Imprimir

Este es el primero de dos artículos sobre el sistema de salud. Los hechos aquí narrados son reales. No se mencionan ciudades, instituciones y personas. Tienen como propósito aportar evidencias para mejorar los servicios y desarrollar una industria de salud puesto que la dependencia productiva y tecnológica atenta contra la mejor prestación de los servicios, en consecuencia, contra el bienestar y vida de los ciudadanos. A la Ministra de Salud, Carolina Corcho, le haré llegar estos artículos con los datos de las instituciones.
Paciente A

Ingresó por urgencias a una clínica privada. Una vez estabilizado fue remitido a un hospital público con historia clínica e imágenes, pues no era contribuyente. Luego fue incorporado a una EPS en calidad de primer beneficiario. En el hospital público nuevamente le tomaron otra placa, estuvo en la UCI, y finalmente una cirugía. Las placas mostraban una gran dolencia en el páncreas, tanto que el cirujano le advirtió al acompañante: *"lo voy abrir para cerrar porque en principio no hay mucho que hacer, pero debemos intentarlo"*. Oh, sorpresa. Lo que mostraban las placas no era lo que el cirujano se encontró en el quirófano. Tanto, que pidió que se validara si correspondían al mismo paciente, porque el páncreas no tenía nada, el problema eran cálculos en la vesícula. Además, el cirujano se guió por las imágenes de la IPS privada porque eran de mejor calidad que las imágenes de la IPS pública.

Preguntas ¿por qué el paciente fue remitido a un hospital público si el sistema lo financian todos los colombianos? ¿por qué la calidad de las imágenes era tan distinta entre las dos IPS y ¿por qué la calidad de la IPS pública menor que la privada cuando eran instituciones del mismo nivel?

Años más tarde este paciente sufrió varias y complejas patologías. En una quinta hospitalización duró cinco días en urgencia, el cuidador primario nunca pudo hablar con el especialista. La única vez que lo tuvo cerca, este le dijo *"espéreme ahí* – señalando un lugar determinado – *que ya lo atiendo"*. Aún lo sigue esperando. De ese evento nunca hubo cita de control, porque la EPS lo remitió a otra IPS que no tenía ni siquiera su historia clínica. Esto se debe solucionar porque es una falla de las EPS, puesto que si el paciente pierde la línea de

atención en una IPS el sistema debe tener la manera automática de mostrar la historia clínica en otra IPS. Es un asunto de eficiencia, inteligencia, integración y capacidad tecnológica de los sistemas de las EPS y de las IPS.

En la siguiente hospitalización permaneció quince días internado. De urgencias pasó a cirugía y de ahí a una habitación. El balance de esta experiencia se resume así: la mejor impresión del jefe de urgencias, de la cirujana que lo intervino, del jefe de medicina interna, y del resto de personal con excepción de una médica que estaba haciendo su internado y que no le daba información al acompañante salvo a la hora que a ella le daba la gana. Aquel reclamó en la oficina de atención al usuario, y quince días después le llegó una babosa respuesta cuando el paciente ya había sido dado de alta. Entre médicos se cuidan la espalda, cuando son situaciones donde el paciente tiene razón, por lo tanto, se deben atender de inmediato porque los enfermos no llegan a vivir a las clínicas y hospitales: mejoran y se van o se van porque murió.

De su penúltima hospitalización, incluido un paso por UCI, tuvo una atención impecable, salió en condiciones cada vez más difíciles, tanto que la familia creyó que llegaba a morir en casa. Aquí el llamado de atención es nuevamente al sistema. Cuando fue dado de alta se llevó una carpeta con ocho solicitudes de consultas. En los dos meses transcurridos entre esta y la cuarta y última hospitalización, tuvo citas con dos especialistas, uno en dolor y otro en urología, de las cuales no resultó nada porque nada tenían que decir. Y otras dos citas con oncólogo y neumólogo, estas sí muy importantes porque mostraron la condición cada vez más grave del paciente. Con los otros cuatro especialistas no fue necesario pedir autorizaciones, porque luego de firmar un desistimiento falleció. Permaneció quince días en urgencias y cinco días en habitación.

El paso de urgencias al pabellón de medicina interna fue posible gracias a una exigencia del cuidador primario: *“lo pasan a habitación o ustedes verán que hacen con él”*. A las tres horas lo trasladaron.

La atención de los jefes de urgencias y de medicina interna, excelente. El cuidador primario

agradeció a cada uno. Ahora el paciente descansa en paz. Sin embargo, cabe una reflexión como conclusión de este caso: con los médicos tratantes hay que hablar sin que escuche el paciente para establecer la situación por dolorosa que sea. Los médicos no son dioses, y los pacientes y familiares son seres humanos como ellos.

Paciente B

Sufrió un fuerte accidente cerebro vascular (ACV). Días después, un amigo del cuidador primario, neurocirujano del Monte Sinaí de New York, preguntó la causa del ACV. Se sorprendió con la respuesta: *"no sabemos, nunca nos dijeron con certeza la causa"*. Es imposible, respondió, y sugirió que preguntara si le realizaron los exámenes X, Y y Z. Ninguno de los tres los habían realizado. La IPS hospitalaria solo aceptó hacer uno que no aclaró nada porque ya habían transcurrido algunas semanas del ACV.

Días antes, el médico tratante le dijo al cuidador primario que venía de una reunión donde la instrucción había sido que se ordenaran la menor cantidad de exámenes. Este paciente tenía salud prepagada. Esa EPS ya no existe. Adicionalmente, el cuidador primario le preguntó al médico ¿si ya sabían que posiblemente estaba evolucionando otro trombo, no había manera de identificarlo y salirle al paso para impedir que llegue al cerebro? La respuesta fue: tengo un equipo de 1.500 millones de pesos, necesitaría al menos uno de 3.500 millones para hacer lo que usted dice. Este ACV ocurrió hace algunos años. Pero es la distancia entre la medicina en el primer y el tercer mundo. Allá se desarrolla tecnología y Colombia la compra años más adelante, cuando ya no es de última generación.

Colombia es un país pasivo que no hace investigación y desarrollo en un sector intensivo en conocimiento y tecnología. El atraso tecnológico y productivo hace parte del inventario de errores de un sistema de salud y es un asunto que a más del ministerio de salud y de otras entidades del sector, involucra a los ministerios de ciencia y tecnología, y de industria.

Hace poco el cuidador primario comentó este caso con un médico. Su respuesta fue *"ahora ya se puede hacer lo que usted en ese entonces le expresó al neurólogo, pero no vaya a*

pensar que eso sucede desde hace muchos años”, y le explicó por qué no se identificó en ese entonces lo que ocasionó el ACV y cual pudo ser la causa.

Según la Superintendencia de Salud, uno de los rubros que se constatan en rojo en la mayoría de EPS, es el referido a los recursos para inversión en tecnología. Es decir, no invierten lo que deberían invertir con los recursos públicos que les gira el ADRES. Es parte de los billones perdidos o robados en el sistema. Colombia es de los países más corruptos del planeta, pero al mismo tiempo es de los más atrasados en desarrollo tecnológico.

Adicionalmente, el paciente B lo han enviado desde la IPS domiciliaria a distintos especialistas porque lleva más de quince años de no ir a consulta de psiquiatría, un tratamiento de oftalmología terminó mal con unas gafas que no las resistió diez minutos, tiene un problema urinario y se necesita una evaluación neurológica luego de que han transcurrido años del ACV. Cuando se pide la autorización a la EPS, esta solo lo hace para un especialista, que me imagino es a discreción del robot.

Paciente C

En algunas IPS hospitalarias las unidades de radiología solo funcionan 12 horas: de 6 a.m. a 6 p.m, es decir, los pacientes deben tener horario para enfermarse. C entró a urgencias a las tres de la tarde con posible diagnóstico de una hernia inguinal. La ecografía no se pudo tomar porque a las 6 p.m. se fue el radiólogo. La imagen se tomó tres días después en otra institución, y empezó el proceso para una cirugía. El cirujano advirtió que, si antes de surtir todo el proceso administrativo se presentaba un nuevo episodio de dolor, debía ir a urgencias. Así ocurrió.

A las 18 horas de hospitalizado le tomaron dos ecografías porque había muchos pacientes haciendo cola y a las 42 horas lo operaron porque también había muchos pacientes haciendo fila para el quirófano. Justo a tiempo la intervinieron, porque la hernia ya había destruido la pared del estómago, y no era una hernia eran dos, algo que tres ecografías no mostraron.

Lo positivo: la médica que recibió a C advirtió que posiblemente había algo más a lo que

mostraba la ecografía. También notable la cirujana: tomó la decisión de no hacer una laparoscopia, sino de abrir porque también consideró que la gravedad podría ser mayor y de esa manera evitaba inmediatamente una segunda intervención. El cuidador primario insistió *"la operan o la operan porque no voy a correr el riesgo de llevarla a casa y tener que regresar en unos días al mismo proceso":* ingreso, triage, médico, procedimiento, incertidumbre y riesgo mayor. Él había perdido quince días atrás un hermano en el mismo hospital y no quería que la historia se repitiera.

Lo negativo: demoras en el servicio de radiología que pudieron desembocar en algo bastante grave, el suplicio de 42 horas en urgencias de un paciente que necesitaba una cama más cómoda por los efectos de una hemiparesia por un ACV. Urgencias es un lugar terrible: montonera de seres humanos en corredores y espacios improvisados que parecen tristes y angustiosos lugares de desechos humanos. No parecen pacientes, parecen escombros de carne y hueso. Todo el mundo amontonado respirando y alimentándose de bacterias. Pedirle a un cuidador primario que permanezca en urgencias acompañando al enfermo, es agresivo. Además, estorba y se suma a la montonera de enfermos, aportando al más perfecto coctel de infecciones.

Paciente D

Hay IPS que no sirven, y no son ni hospitalarias ni domiciliarias, sino un híbrido de atenciones y consultas menores. Las colas para pedir consultas son infames: de 7 a 8 de la mañana o de 12 a 1 de la tarde, si quiere que le asignen turno y atención ese día. La paciente B ha sido atendida varias veces, y ahora no aparece en el sistema de esa IPS. El paciente D pidió cita para odontología, se la dieron, le sacaron una muela porque no le dieron alternativa de tratamiento, y le ofrecieron una limpieza de la dentadura para los días siguientes. Cuando la odontóloga que lo desmueló entró al sistema para asignarle la cita, se encontró con que D aparecía como inactivo. Es decir, activo para sacarle la muela, inactivo para hacerle la limpieza. Todo en cuestión de media hora. D preguntó a la EPS qué sucedía, y le enviaron el certificado de que estaba activo.

En esa misma IPS el paciente A murió esperando dos citas que había solicitado un año antes. Las consultas eran de control con dos especialistas que lo habían operado de patologías distintas, ambas muy complicadas. Es decir, no lo remitieron al hospital que lo atendió, y se fue de este mundo sin la atención de los médicos de la espantosa IPS porque ya no trabajan en esa institución, pero tampoco los reemplazaron. Los pacientes quedan desprotegidos, el seguimiento trunco, y no le queda más que esperar una nueva crisis.

Paciente E. El negocio de una Eps y Audifarma

Desde que Petro ganó la presidencia y cuando se supo que la médica Carolina Corcho sería la ministra de salud, coincidencialmente se acentuó una práctica perversa en la Nueva EPS: cobrar a través de Audifarma un copago a muchos medicamentos que meses atrás no lo pagaban.

El paciente E fue por un medicamento y le dijeron que la marca autorizada por la EPS no se estaba produciendo, pero que le podían dar de otra, aunque debía asumir un copago. Es decir, el robo perfecto ¿Quién se queda con ese copago? ¿Audifarma? ¿la EPS? ¿Las dos empresas se reparten esa plata? Si no se tiene el medicamento de una marca, pero sí de otra, el asunto es simple, entregar el que está en existencia. Sentido común y trato honrado y justo al paciente.

Además, la solución deben darla la EPS y Audifarma a través del mismo sistema que tienen en red y no enviar al paciente a hacer otra vuelta con la EPS para que cambien la autorización. Es una ineficiencia que les permite cobrar el copago, es decir, que facilita el asalto al usuario. El trámite de una marca por otra debe ser un procedimiento interno entre las dos empresas, donde para nada debe intervenir el paciente. El sistema tiene treinta años como para que estos problemas sigan existiendo. O ¿son malos los ingenieros de sistemas que se forman en Colombia?

Paciente F

Existe un problema estructural que no es culpa del sistema de salud. Alude al bajo nivel de

educación de familiares y pacientes que dificulta una fluida comunicación con los médicos. A veces estos no explican o el paciente y el familiar no preguntan. Si la enfermedad es grave y con otras patologías adicionales, fallecerá sin saber de qué, porque los familiares no son capaces de interpretar la historia clínica, como el enfermo que fue a una cita a que le leyeran los resultados de una biopsia para determinar el rumbo de la enfermedad. Ni el médico dijo algo ni el paciente y el familiar preguntaron. Aquel se dedicó a llenar la historia clínica y los otros a verlo digitalizar. Pero, una psicóloga, por error, días después, se vio a gatas y tuvo que buscar la manera de explicarles que sólo se haría un manejo terminal. No fue el especialista el que informó, fue la psicóloga que debía actuar después del especialista. Por supuesto, paciente y familiar se quedaron fríos.

Conclusiones preliminares

Es un sistema con demasiados silencios, con muchas preguntas y pocas respuestas, porque la salud es un negocio. Hay problemas de ineficiencia administrativa que se vuelven sospechosos. El paciente es maltratado porque el sistema asume que es un desocupado que debe dedicar su vida a hacer filas para hacer trámites que la tecnología resuelve hace años. El personal de profesionales es muy bueno, podría ser mejor, con más instrumentos y más transparencia. Falta mucha investigación, mientras no ocurra un salto adelante el sistema no podrá alcanzar un nivel superior. El desabastecimiento es culpa de la desindustrialización. Las EPS que quedan son unos gigantes con unos problemas de ética, transparencia y calidad, infinitos, lo cual, éticamente no es correcto para cuidar la salud y vida de los colombianos.

Jaime Acosta Puertas

Foto tomada de: El Tiempo