son procesos, hoy cada día hay mayor tecnología, pero hoy no nos ajustamos a ella, somos temerosos al proceso de globalización entonces nos quedamos. La idea es que esa Ley 100 debió tomarse por etapas, adaptarnos a la tecnología y hoy tendríamos una salud de mayor calidad y efectivamente y hoy los recursos como lo ha querido el gobierno nacional llegarían verdaderamente donde llegaría su proceder y tendrían de una u otra forma el servicio para todas las personas que de una u otra forma que queremos una calidad de vida diferente a la que tenemos hoy.

3. ¿Por qué surge la idea de impulsar el proyecto 050 del 2012?

No queremos que sea un proyecto mediático, que sea de impacto por uno o dos casos específicos. Es un estudio que venimos haciendo desde el año 2006 donde vimos hechos que realmente nos llevaron a preguntarnos qué está pasando. Investigamos, averiguamos, consultamos, pero nadie nos daba razón. Pensábamos que el Tribunal de Ética Médica efectivamente cumplía su labor pero la sorpresa fue que en el año 2010 cuando pedimos los antecedentes de los últimos 5 años en lo más mínimo ha sido sancionado solo un medico.

Entonces con base en ello vimos el primer vacío; segundo, al ver el tema penal la jurisdicción del entorno penal vimos que no se le aplicaba ninguna sanción a los profesionales de la salud que por su acción u omisión dejaran pasar una buena atención, para que las consecuencias fueran graves, permanente o llegando hasta la muerte.

Si analizamos las leyes que han renovado el Código penal, hoy no tenemos ninguna sanción para el profesional de la salud y por ende frente al estudio y análisis, pensamos que había que hacer algo y decidimos presentar el proyecto de Ley 050 del 2012: denegación u omisión de urgencias en salud, para penalizar y castigar al personal médico que no le preste la atención

oportuna a cada uno de los pacientes, ya sea que estén afiliados, sean beneficiarios o estén por el Sisben, a la fecha no hay quien tome ese tipo de decisiones.

4. Si bien los médicos se escudan en que las EPS los limitan, ¿por qué solo castigar a los médicos?

Si no se realizan unos exámenes, tanto el médico como la persona jerárquicamente que tiene la responsabilidad de hacerlo y no lo hace, tiene la misma responsabilidad, eso está claramente establecido en el proyecto de Ley, no solamente es el médico, sino que las EPS e IPS y los hospitales deben crear unas directivas para establecer unos parámetros específicos de atención adecuada y digna especialmente, para que el paciente tenga la atención que merece.

5. ¿Qué aporta el proyecto de Ley 050 al sistema y a los colombianos?

Es una iniciativa, no es la solución, porque es solo una parte del problema, porque si hablamos del problema hay solución. Este proyecto crea la convicción de que el personal médico frente a ese juramento hipocrático, no solo los médicos, sino los administradores de la salud tendrán que tomar medidas para decir cuál es el papel que va a jugar el personal médico frente a esta iniciativa que aspiramos sea Ley, de decir bueno si ya tenemos una sanción, puede ser que no vayan a una cárcel común, pero sí que les quede un antecedente. Creemos que el personal de la salud se tiene que preparar mejor, de una manera más adecuada para que su servicio sea más eficiente, pro parece que si no lo cumple tendrá una sanción penal o disciplinaria y ello implica que ese personal médico debe hacer las cosas bien.

La idea es que los colombianos encuentren como un colchón y en serio vean que la salud va a cambiar. Esta es una parte para ese gran problema que se ha creado.

6. ¿La iniciativa lo que busca es penalizar a los médicos para que no cometan un error?

La sanción debe ser pena y disciplinaria, crear antecedentes de responsabilidad que conlleven a que el dinero no pueda resarcir la vida de la persona, pero es una forma de que los centros médicos digan: o tomamos medidas o vamos a ser los afectados, no solo frente a las sanciones penales y disciplinarias, sino frente a las acciones pecuniarias que de una u otra forma es la consecuencia. A ninguna persona que pierde a un ser querido el dinero pueda recuperarle ese dolor de toda la vida, esto es una forma de decir que los médicos tienen una obligación y tienen que prepararse para beneficiarnos todos.

7. ¿Entonces lo que se busca es sentar un precedente y que el médico sepa que hay una ley que lo castiga si no hace bien su trabajo?

Total, porque si vemos la legislación no hay nada que los sancione , ellos se amparan en su tribunal de ética médica y al ampararse encontramos que no hay una sanción que corresponda a la conducta de omisión por no querer hacer las cosas bien o por algo más grave, que de pronto el llevarlo a un especialista de un mayor rango conlleva a unos gastos adicionales que no quieren asumir las EPS y ese no es problema de nosotros, el problema es que es un servicio que tienen que cumplir independientemente de lo se quiera hacer. Tenemos que dejar de ser hipócritas sociales que todos vemos el problema, pero como no nos toca, dejémoslo a un lado y esto es de humanidad.

8. ¿Qué tan viable es el proyecto, en qué va?

En el 2007 cuando se presentó no se pudo aprobar por tiempo, se le dieron los tres debates y en el último termino la legislatura y el proyecto se hundió, pero no porque este mal estructurado.

Hoy el ponente es senador Armando Benedetti que ya le dio ponencia positiva y lo radicara y aspiramos a este año 2012 estaremos dándole debate en plenaria de Senado. Si las cosas se dan se aspira a que el proyecto tenga los cuatro debates antes de terminar la segunda legislatura en el 20 de junio del año 2013.

9. ¿Hay alguna institución que castigue a los médicos?

Hay un vacío frente a quien juzga a los médicos, supuestamente hay un Tribunal de Ética Médica, pero parece que se amparara en normas no sé de donde, ni traídas de dónde. No sabemos porque hay muy pocas acciones. Con aprobación de este proyecto automáticamente el Estado por intermedio por medio de la Procuraduría General de la Nación y la Fiscalía General, serían las personas competentes para investigar en la parte pena y en la parte disciplinaria.

Anexo 6

Doli Sánchez

Jefe de comunicaciones de la Superintendencia de Salud

1. ¿Desde su punto de vista como periodista y funcionaria de esta entidad como es el cubrimiento que los medios le han dado a escándalos que se están viendo últimamente?

Lo que sentimos desde la entidad y lo sentimos desde el equipo de comunicaciones es que si bien pueden existir dificultades en la atención de la prestación en los servicios de salud, los medios de comunicación se encargan, porque es su responsabilidad finalmente, de informar, creo que la información que brindan a veces es un poco sesgada y limitada, el medio de comunicación informa sobre un hecho puntual, un caso particular: la muerte de la niña en Cafam hace unas semanas, y lamentablemente la Superintendencia comienza hacer toda una indagación al cabo de la cual se encuentra con una serie de hallazgos, pone en conocimiento también de los medios de comunicación y no todos los medios despliegan de la misma manera como lo hicieron con el hecho de la muerte las indagaciones adelantadas por la Superintendencia posteriormente, que muestran exactamente que pudo haber pasado con el caso.

Lo que yo como periodista siento es que no somos lo suficientemente rigurosos con el manejo de la información, particularmente de un sector tan sensible como lo es el sector de la salud y además no tenemos periodistas formados en temas de salud, el sistema de salud en Colombia es un sistema complejo, es muy normado, en su estructura misma difícil y nos encontramos con que son escasísimos los periodistas que conocen del sector salud, que conocen cómo funciona el sector, que conocen la normatividad y que por supuesto son rigurosos con el manejo de la información.

2. Se puede decir que los medios solo van detrás de una chiva y buscan armar noticia dónde no la hay

Seguramente, pienso que están muy presionados por sus salas de redacción y seguramente bajo esa presión buscan hechos noticiosos o ciertos hechos que los convierten en noticia.

3. ¿Qué paso con el caso de Ana María, qué fue lo que no salió en los medios?

Con el ese caso la Superintendencia emitió después un comunicado contando que ya empezábamos un proceso de investigación, y escasamente los medios de comunicación informaron que la entidad ya había adelantado un proceso de investigación para aclarar cuál es la situación realmente de la atención que realmente se le brindó a la bebé que murió, fueron escasos los medios que lo informaron y lo informaron con la objetividad que debía informarse.

Se hizo una investigación preliminar que condujo finalmente a abrir un proceso de visita inspectiva de investigación a las dos IPS tanto Cafam Floresta como Cafam calle 5, peor

básicamente es para indagar a cerca de los procedimientos y de los protocolos que tienen estas dos IPS establecidas para la atención en casos de urgencia, particularmente en el caso de la bebé Ana María.

4. Si un usuario llega a la Superintendencia y trae su queja, ¿cuál es el proceso a seguir?

Hoy la Superintendencia tiene fuentes de información, buena parte de los colombianos pueden conocer que la entidad tiene funciones para garantizarle su derecho a la salud, también sabemos que hay otros colombianos que lo desconocen, no saben que pueden recurrir a la Superintendencia para que nosotros podamos ayudarles a ejercer su derecho a la salud.

Hoy tenemos dos fuentes de información, por un lado los medios de comunicación que a través esas denuncias que hacen a través de los periódicos entra la Superintendencia en un proceso de investigación preliminar y también los casos que llegan a la Superintendencia a través de los derechos de petición que interponen los usuarios de la salud.

Cuando entra a través de los usuarios de la salud entra por varios medios de comunicación propios de la entidad puede ser:

- Porque el usuario vino a la oficina de atención del usuario y dejó su petición de manera escrita
- Llamó al call center de la Superintendencia y una operadora nuestra recibe el caso y comienza todo un proceso de indagación
- Entra también a través del chat de la Superintendencia
- O también a través del sitio web de las Superintendencia donde diligencia un formulario que la entidad tiene

Cuando entra por cualquiera de esos medios la Superintendencia inicia con la investigación dependiendo del tipo de queja o de reclamo que interpone el usuario, nosotros disponemos de 5 delegadas, tres de ellas por donde podría entrar el proceso de investigación donde podría iniciarse. una es la de atención en salud, si es un tema de aseguramiento o de calidad en la atención misma, cuando se va a la IPS y el hospital o la clínica, niegan el servicio, no atienden o demoran o no atienden la urgencia, entonces entra , porque ya es un tema de atención en salud.

Puede entrar también por protección del usuario, la EPS, puso una barrera de acceso, no autorizó el medicamento, no dio de manera oportuna la cita, entonces entra a esa delegada para investigar el caso.

O puede entrar por función jurisdiccional y de conciliación que es la que menos usan los usuarios y esa delegada particularmente es hoy el juez de la salud, son abogados expertos en temas de salud a los que podrían recurrir los usuarios cuando sienten vulnerados sus derechos.

Comienza el proceso de investigación que arranca por supuesto con una citación que hace la Superintendencia a la EPS si es un caso de negación de la cita médica o a la IPS si es un caso de atención. Se cita a la EPS que cuenta con un determinado tiempo para que le responda tanto al usuario como a la Superintendencia por qué negaron el servicio y debe garantizarle la atención, en caso de persistir la negación del servicio ya entra al entidad en un proceso de investigación y podría incluso entrar la Superintendencia a sancionar, pueden ser sanciones desde pecuniarias (pagar) al sistema mismo dependiendo de la gravedad y la medida extrema es la de cerrarles el servicio.

5. ¿Se ha visto ese caso de cerrar alguna Institución?

Estamos en algunos procesos y es básicamente quitarles a ellos la función de autorización del servicio, de habilitamiento. El país sabe que la Superintendencia a entrado a sancionar algunas EPS con multas muy elevadas por negación de servicios, como también hoy se encuentran varias de ellas en medida de vigilancia especial producto de no cumplir con los estándares financieros para que puedan operar en el sector, para que puedan operar en el sistema entonces entran en ese tipo de medidas cautelares.

6. ¿Cuánto se demora la Superintendencia en el proceso?

Ellos deben estar respondiendo a la Superintendencia y al usuario en un plazo máximo de 5 días, así lo establece la ley.

7. ¿Pero las EPS sí responden?

Digamos que si, ante el llamado de la Superintendencia las EPS responden, pero también puede pasar que no respondan y en ese caso es cuando se entra a sancionar.

8. ¿Si son tan efectivos, qué es lo que está pasando, los usuarios no conocen la entidad?

Uno muchos no saben que existe una entidad como la Superintendencia para defender sus derechos y otros casos lamentablemente es indiscutible que el sistema no les presta de manera oportuna y con la calidad necesaria los servicios y en esos casos es cuando pueden recurrir a la Superintendencia. Hay algo importante en el sector salud no solo la Superintendencia ejerce funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia, hay otras entidades que lo hacen como las secretarías de salud departamentales, municipales. Son primera instancia.

Sentencia t770 del 2008, existe una carta de derechos y deberes de los usuarios esta normado, debe ser entregada a todos los usuarios, todas las EPS tienen que entregar esa carta o debe hacerla pública en sus lugares de mayor tráfico. Todos tenemos los mismos derechos en salud

9. ¿Por qué solo hay sede en Bogotá?

La ley 1438 del 2011 ordena a la entidad desconcentrarse, en este momento el Superintendente esta en esa tarea de desconcentración se pretende llevar la entidad a los territorios del país, inicialmente 9 sedes en distintas ciudades del país. Hoy tenemos 300 funcionarios que atienden a 16.000 actores.

Las personas del resto del país pueden mandar su queja, nosotros recibimos las quejas de todo el país, por eso lo recibimos por internet, hay muchos que se vienen.

Anexo 7

Ignacio Greiffenstein

Periodista, director del canal k y k

- 1. ¿Cómo es el cubrimiento que los medios hacen sobre el tema de fallas errores médicos, según su experiencia?**

Es un cubrimiento sensacionalista, en donde se cometen muchas fallas médicas, pero hay otras mas sencibleras que otras, por ejemplo la muerte de niños, desfiguraciones, hay fallas médicas que le dejan secuelas a las personas y no pasa nada. Son una cantidad de mal prácticas que suceden y que no son registradas por los medios, que no son lo suficientemente espectaculares y cuando pasa el espectáculo como que se acaba la información, se cubre caso a caso y por lo general no se va al fondo de las cosas y no llega al por qué esto sucedió y cómo se hace para que no vuelva a suceder, eso tiene raíces profundas y los medios deberían más bien ver lo que pasa con el sistema de salud y también con la ética de los médicos, con los tribunales de ética, que son

como la justicia penal militar que se juzgan entre ellos mismos y siempre se encuentran justificaciones, y la gente que se friegue. No se dan cuenta que están jugando con la vida de la gente, con la forma de vivir de las personas, entonces se aplicaron los procedimientos, se aplicó el protocolo y el protocolo es que si no tenía temperatura, pero la persona estaba completamente colorada, algo está pasando, así los aparatos digan lo contrario. Hay una falta de sensibilidad muy grande, entonces piensan en lo que está escrito, pero no en lo que se ve, ni en lo que se siente.

2. Pero en cuanto a los medios a qué se debe el cubrimiento sensacionalista de momento

Porque se acaba la noticia, porque se acaba el ruido, hay cantidades de casos, se murió el niño y ya lo enterraron, se murió el señor en la sala de la EPS ya. Los medios también reciben presión de esas empresas y el gremio de las EPS llama a los periódicos y entonces ellos son un gremio económico entonces ejercen presión para que no se dé más divulgación y para que se calle las cosas.

En el momento que sucede un caso de estos los medios sueltan la noticia, pero al mismo tiempo los del otro lado la EPS, la organización de EPS aplican toda una estrategia de comunicación, tendiente a minimizar los hechos y que se olviden rapidito. Entonces sale la Superintendencia y hablan los Ministros y todos usan términos neutrales, como que nadie se compromete, como que nadie dice las cosas como son y eso va al tribunal de ética, y las cosas se quedan así, se acaba el espectáculo, el muerto al hueco y se acaba la historia.

Entonces lo que se debe hacer es un seguimiento y relacionar cosas, no se ven cuales son las falencias del sistema que permite que esto suceda.

3. ¿Los medios van solo detrás de una chiva o tienen un compromiso con las víctimas?

Lo que pasa es que es que en este país suceden tantas cosas al mismo tiempo y se desarrollan. Eso hay que reconocerlos, las noticias en este país duran muy poquito, porque cuando uno no ha salido de una y sale una cosa más arrolladora y cuando se le está haciendo seguimiento sale otra y una noticia de estas escandalosas van reemplazando a la otra. Yo pienso que si hay medios que son conscientes de que tienen responsabilidad, pero se le queda en la mitad del camino muchas veces.

4. ¿Todo entonces se basa en un interés económico, la deontología de la universidad y el compromiso que se tiene con la sociedad, se desdibuja completamente en un medio?

Lo que pasa es que hay que reconocer una cosa, los medios de comunicación en este país son empresas comerciales y están ahí para dar plata y eso hay que reconocerlo. Los dueños de los medios y la mayoría yo diría que la mayoría de los dueños no estudiaron deontología en la universidad, ellos estudiaron administración de empresas, también les enseñaron una cosa de ética, pero que son completamente distintas a las del periodismo, hay algunos dueños que ven el periodismo como una cosa distinta, pero es que para un administrador lo mismo da producir llantas, que botellas o que noticias. Ellos existen para crear empleo, y dicen yo estoy dando tantos empleos a periodistas y es como su responsabilidad social. Ya lo otro si se diluye, hay que reconocerlo, hay que hablarlo, los periodistas somos de cierta forma mercenarios, trabajamos con un margen de posibilidad de maniobra, pero a partir de ciertos puntos ya obviamente es de un medio a otro las cosas cambian. Yo he trabajado en medios, de izquierda, de derecha y de centro y en todas partes es igual.

5. Qué es la libertad de información

Es que haya un medio que defienda a los sindicalistas, que haya otro medio que defiende a los industriales, que haya otro medio que este del lado de los comerciante, esa es la libertad de información.

6. El periodismo realmente está cumpliendo con su principio de servir como vigilante del poder, pues si bien la salud mueve mucha plata y hay poder

En parte sí, pero se queda en la mitad del camino. Creo que hay medios más dedicados, ms consagrados que otros, creo que hay medios que le dedican más a la investigación, hay unos que hacen la tarea mejor que otros y otros dicen si yo fiscalizo, pero a mí no me corresponde juzgar. Entonces yo presento los hechos tal como son y que juzguen los otros.

7.Cuál es el papel que el periodismo está jugando en cuanto a los escándalos en salud que se están viendo en la actualidad

Sirven para denunciar, para hacer conocer las cosas, lo que pasa es que yo no sé si es papel de los medio o de quién. En este país no existe la solidaridad y nosotros esperamos, nos quedamos sentados esperando a que la superintendencia de salud aplique sanciones, pero yo no sé.

Aquí es para que se formara un grupo de sanción moral para esas EPS y que uno dijera me retiro de esta EPS porque aquí dejan morir a la gente.

Yo personalmente le escribí una carta a CAFAM, a mí no me inviten a conciertos, no me ofrezcan clubs, ni viajes baratos, yo eso me lo consigo por otro lado. Que metan esa plata para que haya más médicos y la niña no tenga que esperar más tiempo en la sala de espera, que la atiendan a las 8 hora y no a las 24, aquí no se aplica sanción moral, pero no hay grupos de usuarios que se pongan las botas. Yo me voy a ir de acá porque a mí me parece que ustedes no están prestando los servicios y ustedes son tal por cual, y yo me voy para otra parte. Yo no conozco ni un solo movimiento de eso porque todo el mundo se queda sentado diciendo que eso es cuestión del gobierno y no es falta de solidaridad, de calzones y de emprendimiento de la gente, hay que aplicar sanciones y para esas empresas comerciales la mejor sanción es darles en el bolsillo, quitarles la plástica quedarse sin usuarios, pero yo no he conocido a ninguno, la culpa la tenemos todos. Aquí nadie actúa bla bla y nada más.

8. Desde su punto de vista cuáles son las causas de la situación del sistema de salud

Lo primero es que sea un negocio, a mí eso me parece que es lamentable que sean empresas, lo segundo es una falta de sensibilidad, uno va a las EPS y las enfermeras con como unos robots, no se compadecen, no tiene consideración con la gente, les importa un soberando comino y le dice: nosotros lo llamamos, siéntese en la sala de espera y esté atento al llamado y a eso llego, yo no sé si hacen falta las monjitas de la caridad que esas si sentían, digo yo.

Pero es la burocratización de la salud, si la radiografía dice que no, así le este doliendo es que no y punto. Yo creo que hay que hacerle caso a los sentidos, a la persona, a lo que siente, a la apariencia, hay que pensar más en el dolor, aquí no les importa el dolor.

Anexo 8

Néstor Alvares

Delegado de la Asociación de pacientes de alto costo Nueva EPS Bogotá.

1. ¿Por qué la asociación de usuarios se hace presente en este plantón?

Estamos unidos por la solidaridad de la raza humana, como seres humanos siempre hemos hecho el llamado a ser solidarios en los momentos más difíciles de la vida de los seres humanos, pero más indiscutiblemente esto con las injusticias de un sistema de salud, que nos ha hecho perder la sensibilidad de seres humanos ante la reacción de estos atropellos que se vienen

cometiendo contra muchos niños, ancianos, adultos, por eso estamos aquí presentes, siendo solidarios en este plantón.

2. ¿Cuáles con los objetivos de la asociación de usuarios?

Fomentar el desarrollo de la ciudadanía y de la participación social que nos dio la Constitución del 1991 y lo otro indiscutiblemente es defender los derechos de los usuarios en el sistema de salud.

3. ¿Las asociaciones de usuarios realmente funcionan?

Hay unas que somos independientes, funcionamos y estamos tratando que funcionen, pero hay otras que las tienen las EPS totalmente tomadas, retomadas y lo único que hacen es manipular de una u otra manera la participación social para esconder las falencias que tiene cada una de estas.

4. ¿Las personas si conoce la asociación de usuarios y lo qué hace?

No, es muy difícil, porque no hay un presupuesto económico para poder promover acciones que implican tanto publicidad como trabajos, es un trabajo netamente voluntario sin ningún presupuesto, lo que hace mucho más difícil que todas las personas de una u otra manera conozcan la asociación de usuarios de sus EPS por que estas no facilitan la promoción y lo otro es porque precisamente por esa individualidad del ser humano cada uno se encarga de resolver sus problemas individuales en el sistema de salud y se le olvida que si estamos unidos podemos hacer mucho mas.

5. Desde su experiencia como delegado, ¿cuáles son las quejas más usuales que llegan a la asociación?

Las quejas más frecuentes tienen que ver con la oportunidad, con el acceso, las barreras administrativas para el acceso al sistema de salud, como lo son: las autorizaciones, los requisitos, los sellos, las firmas y por otro lado la calidad, la falta de humanización que ya se ha llevado por la mercantilización, entonces es un grave problema, malos diagnósticos debido a que no interesa la salud, sino facturar nada más.

6. Si un usuario llega y denuncia o se queja, ¿ustedes qué hacen como asociación?

Nosotros tratamos de llevar la queja a la Superintendencia de Salud, que no sirve para nada indiscutiblemente, en el caso de nosotros es inmediatamente con las directivas, tratar de que no hayan violado o que corrijan la violación al derecho de la salud que hemos recibido, esa es la forma directa como operemos.

Pero cuando ya tenemos un número de quejas que nos dejan ver un comportamiento general lo que solicitamos es que se tomen correctivos generales para que no sea solución de problemas individuales, si no que la comunidad se vea beneficiada con arreglar la norma o el procedimiento administrativo que está siendo el violatorio del derecho a la salud.

7. ¿Se logran los objetivos, hay efectividad?

Si hemos logrado algunas cosas, podemos decir que hemos podido que hemos conseguido logros pequeños, pero que ayudan mucho a salvar vidas, pero indiscutiblemente estamos muy lejos porque es el mismo sistema que no permite que opere en función del derecho a la salud.