

La Sociedad Colombiana de
Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E.:

Tres historias notables. Cambios en el tiempo

Manuel Antonio Galindo Arias

LEY 6 DE 1991
(enero 16)

Diario Oficial No. 39.631, de enero de 1991
Por la cual se reglamenta la especialidad médica
de anestesiología y se dictan otras disposiciones

EL CONGRESO DE COLOMBIA
DECRETA:



Editorial
S.C.A.R.E.

La Sociedad Colombiana de
Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E.:

Tres historias notables. Cambios en el tiempo

Manuel Antonio Galindo Arias

**Editorial S.C.A.R.E.
Sociedad Colombiana de Anestesiología
y Reanimación S.C.A.R.E.**



**Editorial
S.C.A.R.E.**



**Editorial
S.C.A.R.E.**

**La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E.:
Tres historias notables. Cambios en el tiempo © 2023, Sociedad Colombiana de
Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E.**

© 2023, Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E.

ISBN digital: 978-958-8873-77-0

Primera edición febrero de 2023

JUNTA DIRECTIVA

Presidente

Patricia Vélez Camacho

Vicepresidente

Olga Lucía Herrera

Miembros de la junta

Alberto Molano Avellaneda

Álvaro Alfredo Iguarán

Édgar Ramón Franco

Francisco Javier Restrepo Vélez

Jorge Rubio Elorza

Mauricio Trujillo Monroy

Saúl Álvarez Robles

ALTA DIRECCIÓN

Director general Grupo Corporativo S.C.A.R.E.

Gustavo Reyes Duque

Director Científico Gremial

Luz María Gómez Buitrago

Director Corporativo

Martha Castellanos Vargas

Director Jurídico y Logístico

Olga Yaneth Cubides

AUTOR

Manuel Antonio Galindo Arias

PREPARACIÓN EDITORIAL

Investigaciones y Publicaciones Científicas

publicaciones@scare.org.co

Carrera 15A # 120-74

Bogotá, D. C.

www.scare.org.co

EDICIÓN

Nubia Fernanda Sánchez Bello

CORRECCIÓN DE ESTILO

Gustavo Patiño Díaz

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Jeisson Malagón

Catalogación en la publicación – Biblioteca Nacional de Colombia

Galindo Arias, Manuel Antonio, autor

La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E. : tres historias notables, cambios en el tiempo / Manuel Antonio Galindo Arias -- Primera edición -- Bogotá : Editorial S.C.A.R.E., 2023.

1 recurso en línea : archivo de texto: PDF. -- (Historia)

ISBN 978-958-8873-77-0 (digital)

1. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación - Historia 2. Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas - Historia 3. Ley 6 de 1991 - Historia 4. Anestesiología - Historia - Colombia - Siglos XX-XXI 5. Anestesia - Medidas de seguridad - Colombia 6. Política de salud - Colombia - Siglos XX-XXI

CDD: 617.9609861 ed. 23

CO-BoBN- a1107055

Quedan prohibidos, dentro de los límites establecidos en la ley, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, ya sea electrónico o mecánico, el tratamiento informático, el alquiler o cualquier otra forma de cesión del *copyright*, sin el permiso previo escrito del titular de los derechos o de la editorial.



El doctor Manuel Galindo Arias es médico y anestesiólogo de la Universidad Nacional de Colombia.

Hizo estudios de Gerencia de Servicios de Salud en la Universidad Jorge Tadeo Lozano de Bogotá.

Ha sido docente de anestesiología en pre y postgrado en los programas de anestesia de la Universidad Nacional, de la Universidad Javeriana (programa del Hospital Universitario de la Samaritana) y de la Fundación Universitaria San Martín, en donde ocupó el cargo de Coordinador del programa de postgrado.

Fue miembro del Comité Editorial de la Revista Colombiana de Anestesiología RCA, de la cual llegó a ser Editor, y de la Revista Colombiana de Responsabilidad Médico-Legal, en donde fue director. Ha escrito varios artículos y editoriales en la RCA y varios artículos en revistas científicas de México, Argentina y España.

Fue jefe del servicio de anestesiología de la Fundación Oftalmológica Nacional FUNDONAL.

Ha ocupado el cargo de presidente de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología, de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Rea-

nimación S.C.A.R.E. y de la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología CLASA, y ha participado en el Comité Ejecutivo de la Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos WFSA, como jefe del Comité de Estatutos y Reglamentos.

Fue coordinador del Comité de Seguridad de S.C.A.R.E. y de la CLASA y miembro del C.E. de la WFSA.

Ha sido conferencista de temas de anestesiología en eventos realizados en Colombia, Latinoamérica, Europa, Asia, África y Australia.

Ha ocupado cargos directivos en Asmedas seccional Cundinamarca, en el Colegio Colombiano de Cirujanos, en la Asociación Médica Colombiana, en la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas ACSC y en el Colegio Médico Colombiano, del cual fue uno de sus fundadores.

Fue uno de los impulsores de la Ley 6ª de 1991 que reglamenta el ejercicio de la anestesiología en Colombia y del Fondo Especial de auxilio Solidario de Demandas FEPASDE, que en este momento tiene más de 66.000 socios solidarios.

Es miembro honorario de las sociedades dominicana y peruana de anestesia.

La Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología, de la cuál es socio emérito, le concedió el premio Juan Marín, por “una vida dedicada a las actividades científicas y gremiales de la sociedad”.

Ha sido nominado al premio “Ombredanne de Oro” de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E.

El libro digital se puede ver la página de la S.C.A.R.E. o se le puede solicitar al autor por whatsapp: 3002124096

Agradecimientos

A los doctores William Darío Oliveros, expresidente, y Francisco Restrepo, presidente de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología, por el apoyo para emprender la tarea de realizar este libro.

Al doctor Gustavo Reyes Duque, director ejecutivo de la S.C.A.R.E., por su soporte para la realización de la obra.

A la doctora Patricia Vélez Camacho, presidente de la S.C.A.R.E., por su apoyo para la realización y publicación de esta obra

Al doctor Bernardo Ocampo Trujillo, quien se tomó la molestia de leer, revisar el texto y hacer acertadas observaciones, además de permitirme consultar sus libros para precisar información.

Dedicatoria

Al doctor Ignacio Ruiz Moreno, ideólogo, ejecutor.

*A mi amada esposa Rosario Rojas Bernal,
mi compañera de vida.*

*A nuestros hijos: David, Irene, Adriana,
Santiago y Ana María.*

Contenido

Prólogo	11
Introducción	13
Presidentes de la S.C.A.R.E.	17
Periodo 1949-1956	17
Periodo 1956 hasta la fecha	17
Referencia	18
Capítulo 1. Historia de la Ley 6ª de 1991	19
La aprobación en el Congreso de la República	22
Las demandas y su defensa	24
Sentencia C-280/95 de la honorable Corte Constitucional	26
La reglamentación de la Ley	27
Otra demanda más	29
Aspectos no cumplidos es su aplicación	30
Notas finales	31
Referencias	32
Capítulo 2. Historia de las normas mínimas de seguridad en anestesia en Colombia	33
Referencias	41
Capítulo 3. Historia del Fepasde	43
Desarrollo de la idea	43
Nacimiento del Fepasde	46
Implementación del Fondo	46
Los nuevos retos	48
Se va consolidando el Fondo	49
Consolidación del Fepasde	50

Capítulo 4. Treinta años de cambios _____	55
La política nacional _____	55
Contratación en el sector salud _____	61
Ley 30 de educación y la educación médica _____	64
Ley 100 de 1993 _____	65
Salud _____	65
Calidad en la atención en salud _____	68
Pensiones _____	69
Efectos de los cambios legislativos en los anestesiólogos _____	70
Avances tecnológicos _____	72
Conclusiones _____	77
Anexo _____	81



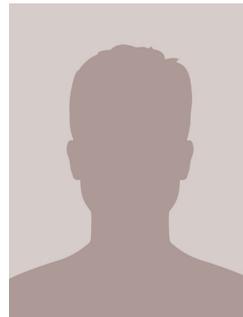
Alberto Delgado
23 de septiembre de 1949



Joaquín Prado
2 de febrero de 1951



José Vicente Sandino
7 de noviembre de 1952



Juan Salamanca
3 de febrero de 1956



Anibal Galindo
1956 - 1961



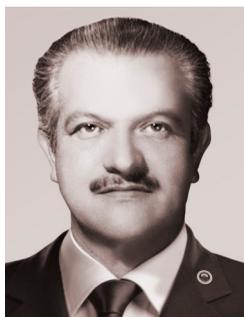
Horacio Martínez
1961 - 1963



José María Silva
1963 - 1967



Nacienceno Valencia
1967 - 1969



Fabio Villalobos
1969 - 1971



Jorge Colmenares
1971 - 1973



Marceliano Arrázola
1973 - 1975



Jaime Herrera Pontón
1975 - 1977



Bernardo Ocampo
1977 - 1979



Carlos Celis Carrillo
1979 - 1981



Isaac del Real Hello
1981 - 1983



Julio Enrique Peña
1983 - 1985



Sebastián Merlano
1985 - 1987



Luis Jorge Benedetti
1987 - 1989



María Gómez
1989 - 1991



Manuel Galindo
1991 - 1993



Arnobio Vanegas
1993 - 1995



Saúl Charris Borelli
1995 - 1997



Jorge Mario Correa
1997 - 1999



Fernando Aguilera
1999 - 2001



Rafael Macía Mejía
2001 - 2003



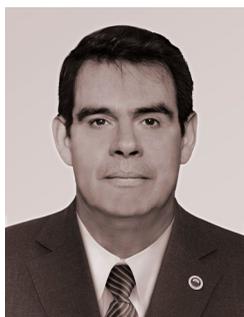
Mario Granados
2003 - 2005



Álvaro Yepes
2005 - 2009



Jazmín Higgins
2009 - 2012



Diego Calero Llanes
2012 - 2014



Ricardo Navarro
2015 - 2018



Mauricio Vasco
2018 - 2022



Patricia Vélez
2022 - 2024

Prólogo

La historia es para contarla y el que los actores de vivencias y cambios del pasado que tuvieron significación en el desarrollo de su quehacer lo hagan es un hecho de gran significancia para la comunidad que representan. Desde finales del siglo pasado, exactamente en el año 1999, se inició el proceso de contar la historia de la anestesia en Colombia a partir de la obra del doctor Jaime Herrera Pontón titulada *Historia de la anestesia en Colombia* y de las obras de Enrique Peña *Pioneros e ilustres de la anestesia en Colombia* (2014) y *Pioneros II* (2016). Todos estos trabajos presentan una continuidad y están relacionados, dado que se basan en hechos recogidos de un proceso de investigación de corte histórico y de las obras de Bernardo Ocampo y Julio Enrique Peña.

Para que una sociedad científica o una comunidad académica se transforme de tradicional a una con actividades, proyecciones y responsabilidades diferentes a lo rutinario, se necesita la voluntad y decisión de sus miembros para buscar alternativas de cambio y soluciones a problemáticas habituales. Narrar el camino para lograrlo y resaltar el papel de los responsables de la transformación y cambio es un proyecto que debe ser enfrentado con voluntad crítica, es decir, con la búsqueda de fuentes primarias y secundarias que lo doten de valor histórico. Esto es lo que ha buscado hacer el autor de esta obra, el doctor Manuel Galindo Arias, al narrar momentos vividos en la Sociedad Colombiana de Anestesia, hoy S.C.A.R.E., en el camino de transformarla en una sociedad científica, académica, gremial y empresarial.

El autor del presente documento es actor de este, dado que es un connotado anesthesiólogo, científicamente competente, que caminó por la rutina de atender personas en el duro trajín de los servicios de anestesia que van desde la atención a pacientes para cirugías de baja complejidad hasta pacientes complejos en todas las especialidades quirúrgicas. El trabajo del doctor Galindo no se restringió a la actividad clínica de su campo, la anestesia, pues su proyecto trasciende del quirófano a la parte administrativa y científica de la Sociedad, en la que ha desempeñado funciones tanto en la Sociedad Cundinamarquesa como la Junta Directiva Nacional.

Con objetivos claros del deber ser de un directivo de una sociedad científico-gremial, el doctor Galindo buscó atraer a los anesthesiólogos que no tenían claro lo que significaba una sociedad. Para ello usó todo tipo de estrategias que caminaron desde el acercamiento personal hasta la programación de actividades académicas y sociales que nos unieran. Podría decirse que, para la década de los ochenta, esta experiencia fue la más importante en el concierto de las sociedades regionales y, en particular, de la Sociedad Colombiana de Anestesia (SCA), nombre en aquel momento.

Aspectos como las condiciones de trabajo, la remuneración de los servicios, las relaciones en el ambiente quirúrgico, la dotación de los quirófanos (especialmente los equipos de anestesia), la calidad de la atención, la seguridad del acto anes-

tésico y el crecimiento de demandas a los profesionales médicos llevaron a Manuel y al grupo que lo acompañaba en la dirección de la Sociedad a plantear de fondo la especialidad.

Es importante mencionar que Galindo contó con la suerte de tener compañeros que, con ideas y cuestionamientos similares, al unísono, trabajaron por estos cambios significativos cuando la especialidad estaba en plena pubertad; cuando solo corrían 36 años desde la fundación de la Sociedad, se redactaron las primeras “Normas Mínimas de Seguridad en Anestesia”. Personas como Ignacio Ruiz fueron fundamentales en este equipo de pioneros, tal como se narrará en detalle en los escritos pertinentes.

A causa de su personalidad decidida, ambiciosa y persistente en sus metas, el doctor Galindo tuvo dificultades y malquerencias que se extendieron en el tiempo. Sin embargo, esto no opacó en lo más mínimo el valor de todos sus logros en el campo de la anestesia como especialidad y de la Sociedad como ente científico gremial en Colombia. Esas mismas condiciones positivas y complejas llevaron a este anesthesiólogo a representar a Colombia en congresos y comités internacionales y nacionales.

No obstante, la mejor manera de conocer sus logros y conquistas es por medio de los capítulos del presente libro. Los temas de historia se escriben y reescriben con el propósito de generar un conocimiento real de lo que sucedió en el pasado y que marca el presente. En este texto podemos apreciar estos aportes narrados por uno de los actores principales de su desarrollo, quien fue pionero y autor solidario en compañía de otros

colegas, quienes conjuntamente tuvieron la idea y la desarrollaron. Este es el valor histórico de estos escritos cuya implementación se hizo realidad. En ellos se narran las peripecias, fracasos, reversas e impulsos ocurridos que, a pesar de todo, no fueron un impedimento en el desarrollo real de las ideas.

Los temas que se tratan apuntan a condiciones y beneficios diferentes: **las normas mínimas** buscan proteger al paciente. **El Fepasde** busca la protección del actor principal de esta sociedad, el anesthesiólogo; y **la Ley 6ª** el desarrollo integral de la especialidad en Colombia. Estos tres aspectos de carácter científico, académico y social son el fundamento de una empresa que, con el pasar de sus 73 años de existencia, se ha consolidado para el bien de la comunidad anestésica en particular, así como de la comunidad en general. En este sentido, es necesario leerlos para entender cómo, a partir de cero y con la idea de resolver situaciones puntuales, fue posible consolidar soluciones que causaron un beneficio colectivo sin referencia histórica en otras dimensiones.

En el último capítulo el autor presenta, por medio de un estilo particular, su visión de los últimos 30 años en el camino de la profesión médica y de la especialidad de la anestesia, buscando dar su punto de vista acerca de los momentos vividos en el devenir de un periodo concreto de su país, Colombia.

Bernardo Ocampo Trujillo
Médico anesthesiólogo
Expresidente S.C.A.R.E.
Ombredanne de Oro

Introducción

La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)
cumplió 73 años el 23 de septiembre de 2022
La Ley 6ª de 1991 cumplió 30 años el 16 de enero de 2021
El Fepasde cumplió 30 años en agosto de 2022



Figura 1. Expresidentes S.C.A.R.E. durante la celebración de los cincuenta años de la creación de la sociedad. 1999. Primera fila: doctores Julio Enrique Peña, Arnobio Vanegas, Manuel Galindo, María Eugenia Gómez, Jorge Mario Correa. Detrás: Saúl Charris, Bernardo Ocampo, Nacienceno Valencia y Marceliano Arrázola
Fuente: Archivo del autor.

Puede afirmarse sin duda que nuestra Sociedad ocupa una posición de privilegio en el contexto de las asociaciones científicas de nuestro país. Por sus características particulares, se destaca como organización ejemplar en el ámbito internacional.

Esta obra no se trata de un análisis histórico. No pretendo ser un historiador. Solamente quiero contar, desde una perspectiva personal, tres aspectos que han tenido trascendencia en el devenir de nuestra organización y los cambios que se han

Introducción

dado en el país y que han afectado de manera importante a los anestesiólogos, como han afectado a otros profesionales y trabajadores de la salud.

En esta introducción mencionaré brevemente algunos hechos relevantes de nuestra historia, para luego referirme a los temas centrales del libro.

El doctor Juan Marín nos contó que, empezando el año 1949, él planeaba asistir al Segundo Congreso Argentino de Anestesiología, que se realizaría en Buenos Aires, Argentina, a finales de 1949, cuatro años después de terminar la Segunda Guerra Mundial. Ese año se inició la Guerra Fría entre Estados Unidos y la Unión Soviética, con la creación de la OTAN por parte de los aliados. Seis años más tarde, en 1955, la Unión Soviética respondió con la creación del Pacto de Varsovia. No conozco detalles, pero es posible que el doctor Marín hubiera sido invitado para participar en su programación científica. Y como quería asistir como representante de una sociedad de anestesia de su país, eso lo motivó a crear la Sociedad Colombiana de Anestesiología.

Con esa idea en mente, después de hacer contactos con anestesiólogos residentes en la ciudad de Bogotá y de reuniones previas, los convocó a una reunión en el hospital San José de esta ciudad para la creación oficial de la sociedad, como en efecto se hizo, el 23 de septiembre de 1949.

Durante el mencionado congreso en Argentina, el presidente del evento, el profesor José Delorme, al darse cuenta de que allí participaban profesores de Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, México, Uruguay y Venezuela, ocho países latinoamericanos, propuso que ese congreso se convirtiera en el Primer Congreso Latinoamericano de Anestesiología. Su propuesta fue aprobada por unanimidad.

Como vemos, las cosas se manejaban de una manera muy informal. No se planificaba, como sucede en la actualidad.

Esta sociedad creada por iniciativa de Juan Marín, llamada colombiana, en realidad era una sociedad regional. En 1956 cedió su nombre a la verdadera Sociedad Colombiana de Anestesiología, con participación de colegas de diferentes regiones del país. Y aquella creada por Juan Marín en el año 49 pasó a llamarse Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología¹. Por esta razón, el doctor Aníbal Galindo, quien fue elegido presidente de la sociedad en 1956, decía insistentemente, con cierta razón, que la S.C.A.R.E. realmente había sido fundada en 1956. Pero todos los anestesiólogos en Colombia reconocemos que nuestro fundador fue el doctor Juan Marín, y que nuestra sociedad científica nació en 1949.

El siguiente congreso latinoamericano de la especialidad se realizó cinco años más tarde, en la ciudad de Sao Paulo, Brasil, en 1954, que contó también con la presencia del doctor Marín. Allí estuvieron además los doctores José Delorme de Argentina, Manuel Martínez Curbelo de Cuba y Carlos Rivas Larrazábal de Venezuela, todos ellos reconocidos personajes en la historia de la anestesiología de sus países. Durante este congreso el doctor Juan Marín logró que Colombia tuviera la responsabilidad de organizar el Tercer Congreso Latinoamericano de Anestesiología en Colombia, el cual efectivamente se realizó en Bogotá en 1956, bajo la presidencia del doctor Aníbal Galindo.

En el Sexto Congreso Latinoamericano de Anestesiología, realizado en Lima, Perú, en 1962, nació la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (CLASA). Primero se iniciaron los congresos latinoamericanos, después se creó la Confederación CLASA.

¹ La Sociedad, fundada en 1949, se denominó Sociedad Colombiana de Anestesiología (SCA). En 1956 cedió la personería a la Sociedad Nacional, con la sigla SCA. Hacia 1991 la Sociedad Colombiana cambia su sigla por SCARE y más adelante (posiblemente hacia el 2005) se convierte en S.C.A.R.E., para evitar la confusión con scare [en inglés, susto o asustar] (1). Observación del doctor Bernardo Ocampo Trujillo.

El doctor Juan Marín nunca quiso ser presidente de la Sociedad Colombiana de Anestesiología (SCA), a pesar de que se lo propusieron. Fue durante muchos años su “secretario perpetuo”. A partir de su creación, nuestra sociedad científica ha tenido 32 presidentes.

Un mérito que se le reconoce a Juan Marín es la creación del escudo de esta organización, el cual fue adoptado igualmente por la CLASA, en un apretado concurso.



Juan Marín Osorio
Socio Fundador Honorario Único de
S.C.A.R.E. (Art 9o de los Estatutos).
Fuente: Archivo del autor.

La historia de nuestra Sociedad está llena de muchísimos periodos y episodios interesantes, curiosas anécdotas y algunas crisis. Mencionaré solamente uno de esos periodos críticos, que representó una dificultad seria para la sociedad, pero que paradójicamente se acompañó de cosas positivas.

Sucedió en la década de los setenta.

En esos tiempos existía un contrato entre la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) para proveer los servicios de anestesia a las clínicas de este. Todo había marchado bien durante varios años, pero en el año 73 se presentaron diferencias de tipo contractual entre las dos organizaciones. A raíz de esto, hubo un conflicto laboral difícil de resolver. Ante esta situación, el director de esa institución decidió, de manera unilateral, prescindir de los servicios de los anestesiólogos de la sociedad científica regional y contratar médicos no anestesiólogos. Se dice que durante ese desafortunado cambio se incrementó la morbimortalidad en los quirófanos del ICSS. Fue un hecho regional, pero se sintió en todo el país.

En esta década de los setenta, en medio de las dificultades que afrontaban los anestesiólogos, sucedieron tres hechos de enorme importancia para la especialidad: 1. Se creó la *Revista Colombiana de Anestesiología*, bajo el liderazgo de los doctores Jorge Osorio, Jaime Herrera y Fernando Vélez de Castro, con el invaluable apoyo de Guillermo Ortiz, gerente de la División de Anestesia de Abbott. Este órgano de difusión científica se ha venido publicando ininterrumpidamente cada tres meses, hasta el día de hoy. 2. Se iniciaron los Seminarios de Educación en Anestesia, siempre bajo la acertada dirección del doctor Bernardo Ocampo Trujillo. Estos seminarios han orientado los cambios positivos que se han venido sucediendo en la mejoría de la educación de nuestros residentes. 3. Los programas de residencia se elevaron de dos a tres años, sobre la base de una propuesta que llevó a la asamblea general de la sociedad el doctor Mario Céspedes Vizcaíno, profesor de la Universidad Nacional, y, claro, gracias a lo aportado por los mencionados seminarios de educación del doctor Bernardo Ocampo.

En sus setenta y tres años, la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación ha realizado treinta y cuatro congresos nacionales y setenta y tres asambleas nacionales, además de algunas

Introducción

asambleas extraordinarias y muchísimos eventos científicos nacionales y regionales, algunos de estos en la modalidad virtual.

La participación internacional de nuestra Sociedad ha sido destacada. Hemos tenido el honor de organizar tres congresos latinoamericanos: el primero, en 1956, con la dirección del doctor Aníbal Galindo; el segundo, en 1973 (en pleno conflicto laboral con el ICSS), presidido por el doctor Jorge Colmenares; y el tercero, en 1993, que tuve el honor de presidir.

Cinco colegas colombianos han tenido la oportunidad de participar en el Comité Ejecutivo de la Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos (WFSA), y muchos otros connacionales han sido parte de sus diferentes comités científicos.

Dos colegas de nuestra organización han presidido la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC): el doctor Rafael Sarmiento Montero, durante más de quince años, y el doctor José Ricardo Navarro Vargas, durante poco más de un año.

Varios miembros de nuestra sociedad científica han pertenecido a la Academia Nacional de Medicina o a las Academias de Medicina existentes en varias regiones del país.

La historia de nuestra organización científico-gremial ha sido descrita de manera magistral por el doctor Jaime Herrera Pontón en su libro *Historia de la anestesia en Colombia*, escrito cuando se cumplieron cincuenta años de la existencia de la S.C.A.R.E., en 1999. Años más tarde, los doctores Bernardo Ocampo Trujillo y Julio Enrique Peña Baquero decidieron profundizar en el difícil arte de recopilar datos sobre nuestro acontecer como asociación de anestesiólogos en el país. En su obra monumental, el libro de lujo *Pioneros e ilustres de la anestesiología en Colombia*, los autores presentan la cronología de la anestesiología desde antes de la de William Thomas Green Morton en Massachusetts, desde 1846 hasta ese

momento (2011). Luego hacen una preciosa descripción de la vida y aportes de nuestro fundador, el doctor Juan Marín Osorio, y terminan con los perfiles de los colegas que trazaron el camino que llevó a la anestesiología al sitio que hoy ocupa en el país. Y lo hicieron a través de un recorrido por los diferentes rincones de Colombia.

Los doctores Ocampo y Peña no pararon allí. Unos cinco años más tarde decidieron adicionar un segundo tomo a su obra. Nació así el libro *Pioneros II y otros temas de la historia de la anestesia en Colombia*. En esta nueva producción literaria nuestros colegas, ellos sí verdaderos historiadores, nos describen los perfiles de líderes de la anestesia de un periodo posterior al que tuvieron que vivir los pioneros de la especialidad.

En estas obras históricas, el lector puede deleitarse conociendo los diferentes momentos y épocas que tuvieron que vivir muchos de los anestesiólogos que aportaron en el crecimiento de la anestesiología colombiana. Se describe cómo fueron esos tiempos, la manera como afrontaron las dificultades que se les presentaron, sus contribuciones al desarrollo de la especialidad, matizado todo con amenas anécdotas e interesantes vivencias.

Son muchos los colegas que con su esfuerzo han aportado al crecimiento, fortalecimiento y engrandecimiento de nuestra Sociedad. Algunos lo han hecho en aspectos eminentemente científicos, otros en el área gremial, unos más en las partes organizativa, empresarial y representativa de nuestro gremio en diferentes escenarios.

En la obra quiero resaltar tres logros que a mi juicio han sido muy importantes tanto para la S.C.A.R.E. como para los anestesiólogos, para el gremio de médicos y profesionales de la salud y para nuestros pacientes. Y terminaré con una mirada a lo que ha sucedido en el país en los últimos treinta años, lo que ha cambiado el escenario donde se deben desempeñar los anestesiólogos hoy, cuando estamos transitando por la tercera

década de este siglo. Este vistazo nos permite también vislumbrar cómo puede ser nuestro ejercicio profesional en el futuro próximo.

Esos tres logros naturalmente no son los únicos que ha cosechado nuestra Sociedad, que ha tenido muchas cosas positivas en su historia; me refiero a ellos por su relevancia y porque tuve que ver en su génesis y desarrollo. Estos logros se iniciaron en la década de los noventa. Son los siguientes:

1. La Ley 6ª de 1991, que reglamenta el ejercicio de la especialidad y exige idoneidad y calidad en el ejercicio de nuestra profesión.

2. Las Normas Mínimas de Seguridad en Anestesiología de nuestra Sociedad, tomadas en su momento por la CLASA y que desde hace unos años le han servido de referencia al Ministerio de Salud y Protección Social para definir las condiciones de habilitación de clínicas y hospitales. Estas normas garantizan una mayor seguridad a nuestros pacientes.

3. La creación del Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas (Fepasde), que les ofrece protección jurídica a los socios solidarios, los asesora permanentemente, nos ha permitido crecer enormemente, y convirtió a nuestra Sociedad en una gran empresa, en una verdadera corporación, única en su género en el mundo.

Esta narración que les invito a disfrutar es conocida en parte por algunos colegas, pero muchos otros, especialmente los pertenecientes a las generaciones más recientes, desconocen mucho de estas historias. Lo que escribimos está basado en vivencias personales y en algunos datos de las obras de los doctores Herrera, Ocampo Trujillo y Peña, libros que consulté para precisar algunos hechos. Pretende que el gremio no olvide estas cosas, importantes en nuestro devenir. Como dije, no son las únicas, pero vale la pena tenerlas presentes.

Finalmente, hay que destacar que la S.C.A.R.E., de la mano de las juntas directivas de estos treinta

años, de sus presidentes, de la alta Dirección y de todos sus colaboradores, ha tenido un crecimiento impresionante, lo que le ha permitido prestar invaluable servicios a los anesthesiólogos, al cuerpo médico colombiano, a los trabajadores de la salud y a la población colombiana en general.

Terminaré con una mirada a lo que ha sucedido en el país en estos treinta años, lo que ha cambiado el escenario en donde se deben desempeñar los anesthesiólogos hoy, cuando estamos transitando por la tercera década de este siglo. Veremos cómo estos cambios los han afectado. Este vistazo nos permite también vislumbrar cómo puede ser nuestro ejercicio profesional en el futuro próximo.

Presidentes de la S.C.A.R.E.

Periodo 1949-1956

1. Alberto Delgadillo Vargas. 23 de septiembre de 1949
2. Joaquín Prado. 2 de febrero de 1951
3. José Vicente Sandino. 7 de noviembre de 1952
4. Juan Salamanca. 3 de febrero de 1956

Periodo 1956 hasta la fecha

5. Aníbal Galindo Holguín. 15 de junio de 1956-1961
6. Horacio Martínez. 1961-1963
7. José María Silva Gómez. 1965-1967
8. Nacienceno Valencia Jaramillo. 1967-1969
9. Fabio Villalobos. 1969-1971
10. Jorge Colmenares Espinosa. 1971-1973
11. Marceliano Arrázola Merlano. 1973-1975
12. Jaime Herrera Pontón. 1975-1977
13. Bernardo Ocampo Trujillo. 1977-1979
14. Carlos Celis Carrillo. 1979-1981
15. Isaac del Real Hello. 1981-1983
16. Julio Enrique Peña Baquero. 1983-1985
17. Sebastián Merlano. 1985-1987
18. Luis Jorge Benedetti Esguerra. 1987-1989
19. María Eugenia Gómez Pizza. 1989-1991

Introducción

20. Manuel Galindo Arias. 1991-1993
21. Arnobio Vanegas Ángel. 1993-1995
22. Saúl Charris Borelli. 1995-1997
23. Jorge Mario Correa Rodas. 1997-1999
24. Fernando Aguilera Castro. 1999-2001
25. Rafael Macía Mejía. 2001-2003
26. Mario Granados Sandoval. 2003-2005
27. Álvaro Yepes Martínez. 2005-2009
28. Jazmín Higgins Turbay. 2009-2012
29. Diego Calero Llanes. 2012-2014
30. Ricardo Navarro Vargas. 2014-2018
31. Mauricio Vasco Ramírez. 2018-2022
32. Patricia Vélez Camacho. 2022-2024

Referencia

1. Ocampo TB, Peña JEB. La Sociedad Colombiana de Anestesia de 1949 A 1957. Los inicios y la transformación en Sociedad Cundinamarquesa. En: Pioneros II y otros temas de la historia de la anestesia colombiana. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2016.

Capítulo 1.

Historia de la Ley 6ª de 1991

La ley que reglamenta el ejercicio de la anestesiología en Colombia representa un importante hito para nuestra especialidad. Me parece que es interesante que se conozca cómo nació la idea de pensar en fijar unos parámetros para el ejercicio idóneo del *arte de los dioses*, algunas anécdotas en su trámite y aprobación, así como su suerte posterior.

Esta historia, como veremos, empieza con la llegada a la junta directiva de la seccional de Bogotá y Cundinamarca de un grupo de jóvenes anesthesiólogos, sin mayor experiencia en el manejo de la Sociedad; continúa con la idea, brillante, de uno de sus miembros, de reglamentar la anestesiología; sigue con la acogida de esta iniciativa por parte de sus compañeros de junta y luego por parte de la asamblea seccional; prosigue luego su camino consiguiendo el apoyo de la máxima autoridad a nivel nacional de nuestra especialidad, el cual se logró, hay que decirlo, sin mayor entusiasmo; termina finalmente con su tránsito en el Congreso Nacional, donde se promulga la ley gracias al apoyo de algunos congresistas cercanos y, claro, con un poco de suerte, para ser luego sancionada por el presidente de la república.

En Bogotá, a comienzos de 1986 los anesthesiólogos pensábamos en la elección de la próxima junta directiva de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología, la cual se realiza tradicionalmente cada dos años, en marzo.

En ese momento, desde hacía cuatro años, la Sociedad había estado liderada por el doctor Eduardo García Vargas, connotado anesthesiólogo e intensivista. Muy bien calificado como profesional, pero que por su temperamento sanguíneo se había ganado enemistades en el pasado. Por aquel entonces eran conocidas sus peleas con el doctor Alonso Gómez Duque en el área científica. Dentro del ámbito de la anestesiología tuvo duros enfrentamientos con varios líderes de la especialidad a nivel nacional. En Bogotá, la persona con la que más tenía diferencias era con el doctor Rafael Sarmiento Montero, reconocido anesthesiólogo que pertenecía al grupo de la Clínica de Marly y que llevaba varios años haciendo parte de la junta directiva de la S.C.A.R.E. García sostenía que Sarmiento había impedido su ingreso al grupo de anesthesiólogos de Marly, cosa que este último refutaba afirmando que fue el doctor Jorge Cavalier, mayor accionista y gerente de esa clínica, quien había impedido su ingreso.

Los anesthesiólogos de la seccional que teníamos pocos años dentro de la sociedad percibíamos que en el gremio existía una polarización dentro de los colegas: entre los admiradores y los detractores del profesor García Vargas, conocido como Remolacho por su facies rubicunda. Era admirado por quienes lo veían como un anesthesiólogo de primer nivel y un intensivista destacado, además de elocuente conferencista. Otros colegas lo criticaban porque, en su afán por imponer

sus opiniones, en ocasiones adoptaba posiciones agresivas frente a sus colegas. Esta actitud, belicosa para algunos, frentera para otros, fue lo que lo indujo a enfrentamientos contra reconocidos anestesiólogos en diferentes momentos de su vida. Por otra parte, el doctor Sarmiento era un importante dirigente gremial, tanto en Cundinamarca como a nivel nacional. Su trabajo era reconocido en Bogotá y en todo el país. Indudablemente, García tuvo el mérito de haber viajado a Estados Unidos, como me dijo una vez, con un inglés bastante rudimentario. En el país del norte complementó su formación en el hospital Crawford Long Memorial de la Universidad de Emory, en la Clínica Mayo y en el Hospital Pediátrico de Los Ángeles (1). Lo aprendido en esos hospitales lo implementó en los lugares donde trabajó y lo transmitió en el mundo anestesiológico nacional, ejerciendo un papel fundamental en la mejoría de la calidad en el ejercicio de la anestesiología y del cuidado intensivo.

Las ideas sobre cómo debería ejercerse la anestesiología de manera más científica impulsó años más tarde al doctor García a crear, con la ayuda de sus más cercanos colaboradores, la Academia Colombiana de Anestesiología. Con esta iniciativa, Remolacho quería crear una organización de carácter eminentemente científico. Pensaba que nuestra sociedad, si bien se ocupaba de temas gremiales y científicos, en esta última área tenía falencias que una academia podía tratar con más propiedad. Por fortuna para todos, esa iniciativa duró muy poco. Con el tiempo, el doctor García, cuando su proyecto no tuvo éxito, volvió a integrarse a la S.C.A.R.E. y a participar en los eventos de educación continuada, contribuyendo así a elevar el nivel científico de sus asociados con sus aportes.

El doctor Ignacio Ruiz Moreno, quien había sido mi residente en el Hospital Universitario de la Samaritana y en ese momento era mi compañero de trabajo en la Clínica San Pedro Claver, sabiendo que se acercaba la fecha de la asamblea en la cual

se elegiría la nueva junta directiva, invitó a quien había sido su profesor en el Instituto Neurológico de Colombia, el doctor Fernando Vélez de Castro, a nuestro sitio de trabajo para que los tres conversáramos sobre el futuro de la Sociedad. Vélez de Castro era un neuroanestesiólogo, eminente profesor del Instituto Neurológico, especializado en Canadá, persona muy afable y melómano furibundo y que, además, en el pasado había tenido serias diferencias con Remolacho García.

En esa reunión planteaba el doctor Vélez que la junta que se eligiera debería estar alejada de estas divergencias dañinas para la Sociedad. Ignacio insinuó que esa nueva directiva podía ser presidida por el suscrito. Así las cosas, empezamos los tres a hablar con los anestesiólogos de nuestros lugares de trabajo y con los conocidos para que nos acompañaran en la idea de elegir una junta ajena a la polarización.

Ya en la asamblea, cuando se propuso mi nombre para el cargo de presidente, de inmediato el doctor Julio Enrique Peña Baquero, expresidente de la S.C.A.R.E., quien me había pedido meses atrás que escribiera un artículo sobre seguridad en anestesia, apoyó mi candidatura. Ignacio fue propuesto como secretario. La asamblea apoyó esas postulaciones, de manera que la nueva junta se conformó además con los doctores Ricardo Carrillo Cifuentes, Francisco Garavito Lorza y Josefina Abenoza Fonseca. Una vez terminada la asamblea, muy contento y satisfecho con el resultado de la elección, invité a Ignacio a celebrar. Los dos nos encaminamos entonces hacia la Taberna Alemana de Unicentro. Allí, eufóricos, compartiendo algunas cervezas, empezamos a hacer planes para el futuro de la sociedad.

Ignacio Ruiz Moreno fue un excelente colaborador y participante muy dinámico en la junta directiva. No solamente apoyó todas las actividades que realizamos, sino que aportó con ideas que fueron trascendentales para la anestesiología en nuestro país.

Ahora me referiré a la génesis de la ley que reglamenta el ejercicio de nuestra especialidad.

El ejercicio de la anestesiología en Colombia había sido menospreciado dentro del ámbito de la medicina. Nuestra organización científica no alcanzaba a tener cuatro décadas de haber sido creada y todavía se nos recordaba que no hace mucho nuestro oficio era desempeñado en buena parte por monjas. Yo había terminado la especialidad cinco años atrás y por esos tiempos conocía técnicos que aplicaban anestesia en el país. El mismo doctor Juan Marín Osorio, fundador de la Sociedad, nos contaba cómo cuando él era estudiante de medicina, los profesores ponían a aplicar la anestesia a cualquiera de los alumnos. Sus primeras instructoras en la especialidad fueron unas monjas, y cuando él quiso impartir docencia en la escuela que creó, ningún médico ni estudiante quiso inscribirse, razón por la cual inició sus actividades académicas con señoritas, hijas o familiares de médicos.

El doctor Ruiz estuvo estudiando los aspectos históricos de esta joven especialidad. Consideraba que la anestesiología debería estar adecuadamente reglamentada, de tal manera que quienes la ejercieran estuvieran debidamente preparados y las condiciones de trabajo fueran tales que garantizaran un adecuado y seguro servicio a los pacientes. Sus ideas sobre este tema las plasmó en un documento que nos presentó a los miembros de la junta directiva de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología.

Ese documento que escribió Ignacio lo analizamos y discutimos en el seno de la junta directiva, en la que participamos con los doctores Carrillo, Garavito y Abenoza.

Hay que decir que Ignacio también consideró la posibilidad de reglamentar el ejercicio médico en general. Esto lo comentó en Asmedas y en la ACSC, pero esta iniciativa no tuvo acogida.

Nuestro objetivo era que dicho proyecto fuera tomado como bandera de la Sociedad a nivel nacional, para posteriormente presentarlo a consideración del Congreso de la República.

Así las cosas, en el año 1987, con el doctor Ricardo Carrillo Cifuentes presentamos el proyecto en el seno de la asamblea de la S.C.A.R.E. en Cartagena (2). Allí el doctor Marceliano Arrázola, líder durante muchos años de la Sociedad Antioqueña de Anestesiología (Sadea), expresidente de la S.C.A.R.E., quien por primera vez nos veía en una asamblea de la sociedad, y quien seguramente nos veía como unos jóvenes inexpertos e ingenuos, tomó la palabra para descalificar nuestra propuesta. Luego de sus argumentos en contra, en alguno de ellos con algo de razón, dijo que lo que traíamos constituía una idea 'abracadabrante'. (El doctor Arrázola, a quien siempre admiré como líder gremial y como hombre de una gran cultura, era muy elocuente, tenía una notoria facilidad de expresión y le encantaba adornarse con palabras poco utilizadas o con expresiones poéticas, floridas).

Por fortuna, el doctor Jorge Osorio Reyes, quien por pertenecer a la cundinamarquesa nos había apoyado y conocía el proyecto, se refirió a este en términos positivos. Dijo que seguramente habría que hacerle algunos ajustes, pero que en general era una idea que la Sociedad no podía desechar. Se aprobó una comisión que se reuniera antes de la segunda parte de la asamblea, analizara la propuesta y la presentara de nuevo, con las observaciones que se hicieran (las asambleas duraban dos días). En dicha comisión participé, junto con el doctor Arrázola y dos colegas más. Se hicieron ciertas modificaciones al proyecto original, sin cambiar su esencia. Una de las cosas que retiramos fue un artículo que decía algo así como "...si alguien está ejerciendo la anestesia sin estar calificado, un inspector de policía puede de inmediato retirarlo de ese ejercicio ilegal". Al día siguiente la asamblea aprobó el texto y autorizó proponerlo a los legisladores del Congreso Nacional, aunque sin mayor entusiasmo.

La aprobación en el Congreso de la República

Ya en Bogotá, nos correspondía al doctor Ignacio Ruiz Moreno, el ideólogo del proyecto, y a mí, como secretario ejecutivo, buscar la manera de que el documento fuese considerado por los parlamentarios. Ignacio tenía a una pariente en el Senado, la doctora Marta Catalina Daniels, cercana al movimiento Poder Popular, liderado por Ernesto Samper Pizano y quien fue elegida presidente de la Comisión Sexta de la Cámara. Yo conocía a Hilda Martínez de Jaramillo, esposa del médico Alfonso Jaramillo Salazar, quien había operado a mi abuelo en Líbano, Tolima, y más tarde sería ministro de Salud. Doña Hilda incluso había sido 'anestesiista' muchos años atrás en ese municipio. Los dos hablamos con otros congresistas; recuerdo por ejemplo al senador José Blackburn. Con estos contactos, se logró que nuestro proyecto fuera radicado en la Secretaría del Congreso.

Dice el doctor Remberto Burgos de la Espriella, neurocirujano, que ese proyecto nació en el Instituto Neurológico de Colombia, pues cuando Ignacio, su compañero de trabajo allí, le comentó la idea, él pensó de inmediato en llevar la idea a su padre, en ese momento directivo de la Cámara de Representantes (3).

Así, Ignacio, el doctor Remberto Burgos de la Espriella y el doctor Remberto Burgos Pareja, el parlamentario, se reunieron en la casa de este último, donde el Representante a la Cámara pudo entender los alcances del proyecto y mostró su interés en apoyarlo con sus amigos en el Congreso de la República. Allí hizo contactos, entre otros, con Julio César Guerra Tulena, Miguel Faciolince y Emilio Otero, quien posteriormente ocupó el cargo de secretario del Senado (3).

Fue justamente al doctor Remberto Burgos Pareja, médico, a quien le fue asignada la ponencia en el seno de la Comisión Sexta de la Cámara de Representantes por parte de la presidenta de di-

cha comisión, la doctora Marta Catalina Daniels, en octubre de 1987. En la sesión, se escuchó la exposición de motivos por parte del doctor Ignacio Ruiz en representación de la S.C.A.R.E. En el debate dentro de la comisión se aprobó el proyecto, que pasó a discusión en una sesión de la Cámara de Representantes en pleno. En la Cámara se aprobó, quedando pendiente su estudio en el Senado de la República.

En el Senado de la República, el proyecto le fue asignado para ponencia al senador por Antioquia el médico Ignacio Vélez Escobar. Este médico conservador era muy cercano a Remberto Burgos Pareja (padre de nuestro amigo el neurocirujano), también médico, ambos de la Casa Ospina. Ignacio Ruiz y yo fuimos a visitar al doctor Vélez Escobar en un par de ocasiones a sus oficinas. Fue muy amable con nosotros. La primera vez nos dijo que iría a estudiar el documento a fondo. La segunda vez que hablamos con él nos dijo que era una idea interesante, pero que le veía pocas probabilidades de que fuera aprobado por el Congreso de la República. Los anesthesiólogos de Sadea también interpusieron sus buenos oficios con el doctor Vélez Escobar, sin lograr conmovérselo.

Cuenta el doctor Bernardo Ocampo Trujillo que, en 1960, recién creada la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame), se crearon los comités de las especialidades. En ese momento, el doctor Vélez Escobar, representante de la Universidad de Antioquia, se opuso a la creación del Comité de Anestesia, porque él consideraba que esta no era una especialidad médica.

Con el tiempo nos enteramos de que el doctor Vélez era cirujano (uno de los propietarios de la clínica SOMA) y posiblemente su relación con los algunos anesthesiólogos no era la mejor. Decidió no presentar el proyecto, para no descalificarlo, tal vez por su amistad con el doctor Remberto Burgos Pareja o quizás por su amistad con algunos de los anesthesiólogos antioqueños. No lo podemos saber. Más tarde comprendimos que su

decisión de no presentarlo fue buena, pues si lo hubiera presentado, su ponencia habría sido negativa. Todo esto sucedió durante el año 1988. El siguiente año, 1989, como dijo Ignacio, “el proyecto permaneció en los brazos de Morfeo”.

En el periodo legislativo de 1990, el presidente de la Comisión Sexta del Senado desempolvó el proyecto y le asignó el estudio y la presentación de la ponencia al doctor Carlos Celis Carrillo, posiblemente por su carácter de médico anesthesiólogo. El doctor Celis, además de ser un político muy importante de Norte de Santander, había sido de los primeros anesthesiólogos de ese departamento, fundador de la clínica Santa Ana de Cúcuta, uno de los fundadores de la Sociedad de Anesthesiología de Norte de Santander y había ocupado el cargo de presidente de la S.C.A.R.E. en el periodo 1979-1981.

En su libro *Historia de la anestesia en Colombia*, el doctor Jaime Herrera Pontón cuenta cómo en la exposición de motivos el doctor Celis se refirió a un trabajo presentado por el doctor Mario Céspedes Vizcaino, de la Sociedad Cundinamarquesa de Anesthesiología, titulado *Riesgos del anesthesiólogo*, texto de más de 100 páginas y 280 referencias bibliográficas, y otro texto que escribió el mismo doctor Herrera con los doctores Ernesto Rojas Escobar, Alberto Castellanos y Carlos Julio Parra sobre la necesidad de reglamentar la especialidad (4). El doctor Celis presentó además un estudio sobre riesgo profesional realizado por una comisión creada por la CLASA, presidida por el mexicano Rodolfo Vega Ramos en 1981. En este documento se hacía hincapié en las precarias condiciones en que trabajaban los anesthesiólogos latinoamericanos (5).

La ponencia que presentó el doctor Celis fue positiva. Entiendo que no hubo mayor debate. Pienso que los senadores, seguramente con la mente pendiente en otros temas que a su juicio eran más relevantes, no le dieron mayor importancia, por ello aprobaron el proyecto sin mayor discusión, a pupitrazo limpio, a pesar de que algunos de los parlamentarios médicos se preguntaban por qué

reglamentar una especialidad y no las otras. Finalmente, pesaron los argumentos del doctor Celis, que se basaban en la prestación de servicios de calidad para todos los pacientes en el área de cirugía y anestesia. Quedaba pendiente la aprobación por parte del Senado en pleno.

Solamente faltaba el último debate, en la plenaria del Senado. Ya habían transcurrido casi tres años desde que nuestro proyecto iniciara su tránsito por el Congreso de la República. La presidenta de la S.C.A.R.E. en ese momento era la doctora María Eugenia Gómez Pizza, quien había estado pendiente del trámite en el Senado. Todos estábamos preocupados por la demora en ese último debate. El vicepresidente era el doctor José María Corella, de la ciudad de Pasto. Comenzaba ya el año 1991. En febrero de ese año se organizó en la biblioteca Luis-Ángel Arango el Primer Simposio de Seguridad en Anestesia, con importantes invitados norteamericanos. En el evento participó como conferencista el uruguayo Gonzalo Barreiro, quien años más tarde llegó a ser presidente de la WFSA. En medio de este evento científico, nos enteramos de que el presidente de la república, doctor César Gaviria Trujillo, acababa de sancionar la Ley 6ª de 1991, “por la cual se reglamenta la especialidad médica de anesthesiología”, el 16 de enero de 1991 (6), la segunda especialidad, después de la de radiología, que tenía una ley reglamentaria. El ministro de Salud era Camilo González Posso. Este logro, como es natural, nos llenó de regocijo, lo celebramos como un hecho que marcaría un hito en la historia de nuestra especialidad y de la S.C.A.R.E.

La ley, repito, ha sido muy importante para el gremio. A partir de su promulgación, nadie puede ejercer esta especialidad si no ha hecho el entrenamiento correspondiente. Si se trata de un extranjero o de un colombiano que haya hecho la especialidad fuera del país, debe presentar los documentos que acrediten que su formación es equiparable a la impartida en el país. Les da herramientas a los anesthesiólogos para un ejercicio

idóneo, pero hay varios temas dentro de esta ley que aún no han tenido el cumplimiento que esperábamos. No obstante, lo que mencionamos ha sido notable.

Cuando al doctor Carlos Celis se le concedió la distinción Ombredanne de Oro, un aspecto positivo que se mencionó en su hoja de vida fue su papel dentro del Congreso para lograr que se tramitara positivamente la ley. Con hidalguía, con humildad, dijo que lo único que había hecho era presentar y defender el proyecto; la defensa que hizo de este es loable, porque supo defender con buenos argumentos alguna resistencia de los médicos parlamentarios, que se preguntaban la razón de reglamentar una especialidad y no todas. Al final terminaron dándole su apoyo. Seguramente pesaron sus argumentos sobre la importancia de esta ley para la buena calidad en la prestación de los servicios de anestesiología para toda la población.

Las demandas y su defensa

Esta ley no fue bien recibida por todo el mundo. Hubo una fuerte reacción de unos abogados de la ciudad de Medellín, enemigos de la reglamentación de las especialidades médicas. Cuenta el doctor Ignacio Ruiz Moreno en su libro *Sector Salud, una visión gremial* (7) que hubo dos instituciones que se opusieron abiertamente a la ley: el Instituto Antioqueño de Responsabilidad Civil y del Estado y el Comité Interdisciplinario de Responsabilidad Profesional. Las dos entidades emitieron una declaración pública en la que criticaban la ley 6ª de 1991. A su juicio, "...se sobrepasaban las posibilidades del recurso humano y tecnológico para el ejercicio de la anestesiología... y podrían ocasionarse '...problemas de orden público, no fáciles de resolver'". El doctor Ignacio Ruiz Moreno, en su condición de secretario ejecutivo de la S.C.A.R.E. e ideólogo de esta ley, no solamente respondió por escrito a las críticas, sino que atendió una invitación a una rueda

de prensa en la sede de la Alcaldía de Medellín. Ante las críticas, explicó que la ley representaba "...un verdadero modelo de gestión de calidad de los servicios de anestesiología y reanimación para nuestros pacientes y para el nivel institucional. El objetivo era entregarle a Colombia una especialidad de primer nivel como se lo merecen los usuarios del sistema" (7).

Otros que se incomodaron fueron los directivos de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas en Bogotá. Esta escuela de medicina ofrecía una especialidad que pretendía que el residente adquiriera destrezas en diferentes áreas. Los egresados de este plan de estudios tendrían la capacidad de actuar como médicos pediatras, ginecólogos, cirujanos y anestesiólogos, en niveles de complejidad baja; nuestra especialidad reglamentada les restaría parte de los que ellos estaban ofreciendo. El doctor Piñeros Corpas pagó una página completa en el diario *El Tiempo* en la que enumeraba lo que a su parecer eran las inconveniencias de la ley. Uno de los argumentos, tanto de los abogados de Medellín como del doctor Piñeros Corpas, era que con ella se limitaba el ejercicio de la medicina. Decían además que en el país no había suficientes anestesiólogos para dar todas las anestесias que se necesitaban.

Otro grupo que manifestó su desacuerdo con la ley fue el de los directivos de la Asociación Colombiana de Médicos Generales, porque pensaban que se limitarían las posibilidades laborales de sus asociados.

Hubo muchas acciones ante el Ministerio de Salud tratando de bloquear la ley; finalmente, en su contra cursaron al menos dos demandas de inconstitucionalidad.

Una de las demandas presentadas ante la honorable Corte Constitucional fue radicada por el doctor Alfonso Miranda Londoño, de Bogotá, y la otra por el doctor Javier Tamayo Jaramillo, de Medellín. Estos abogados demandaban, por inconstitu-

cionales, los artículos 2.º, 3.º, 4.º, 9.º literal b, 10, 11, y 15 de la Ley 6ª de 1991.

Cuando los miembros de la junta directiva de la S.C.A.R.E. fueron informados por sus abogados de la existencia de las demandas, se reunieron de forma extraordinaria para estudiar la manera de defender nuestra ley. El 14 de octubre de 1994 se contrató al doctor Ramiro Borja Ávila, abogado constitucionalista, para impugnarlas.

El doctor Rafael Macía Mejía, fiscal de la Sociedad y a quien le gustaba todo lo relacionado con aspectos de ley y de su reglamentación y trataba esos temas con solvencia, escribió un documento que envió a la honorable Corte Constitucional solicitando respetuosamente la exequibilidad de los artículos demandados, con una muy buena argumentación (8). En el mismo sentido, el doctor Ignacio Ruiz envió una comunicación a la misma Corte, en su condición de secretario ejecutivo y representante legal de la S.C.A.R.E.

La honorable Corte Constitucional citó oficialmente a nuestra organización a una audiencia pública para esclarecer y ampliar aspectos sobre la ley demandada. La audiencia se llevó a cabo el 30 de noviembre de 1994.

Frente a los magistrados, se presentaron los argumentos a favor de la ley por parte de nuestro gerente y representante legal, el doctor Gonzalo Peña; del ministro de Salud, doctor Alonso Gómez Duque, anesthesiólogo; del presidente de la Academia Nacional de Medicina, doctor Gilberto Rueda Pérez; y de los expresidentes de S.C.A.R.E. Rafael Macía Mejía y el suscrito. Asistieron, además, el doctor Jorge Mario Correa Rodas, presidente de Sadea, y doctor Jorge Chaves Amaya, en representación de la Asociación Colombiana de Médicos Generales. Al final, presentó su alegato el abogado constitucionalista que habíamos contratado, el doctor Ramiro Borja Ávila, quien hizo destacadas y sesudas consideraciones médicas y jurídicas.

El doctor Orlando Solano Bárcenas, viceprocurador general de la nación, había enviado previamente su concepto, el 15 de febrero de 1994. Lo hizo por cuanto el procurador general de la nación, doctor Orlando Vásquez Velásquez, había solicitado declararse impedido para actuar en este caso particular por haber sido miembro del Congreso de la República durante la tramitación de la Ley 6ª de 1991. En su concepto, el viceprocurador solicitaba a la Corte Constitucional declarar inexequibles los artículos 2.º, 3.º, 4.º, el literal b) del artículo 9.º (en lo relacionado con la reglamentación de tarifas para el pago de honorarios a los anesthesiólogos) y 10, 11, 12 y 15, argumentando, entre otros aspectos, que la ley no definía la naturaleza, objeto y alcance de la anestesiología y que los médicos generales en su formación tenían la habilidad para dar anestesia, por lo menos en procedimientos de baja complejidad y en algunas circunstancias.

Varios de los arriba mencionados presentamos los argumentos a favor: Rafael Macía y el suscrito, sobre la necesidad de reglamentar nuestra especialidad para garantizar la seguridad de los pacientes. El doctor Gilberto Rueda Pérez, como actor imparcial, opinó a favor de esa reglamentación como algo positivo para el ejercicio médico en el país y que beneficiaba a los pacientes.

El doctor Alfonso Miranda Londoño y el ahora exmagistrado de la Corte Suprema de Justicia doctor Javier Tamayo Jaramillo expusieron sus argumentos sobre la supuesta inconstitucionalidad de la ley demandada.

Al final, el doctor Ramiro Borja Ávila presentó su alegato, como dijimos, con importantes argumentos jurídicos sobre la exequibilidad de la Ley 6ª de 1991.

La aprobación definitiva

A mediados de 1995 se recibió la grata noticia de que la sentencia definitiva de la honorable Corte

Constitucional había declarado exequible la Ley 6ª de 1991. Esta alta corte encontró que nuestra ley estaba en armonía con las normas constitucionales, salvo en un punto, en donde se ponían limitaciones a los médicos extranjeros no nacionalizados. Es la sentencia C-280 de 1995 (9).

Consideró la Corte que era ajustado a la Constitución Política que quienes ejercieran la profesión médica de anestesiología tuvieran la debida idoneidad y que su formación profesional estuviera acreditada por las autoridades académicas reconocidas.

Sentencia C-280/95 de la honorable Corte Constitucional

A continuación, transcribo algunos apartes de dicha sentencia, los que me fueron enviados por nuestro abogado, el doctor Ramiro Borja Ávila (10)²:

Audiencia que se llevó el día treinta (30) de noviembre de 1994 y contó con la intervención del señor **Ministro de Salud, doctor Alonso Gómez Duque**, de los doctores **Manuel Galindo Arias** y **Rafael Macía Mejía**, en representación de la **Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, S.C.A.R.E.** del doctor **Jorge Mario Correa Rodas**, Presidente de la **Sociedad Antioqueña de Anestesiología**, del doctor **Jorge Chávez Amaya**, en representación de la **Asociación Colombiana de Médicos Generales**, del doctor **Ramiro Borja Ávila**, en su calidad de único interviniente dentro del proceso de la referencia y de los doctores **Alfonso Miranda Londoño** y **Javier Tamayo Jaramillo**, como demandantes de la ley 6a. de 1991, en los procesos radicados bajo los números D-717 y D-751, respectivamente, los cuales no fueron acumulados por la Sala Plena.

Se presentaron “Cargos en contra de los artículos 2, 3, 4, 10, parágrafo 2, literal c) del artículo 13 y 15 de la ley 6a. de 1991, por el desconocimiento de los fines consagrados en el preámbulo, en especial, el de asegurar la vida, así como de los artículos 11 y 44 de la Constitución”.

Se presentaron “Cargos en contra de los artículos 2; 3; 4; 10 y 11 de la ley 6a. de 1991, por desconocer el derecho a la igualdad, en general y, en especial, la que consagra el artículo 100 de la Constitución, en relación con los extranjeros, así como el derecho al trabajo y el libre ejercicio de la profesión de médico”.

Se presentaron “Cargos en contra de los artículos 2; 3; 4; 9, literal b); 10 y 11 de la ley 6a. de 1991, por desconocer el derecho a la libre competencia, consagrado en el artículo 333 de la Constitución”.

Se presentó “Cargo en contra del artículo 12 de la ley 6a. de 1991, por violación de derechos adquiridos, artículo 58 de la Constitución”.

La corte Constitucional, en la sentencia, hizo un análisis profundo sobre la ley 6ª de 1991 y el ejercicio médico y sobre las consideraciones de los demandantes. Luego de ese trabajo intelectual que a mi juicio fue admirable, sacó la siguiente decisión:

La Corte Constitucional RESUELVE:

“**Primero.** Declárase **EXEQUIBLE** el artículo 2o. de la ley 6 de 1991, salvo los siguientes apartes que se declaran **INEXEQUIBLES**: a) la expresión “colombiano de nacimiento o nacionalizado”, que aparece en el literal a); y, b) la palabra “nacionalizado” que aparece en el literal c) del mismo artículo 2o. La declaración de exequibili-

² Énfasis añadido.

dad se hace de conformidad con la interpretación expuesta en la parte motiva de esta providencia.

Segundo. Declárase **EXEQUIBLE** el artículo 3o. de la ley 6a. de 1991, con la advertencia de que el reconocimiento del título por las autoridades colombianas competentes, hará inexistente la restricción que esta norma establece.

Tercero. Declárase **EXEQUIBLE** el artículo 4o. de la ley 6a. de 1991.

Cuarto. **INHÍBESE** de fallar sobre el artículo 9o. de la ley 6a. de 1991.

Quinto. Declárase **EXEQUIBLE** el artículo 10o. de la ley 6a. de 1991.

Sexto. Declárase **EXEQUIBLE** el artículo 11 de la ley 6a. de 1991, siempre y cuando se le interprete de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

Séptimo. Declárase **EXEQUIBLE** el artículo 12 de la ley 6a. de 1991.

Octavo. Declárase **EXEQUIBLE** el artículo 15 de la ley 6a. de 1991, con la advertencia de que en su aplicación deberá cumplirse el debido proceso, respetando el derecho de defensa de quien sea acusado de ejercer la especialidad sin estar facultado para ello, según lo expuesto en la parte motiva. Además, se advierte que contra la decisión del Comité Nacional del Ejercicio de la Anestesiología procede la acción de nulidad y restablecimiento del derecho, ante la jurisdicción de lo contencioso administrativo.

Notifíquese, cópiese, publíquese, comuníquese, e insértese en la Gaceta de la Corte Constitucional.

JOSÉ GREGORIO HERNÁNDEZ GALINDO

Presidente

JORGE ARANGO MEJÍA

Magistrado

ANTONIO BARRERA CARBONELL

Magistrado

EDUARDO CIFUENTES MUÑOZ

Magistrado

CARLOS GAVIRIA DÍAZ

Magistrado

HERNANDO HERRERA VERGARA

Magistrado

ALEJANDRO MARTÍNEZ CABALLERO

Magistrado

FABIO MORÓN DÍAZ

Magistrado

VLADIMIRO NARANJO MESA

Magistrado

MARTHA V. SÁCHICA DE MONCALEANO

Secretaria General

Dicho en pocas palabras, lo único que la corte encontró inconstitucional fue lo relacionado con la prohibición a los extranjeros, si no habían sido nacionalizados, para ejercer esta especialidad, y se inhibió de fallar sobre el artículo noveno, que se refiere al ejercicio particular en cuanto establece que “las entidades se someterán a las tarifas acordadas por la S.C.A.R.E. y el gobierno nacional”.

La reglamentación de la Ley

Tan duro y difícil como fue lograr la entrada en vigencia de la Ley 6ª de 1991 fue su reglamentación. Desde su promulgación se hicieron esfuerzos para conseguirlo. El 12 de enero de 1996, cinco años después de su sanción presidencial, el doctor Ernesto Samper Pizano, presidente de la república, y su ministro de Salud, doctor Augusto Galán Sarmiento, firmaron el Decreto Reglamentario 097, en el que se clarificaron algunos aspectos sobre la especialidad y su ejercicio en el país. Resaltaremos algunos artículos del Decreto:

Artículo 1º: Del concepto. La anestesiología es una especialidad de la medicina fundamentada en las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Es una especialidad que estudia los principios, procedimientos, aparatos y materiales necesarios para practicar una adecuada anestesia. Además, se integra en una forma multidisciplinaria con otras especialidades médicas en manejo integral de la salud. El médico especializado en Anestesiología y Reanimación es el autorizado para el manejo y práctica de esta especialidad con el cumplimiento de las normas mínimas de seguridad para dicho ejercicio.

Ratifica el Decreto que, para ejercer la especialidad de anestesiología, se requiere una formación profesional que garantice la idoneidad del médico en este campo. Además, hizo un tácito reconocimiento a las normas mínimas de seguridad en anestesia elaboradas por la S.C.A.R.E., las cuales deben ser cumplidas tanto por los anestesiólogos como por las instituciones de salud. Esto lo enfatiza en el artículo 5.º:

Artículo 5.º De la observancia de las medidas de seguridad para la práctica de procedimientos anestésicos: En los casos previstos en los artículos 4.º y 5.º del presente Decreto, deberá cumplirse con las normas que consagran los procedimientos mínimos de seguridad exigidos para la práctica anestésica.

Sobre la anestesia y los no anestesiólogos, dice lo siguiente:

Artículo 3.º Práctica de procedimientos anestésicos por médicos no especializados: Los médicos no especializados en anestesia y reanimación sólo podrán practicar procedimientos anestésicos en los casos de urgencia, y en aquellos casos no remitibles debido a la condición clínica del paciente o a limitaciones de acceso geográ-

fico, pero siempre que medie la ausencia de un médico especializado en anestesia y reanimación. Los médicos que estén cumpliendo con el Servicio Social Obligatorio, sólo podrá suministrar la anestesia en casos de urgencia.

Parágrafo. Los médicos no especializados en anestesiología y reanimación y los profesionales de odontología, podrán practicar procedimientos anestésicos como la anestesia local o regional, en los casos propios del ejercicio profesional ordinario y habitual que no implique el riesgo grave para la salud del paciente.

La Ley 6ª de 1991 determinó que quienes estaban ejerciendo la especialidad en el momento de su expedición sin tener el título de anestesiólogos tendrían cinco años para conseguir esta acreditación. En el Decreto Reglamentario se amplía este plazo por cinco años más:

Artículo 7.º: De la aplicación del término para acreditar la calidad del médico especialista en anestesiología y reanimación: Los médicos que ejercían como especialistas antes del 16 de enero de 1991, y que a la presente fecha no hayan obtenido el título de especialistas en anestesiología y reanimación, deberán acreditar académicamente dicha calidad, máximo dentro de los cinco (5) años siguientes contados a partir de la vigencia del presente decreto para poder continuar desempeñándose como tal.

Es indispensable que los médicos contemplados en el presente artículo, demuestren que están adelantando los trámites respectivos para obtener el reconocimiento como especialistas en Anestesiología y Reanimación, ante el Comité Nacional del Ejercicio de la Anestesiología en Colombia, en un plazo no mayor de dos (2) años, a partir de la vigencia del presente decreto.

Mientras se cumplen los términos estipulados en los incisos anteriores, los médicos generales contemplados en ellos, podrán ejercer la especialidad.

Para acceder a la certificación los médicos que venían ejerciendo parcial o totalmente la anestesia sin el entrenamiento y el título correspondiente debieron rotar por hospitales universitarios. Varias universidades abrieron programas de un año para que estos médicos pudieran adquirir su certificación. La Universidad del Valle, la de Antioquia, la de Cartagena, la Universidad Industrial de Santander, el CES de Medellín, la Nacional en Bogotá, la Universidad del Bosque y la Universidad Militar Nueva Granada ofertaron estos cursos.

Se cumplía así el objetivo de la ley: a partir del año 2001, nadie que no estuviera certificado como anestesiólogo podría dar anestesia en la República de Colombia, salvo las excepciones contempladas en ella.

Otra demanda más

A pesar del pronunciamiento de la honorable Corte Constitucional en su Sentencia C-280 de 1995, el 15 de abril de 2009 llegó a ese alto tribunal otra demanda. En esta ocasión, el ciudadano Luis Eliécer Bolívar Espitia demandó el artículo 4.º, que dice: “Únicamente podrá ejercer como profesional de la anestesiología en el territorio nacional, aquel médico que haya realizado su entrenamiento en postgrado en anestesiología en las facultades de medicina de los centros universitarios legalmente reconocidos por el Gobierno colombiano”.

Alegaba el demandante que este artículo vulneraba los artículos 48, 49, 333 y 334 de la Constitución Nacional, y argumentó además que “...la exigencia de que sean solamente anestesiólogos los que suministren anestesia en todo el territorio nacional” atentaba contra la eficiencia y la

economía del sistema, pues representaba un costo excesivo en la prestación del servicio; además, según su criterio, establecía un monopolio para los anestesiólogos y restringía la libertad económica a otros médicos no anestesiólogos.

Cuando la junta directiva de la S.C.A.R.E. tuvo conocimiento de esta nueva demanda, de inmediato envió su concepto en defensa de la constitucionalidad del artículo demandado. En igual sentido se pronunciaron los representantes de las facultades de Medicina de la Universidad de los Andes, del Rosario, la Sabana, la Universidad Nacional y el Ministerio de la Protección Social. En esta ocasión, el procurador general de la nación defendió la exequibilidad de la ley en su integridad.

En el mismo sentido fueron los conceptos que enviaron a la honorable Corte Constitucional el doctor Jorge Eliécer Manrique, quien había sido abogado de la S.C.A.R.E., y el doctor Rafael Macía Mejía, expresidente y exfiscal de esta, quien pidió acogerse a lo resuelto en la Sentencia C-280 de 1995, destacando la importancia de la anestesiología como especialidad médica (8); aseguró que “...la ley lo que pretendía era asegurar el derecho a la salud de los colombianos bajo parámetros de seguridad y bienestar”.

En contraposición con los conceptos positivos mencionados, el representante de la ACEMI solicitó que la Corte se declarara inhibida de pronunciarse sobre la exequibilidad del artículo 4.º de la Ley 6ª de 1991, en atención a que la norma había sido derogada por la Ley 1164 de 2007 (lo cual no era cierto). Por ello, dijo que este artículo debería declararse inexecutable por violación de los artículos 152 (literal a)) y 153 de la Constitución Política.

Debe saberse que la Ley 1164 de 2007 dicta disposiciones en materia de talento humano en salud (11).

Puntualizó el doctor Rafael Macía Mejía que la ley de talento humano no solo no se opone a la Ley 6ª

de 1991, sino que aplica sus criterios de idoneidad y de control de calidad a todas las profesiones de la salud. De esta manera, afirmó, la Ley 6ª es precursora de la ley de talento humano (8).

En la Sentencia C-709 de 2009, la honorable Corte Constitucional aclaró que la ley de talento humano en Salud no había derogado el artículo 4.º de la Ley 6ª de 1991 y acogió los argumentos de la gran mayoría de los arriba mencionados, en el sentido de que todo lo relacionado con la Ley 6ª de 1991 se debía catalogar como cosa juzgada (12).

Es indudable que la expedición de esta ley y su posterior reglamentación ha sido muy importante para la especialidad y para los pacientes, porque representó una exigencia de calidad para el ejercicio de la anestesiología en el país, tanto en la formación de los especialistas como en el reconocimiento de esta rama de la medicina.

Más adelante, en las condiciones de habilitación de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), cuando se refieren a las salas de cirugía se incluyen varios de los ítems contemplados en las normas mínimas de seguridad en anestesia.

Aspectos no cumplidos es su aplicación

Algo que no se ha cumplido es el *tratamiento laboral especial*, teniendo en cuenta los riesgos potenciales que conlleva el ejercicio, como reza el párrafo del artículo 1.º, cuyo texto vale la pena recordar:

Parágrafo. Por el riesgo potencial a que están expuestos los pacientes y la permanente exposición a la inhalación de gases tóxicos, radiaciones y situaciones de estrés por parte del anestesiólogo, se considera la anestesiología como una especialidad de alto riesgo y debe tener un tratamiento laboral especial.

En este punto hay que recordar que durante la presidencia del doctor Ernesto Samper Pizano, su ministro de Salud, el doctor Alonso Gómez Duque, colega y amigo nuestro, nos hizo llegar a la Sociedad un proyecto de decreto sobre este punto. Allí se decía que, teniendo en consideración este párrafo, los anesthesiólogos podrían pensionarse a los veinte años de servicios sin importar la edad. A partir de ese momento, no podrían seguir trabajando como anesthesiólogos en ninguna institución. Este anteproyecto fue rechazado por la asamblea de la S.C.A.R.E. del año 1998, decisión que se envió al despacho del ministro.

Por otra parte, la honorable Corte Constitucional se inhibió de fallar sobre la constitucionalidad o no del artículo 9.º, en el que se estipula que "... en el ejercicio independiente las entidades se someterán a las tarifas reglamentadas por la Sociedad Colombiana de Anesthesiología y Reanimación S.C.A.R.E. y el Gobierno Nacional".

Obviamente, como la Corte Constitucional no declaró inexecutable este artículo, esta determinación consagrada en una ley de la república está rigiendo y debería ser obedecida. Considero que este tema debe analizarse, en el contexto de nuestra realidad actual.

El Comité Nacional del Ejercicio de la Anesthesiología y los comités seccionales se han venido reuniendo durante los treinta años que han transcurrido desde la promulgación de la ley. Han trabajado, pero me parece que a este instrumento le podríamos sacar un mayor provecho. Existen aspectos relacionados con el ejercicio de nuestra especialidad que deberían ser considerados con mayor atención en los mencionados comités. Estos no solamente tienen un carácter asesor y consultivo, sino también "...de control del ejercicio de la práctica de la anestesiología en los aspectos técnicos, normativos y legales en la República de Colombia" (artículos 13 y 14 de la ley).

La Ley 6ª de 1991 es una herramienta que le ha ayudado mucho a la especialidad, pero los anes-

tesiólogos y las sociedades de anestesiología, tanto a nivel central como en las seccionales, debemos buscar la manera de que lo allí establecido se cumpla a cabalidad no solamente para favorecer el ejercicio legal de la especialidad, sino para velar por una atención cada vez más segura para los pacientes, el fin esencial de la medicina en general.

Notas finales

1. Esta ley le otorgó un reconocimiento particular a la especialidad. Está en las manos de nosotros los anestesiólogos y de nuestros representantes utilizar esta herramienta que nos da la ley, para vigilar que el ejercicio de la especialidad se lleve a cabo dentro de unos parámetros mínimos de calidad.

2. La Ley 6ª de 1991, como dijo el doctor Ruiz, es “...un verdadero modelo de gestión de calidad de

los servicios de anestesiología y reanimación” (7).

3. Puede parecer una perogrullada, pero es muy importante: desde su promulgación, nadie que no sea anestesiólogo puede ejercer la anestesiología en Colombia. Fíjense ustedes que en Estados Unidos los colegas anestesiólogos de ese país perdieron ese ‘monopolio’ frente a las nurse anesthetists, quienes hoy en día pueden dar anestesia, bajo ciertos parámetros. Esto no es de poca monta, en un país donde se busca afanosamente que el costo de quienes laboran sea el menor posible.

4. Los comités para el control del ejercicio, con la participación en ellos del presidente de la S.C.A.R.E. y de los presidentes seccionales, ponen a los máximos representantes del gremio en una importante posición para velar porque el ejercicio de nuestra especialidad se realice de acuerdo a los mayores estándares de calidad.



Figura 3. Doctor Manuel Galindo Arias (izq), Secretario Ejecutivo durante el trámite de la Ley 6ª y Presidente de S.C.A.R.E. durante el nacimiento del FEPASDE, e Ignacio Ruiz Moreno, ideólogo de los dos proyectos.

Fuente: Archivo del autor.

Referencias

1. Ocampo Trujillo B, Peña JE. Pioneros ilustres de la anestesiología en Colombia Tomo I. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2012.
2. Sociedad Colombiana de Anestesiología (S.C.A.R.E.). Acta de la Asamblea General, agosto de 1987.
3. Burgos Remberto. Información personal. 2021
4. Herrera Pontón J. Historia de la Anestesia en Colombia. Bogotá: Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación; 1999
5. Ocampo Trujillo B. Pioneros II y otros temas de la historia de la anestesia en Colombia. Bogotá: Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación; 2017.
6. Colombia, Congreso de la República. Ley 6ª, por la cual se reglamenta la especialidad médica de anestesiología y se dictan otras disposiciones, (1991 ene 16).
7. Ruiz Moreno I. Sector Salud, una visión gremial. Bogotá: Grupo Digital S.A.S; 2016.
8. Macía Mejía R. Comunicación personal. 2021
9. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-280/95, por la cual se declara exequible la Ley 6ª de 1991.
10. Borja Ávila Ramiro. Comunicación enviada a mi correo.
11. Colombia, Congreso de la República. Ley Ley 1164, por la cual se dictan disposiciones en materia de Talento Humano en Salud (2007 oct. 4).
12. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-709 de 2009 por la cual se declara exequible el artículo 4 de la Ley 6ª de 1991.

Capítulo 2.

Historia de las normas mínimas de seguridad en anestesia en Colombia



Figura 2. Junta directiva de S.C.A.R.E.1991, año de la expedición de la ley 6a de 1991 y de la propuesta de creación del FEPASDE. Sentados: José María Corella, María Eugenia Gómez, Manuel Galindo. De pie: Ignacio Ruiz, Arnobio Vanegas, Jaime Jabba y Rafael Macía.
Fuente: Archivo del autor.

Mi interés porque se hiciera algún documento que estableciera unas pautas para que los anestesiólogos, basados en ellas, ejercieran la profesión con el menor riesgo posible para sus pacientes empezó cuando en 1984 el doctor Julio Enrique Peña, entonces presidente de la S.C.A.R.E., nos pidió a un grupo de colegas de todo el país que escribiéramos artículos sobre temas de seguridad.

La distribución de los temas la hizo de la siguiente manera:

Doctor Tiberio Álvarez, anestesiólogo de Medellín, escribiría sobre cómo debe ser dotada una sala de emergencias (1).

Capítulo 2. Historia de las normas mínimas de seguridad en anestesia en Colombia

Doctor Manuel Galindo, anesthesiólogo de la Clínica San Pedro Claver de Bogotá (hoy Hospital Universitario Mayor- Méderi), sobre el mantenimiento que debería hacerse a los equipos de anestesia con los cuales trabajamos (2).

Doctor Mario Alfredo Granados Sandoval, anesthesiólogo de la Clínica San Pedro Claver de Bogotá (hoy Hospital Universitario Mayor- Méderi), futuro presidente de la S.C.A.R.E., sobre las especificaciones que debería tener, idealmente, una sala de cirugía (3).

Doctor Alfredo León, anesthesiólogo del Hospital Militar Central de Bogotá, en ese momento secretario ejecutivo de la S.C.A.R.E., debería tratar sobre los cuidados especiales para tener presentes en cualquier paciente programado para una intervención quirúrgica (4).

Doctor Sebastián Merlano, cartagenero, expresidente de la S.C.A.R.E., tendría que hablar sobre la historia clínica y sobre la clasificación de estado físico establecido por la Asociación Norteamericana de Anestesiología, conocida mundialmente como clasificación ASA (5).

Doctor Carlos Julio Parra, anesthesiólogo del Hospital Militar Central de Bogotá, debería tratar sobre los requisitos mínimos para tener en cuenta cuando un paciente es sometido a anestesia general, regional o local (6).

Doctor Arnobio Vanegas, anesthesiólogo pediatra de la ciudad de Cali, quien posteriormente sería presidente de la S.C.A.R.E., además del mínimo equipamiento para administrar anestesia, debería escribir sobre medicamentos y sobre monitoreo (7).

Lo que escribimos apareció en el primer número de 1985 de la *Revista Colombiana de Anestesiología* (1-7). Curiosamente, este documento se publicó antes de que un grupo de la Universidad de Harvard, bajo el liderazgo del doctor Eichhorn, escribiera el artículo clásico sobre monitoreo en Es-

tados Unidos, sobre el cual se basó la Asociación Americana de Anestesia (ASA, por las iniciales en inglés de American Society of Anesthesiologists) para su publicación *Standards for Basic Monitoring* (8).

Posteriormente, logramos que la compañía Aga Fano nos imprimiera un folleto con algunas recomendaciones que hacíamos como Comité de Seguridad de la S.C.A.R.E. para tener en cuenta en todo paciente sometido a cirugía.

En el tema de seguridad hay un antecedente que debemos destacar. Los doctores Ocampo y Peña narran en su libro *Pioneros II* que en el XV Congreso Latinoamericano de Anestesiología, realizado en Guatemala en 1979, la Comisión de Riesgos Profesionales de la CLASA, presidida por el mexicano Rodolfo Vega Ramos, presentó un documento con recomendaciones generales que los anesthesiólogos deberían tener en cuenta en su labor diaria. Este documento se les entregó a todos los asistentes al Congreso Colombiano de Anestesiología realizado en la ciudad de Cúcuta en agosto de 1979 (9).

Más adelante, durante mi presidencia en la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología, a comienzos de 1987, envié una comunicación a los colegas y también a las clínicas y hospitales más importantes de Bogotá en la que se mencionaban aspectos muy básicos para tener en cuenta en todo paciente sometido a cirugía. Se hablaba por ejemplo de la obligatoriedad de contar con tensiómetro, fonendoscopio, electrocardiograma y la presencia permanente del anesthesiólogo al lado del paciente.

Esta carta no dejó de generar controversia porque algunos colegas pensaban con temor que si esta carta, emitida por una sociedad científica, se conociera, si en algún momento se presentara una complicación y carecían de los elementos mencionados, pudieran llegar a ser demandados y tener problemas legales.

Posteriormente, el doctor Eduardo García Vargas, quien había trabajado conmigo en el Hospital Universitario de la Samaritana, él en Cuidados Intensivos y en salas de cirugía, yo en los quirófanos, publicó una hoja que encabezaba con el título “Preguntas diarias para un anestesiólogo” en el *Boletín de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología*. Este medio de difusión había sido creado el año anterior en nuestra Sociedad, su redactor era el doctor Ernesto Rojas Escobar. Esa hoja había sido publicada originalmente en el primer volumen de la *Revista Colombiana de Anestesiología*, en 1978. Allí se describía la revisión exhaustiva que debería hacerse antes de iniciar cualquier anestesia. Esta revisión iba desde los cilindros de oxígeno, manómetros, flujómetros, vaporizadores, la soda, la hermeticidad del sistema, todos los elementos para el manejo de la vía aérea, hasta los elementos de monitoreo (fonendoscopia y tensiómetro, en 1978), drogas, venoclisis y disponibilidad de sangre.

Un problema que nuestra sociedad científica ha tenido a lo largo de su historia ha sido la lucha contra la condenable práctica de anestésias simultáneas. Este ejercicio antiético y que atenta contra la seguridad de los pacientes lo hacen pocos colegas, mancilla el buen nombre de nuestra especialidad y de todo el gremio anestesiológico. Tuve la oportunidad de asistir como conferencista, con el doctor Mario Granados, al Congreso Latinoamericano de Anestesiología realizado en Buenos Aires en 1989. De allí se trajo al país una idea: la campaña contra las anestésias simultáneas. Con base en la experiencia de nuestros colegas gauchos y financiados por algún laboratorio, se logró que en la mayoría de los quirófanos se colocara una hoja que recordaba: “un paciente, un anestesiólogo”.

Durante la asamblea de la S.C.A.R.E. realizada en Manizales en el año 1991 se aprobaron las primeras Normas Mínimas de Seguridad en Anestesia, con el invaluable aporte científico de los doctores Pedro Ibarra Murcia y Germán Parra Corredor. Estos colegas tomaron como referencia el documento

Standards for Basic Monitoring de la American Society of Anesthesiologists. El documento con estas normas se difundió ampliamente por todo el país.

El Comité de Seguridad, que tuve el honor de presidir durante varios años, continuó insistiendo en la necesidad de que los colegas anestesiólogos monitorizaran adecuadamente a sus pacientes y que su práctica profesional estuviera acorde con las Normas Mínimas de Seguridad en Anestesia, las que fueron actualizadas y publicadas periódicamente. En el Comité participaron conmigo inicialmente los doctores Pedro Ibarra Murcia, Ricardo Carrillo Cifuentes, Juan Camilo Giraldo y María Cristina Zapata; más tarde, en el año 1999, se retiraron la doctora María Cristina Zapata y el doctor Giraldo e ingresaron la doctora Claudia Niño, presidente de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología, y el doctor Bernardo Robledo.

Dentro de los aspectos contenidos en las normas, todos importantes, hay un elemento esencial en el que siempre se ha insistido desde que se creó el Comité de Seguridad: *la presencia permanente del anestesiólogo al lado de su paciente*.

Dice el doctor Álvaro Pinilla Rojas, en la entrevista que aparece en el libro *Pioneros II*, de los doctores Ocampo y Peña, que en alguna ocasión, al final de una conferencia en la que hablaba por primera vez en Colombia sobre el uso de la oximetría y la capnografía como monitores vitales durante la anestesia, aún inexistentes en nuestro país, uno de los asistentes le solicitó que hablara de cosas más prácticas y concretas, no de “ciencia ficción” (10).

Una de las innovaciones destacadas dentro de las normas mínimas fue precisamente la introducción de la oximetría de pulso.

A mediados del año 1993 asistimos con el doctor Pedro Ibarra a un evento científico en la ciudad de Cali, donde hablamos de temas de seguridad, incluyendo la oximetría de pulso y su importancia en el cuidado de los pacientes en las salas de

cirugía. Uno de los invitados al evento, el secretario de Salud de la ciudad de Cali, ante nuestra insistencia sobre la importancia de este elemento, pidió la palabra y dijo que en ese momento no contaba con el presupuesto para cumplir con esa exigencia, pero que se comprometía solemnemente a elaborar un plan, de acuerdo al cual, en un lapso de tiempo determinado, todos los quirófanos de los hospitales de la Secretaría tendrían este elemento. En honor a la verdad, hay que decir que el secretario de Salud cumplió su palabra en un tiempo relativamente corto.

Más adelante, el Comité se dio a la tarea de implementar las normas de la capnografía y la determinación de las concentraciones de agentes anestésicos inhalados. En este tema, como sucedió anteriormente con el oxímetro de pulso, se tropezaba con la oposición de los administradores hospitalarios, quienes consideraban que su costo impactaba mucho los presupuestos. Fue necesario insistir en la importancia de los capnógrafos dentro de los elementos del monitoreo para la seguridad de los pacientes sometidos a anestesia.

Inicialmente escribimos en las normas que el capnógrafo era “altamente recomendable”. Posteriormente se definió que era mandatorio en ciertos procedimientos, para establecer finalmente que era mandatorio en todo paciente sometido a anestesia general.

Luego, durante mi gestión como coordinador del Comité de Seguridad de la CLASA, se llevó el tema de las normas de seguridad al seno de esta organización internacional.

En junio de 1994, durante la secretaría general del doctor Carlos Jiménez Castillo en CLASA, venezolano, se logró que se realizara un seminario-taller en la Isla Margarita, sobre el tema de Normas Mínimas en un evento que se denominó Monitoreo para países en vías de desarrollo. Allí, luego de las discusiones de rigor, se adoptaron las Normas Mínimas de la S.C.A.R.E. como las normas de se-

guridad de la CLASA y así se trabajó durante varios años. Con el paso del tiempo, varios países en América Latina elaboraron sus normas, en buena parte basadas en las nuestras.

Hace unos quince años se informó que la Confederación Mexicana de Sociedades de Anestesiología se basaba en una norma gubernamental sobre seguridad en anestesia, denominada Norma Oficial Mexicana (NOM). Los anestesiólogos en ese país han tratado de velar permanentemente por la actualización de la norma, en consonancia con la evolución de la anestesiología en el mundo.

Las implementaciones que se fueron haciendo en las normas se fueron publicando en varias de las ediciones que se hicieron, inicialmente muy sencillas (figura 4), y con el tiempo se presentaron varios capítulos:

- **Evaluación preanestésica**
- **Cuidado perianestésico**
 - Máquina de anestesia
 - Monitoreo
 - El paciente
 - Medicamentos y equipo
 - Registro anestésico
- **Cuidado posanestésico**
- **Mantenimiento**
- **Estructura orgánica**
- **Capítulo sobre la paciente obstétrica**

Varios años después de implementadas las Normas Mínimas, se introdujeron recomendaciones sobre la necesidad o no de exámenes de laboratorio prequirúrgicos, de acuerdo al estado de salud de los pacientes. En este punto, se enfatizaba que solicitar exámenes innecesarios con frecuencia representaban pérdida de tiempo, de dinero, retrasos en la programación e incluso riesgos de problemas legales.

De esta manera, en la edición de las normas del año 2006 (figura 5) se hicieron recomendaciones (sugerencias, no obligatorias) sobre exámenes

preanestésicos, basadas en buena parte en la experiencia del grupo del doctor Pedro Ibarra en la Clínica Reina Sofía:

Pacientes asintomáticos:

Para cirugía menor, los hombres menores de 50 años no requerían ningún examen de laboratorio; si eran mayores de 50 años, solamente un electrocardiograma. Si se trataba de cirugía mayor y eran menores de 40 años, tampoco requerían exámenes. Solamente a los mayores de 40 años se les debería solicitar ECG, hematócrito, BUN, creatinina, glucosa, radiografía de tórax y albúmina.

En las mujeres menores de 60 años para cirugía menor, ningún examen; para mayores de 60, ECG. Para cirugía mayor, ningún

examen si eran menores de 40; a las mayores de esa edad, ECG, hematócrito, BUN, creatinina, glucosa, radiografía de tórax y albúmina.

Además, se daban otras recomendaciones para pacientes con algunas patologías, propuestas que han venido cambiando de acuerdo a la experiencia.

El doctor Ibarra en una de sus conferencias explicó cómo se reducían los costos con la disminución de exámenes prequirúrgicos. Esto le permitió convencer a los directivos de su clínica, la Reina Sofía, de adquirir equipos de monitoría para la seguridad de los pacientes.

También se hicieron recomendaciones para los hospitales universitarios. Se insistió en la presencia permanente de los profesores al lado de

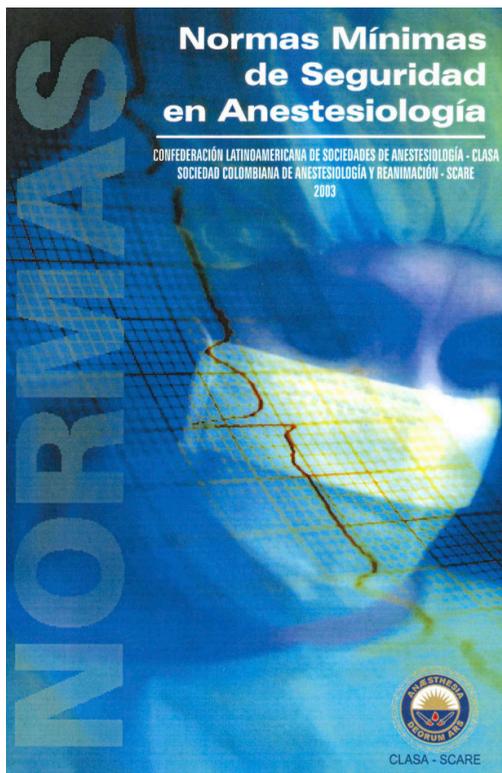


Figura 4. Normas Mínimas de Seguridad en Anestesiología de S.C.A.R.E. y de CLASA 2003. Fuente: Archivo del autor.

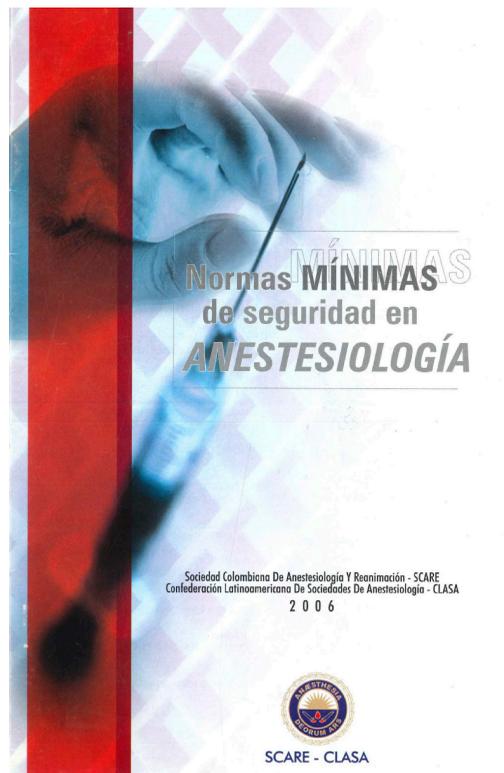


Figura 5. Primeras Normas Mínimas de Seguridad en Anestesiología. Fuente: Archivo del autor.

sus residentes. Las actividades que se delegaran a un residente deberían estar siempre bajo la supervisión directa del personal docente a cargo, de acuerdo al nivel de formación, quien era el directo responsable; el estudiante o residente, a su vez, debería someterse a las recomendaciones de su docente. Este tema generó controversia con docentes que en ese momento trabajaban bajo la modalidad de un docente para dos residentes o hacían 'supervisión' a distancia.

La S.C.A.R.E. ratificó esta posición del Comité de Seguridad. En el párrafo del artículo 14 del Estatuto Disciplinario Interno se establece que

Para efectos de esta disposición, todo acto anestésico de cualquier naturaleza debe ser ejecutado, controlado y conducido por un anesthesiologo certificado (en este caso, el docente) hasta la entrega del paciente en recuperación al personal competente... o al relevo del anesthesiologo por otro igualmente certificado. La violación a este deber constituirá falta grave.

El comité también hizo sugerencias sobre cómo debería ser el *Consentimiento Informado*.

En el año 2000 se trabajó en la implementación de las normas en zonas apartadas y con recursos limitados y se relanzó la campaña contra las anestesis simultáneas. Concomitantemente, se buscó la manera de que el tema de la 'seguridad de los pacientes' fuera parte de la programación de los eventos científicos, de los congresos nacionales y regionales.

Una de las inquietudes que se han planteado en los comités de seguridad de Colombia, de la CLASA y de la WFSA en los que participé durante cuatro años ha sido conocer el impacto que las normas de seguridad han tenido en la morbimortalidad de los pacientes. No es fácil determinarlo, pero mientras las normas se han implementado y se han cumplido, es indudable que los avances

tecnológicos, científicos, los nuevos medicamentos y un nivel educativo cada vez mayor han jugado un papel importante en los resultados. Pero no debe desconocerse que la implementación de las normas mínimas de seguridad en anestesia ha tenido un efecto positivo en los resultados de morbimortalidad en anestesia.

La participación en el Comité de Seguridad de la WFSA me valió la honrosa distinción de participar en el Congreso Mundial de Anestesiología realizado en Holanda en 1992, para hablar sobre oximetría.

Ese año publicamos un estudio sobre las complicaciones en anestesia en Colombia, basados en casos objeto de demandas de tipo ético elevadas ante el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca (11). Tuve la oportunidad de hablar, un par de años antes de la publicación del estudio, con el doctor José Francisco Socarrás (no recuerdo si en el Tribunal de Ética de Cundinamarca o en la Academia Nacional de Medicina, porque él presidió ambas entidades) sobre las demandas de tipo ético contra los médicos, especialmente contra los anesthesiologos. Claro que al lado de estas demandas están las de tipo civil, penal o disciplinario.

Los anesthesiologos figuraban en los primeros lugares de los médicos demandados (insisto, en procesos éticos). Este estudio preliminar fue publicado en la *Revista Colombiana de Anestesiología* (11). Años más tarde, en 2003, se revisó de nuevo el tema, esta vez haciendo una recopilación de nueve años de experiencia del Fepasde. De 163 demandas, se seleccionaron 94 casos cerrados contra anesthesiologos; de acuerdo al tipo de demandas, se encontró lo siguiente: 43 fueron penales (45,47 %), 16 civiles (17,02 %), 15 administrativas (15,95 %), 11 disciplinarias (11,7 %) y 9 éticas (9,57 %). En las otras especialidades se observó una distribución de procesos muy parecida, excepto en los procesos de tipo ético, que en anestesia ocupan el último lugar, mientras que en los procesos de los colegas no anesthesiologos, los procesos éticos ocupan el segundo lugar.

Una revisión similar había sido realizada por médicos y abogados de la División Científica de la S.C.A.R.E. en el año 2000, la cual fue presentada en el III Congreso de Derecho Médico, en noviembre de 2002, publicada previamente en la *Revista Médico Legal* en el año 2000. Los resultados son similares al estudio mencionado (12).

Se podría pensar que la disminución en el porcentaje de demandas de tipo ético en los últimos años contra anesthesiólogos pudiera estar relacionada con la implementación de las normas de seguridad. Esto es probable, pero no se puede afirmar categóricamente.

Es curioso que en el estudio que hizo el doctor Germán Gamarra (en la actualidad presidente de la Academia Nacional de Medicina) en su condición de presidente del Tribunal Nacional de Ética Médica, tres lustros después del estudio de la División Científica de la S.C.A.R.E. sobre las sentencias proferidas por dicho tribunal entre 2015 y 2019, los casos de anesthesiólogos ocuparon uno de los últimos lugares, el undécimo, entre todas las especialidades (13).

No existen estudios que ilustren los cambios en morbilidad y en mortalidad en nuestro país en los últimos treinta años. Es indudable que los adelantos en las técnicas anestésicas y otros desarrollos ya mencionados han contribuido a disminuir tanto las complicaciones como las muertes relacionadas con la anestesia.

El Comité de Seguridad realizó en Bogotá tres seminarios de seguridad en anestesia entre 1991 y comienzos de este siglo. Estos eventos científicos han contribuido a crear una cultura de seguridad en todos los anesthesiólogos y a darles cada vez mayor importancia a las normas de seguridad de la Sociedad.

Es muy importante saber que nuestras normas, además de ser parte de la *lex artis* de nuestro ejercicio, han sido tomadas en cuenta por el Gobierno

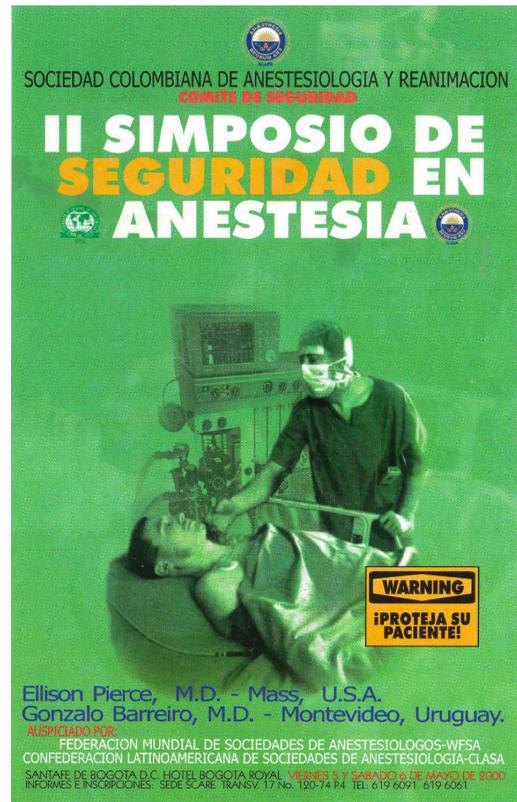


Figura 6. Segundo Simposio de Seguridad en Anestesia.
Fuente: Archivo del autor.

nacional. Así, en enero de 1996, siendo presidente de la república el doctor Ernesto Samper Pizano y ministro de Salud el doctor Augusto Galán Sarmiento, se firmó el Decreto Reglamentario 097, en el cual se reafirma lo establecido por la Ley 6ª de 1991 en el sentido de los requisitos para ejercer la especialidad con idoneidad. En su artículo 5.º establece que “...para la práctica de procedimientos anestésicos deberá cumplirse con las Normas que consagran los procedimientos mínimos de seguridad exigidos para la práctica anestésica”. Esas normas eran las de la S.C.A.R.E.

A partir de entonces, el Ministerio de Salud ha tenido en cuenta estas normas, cuando emite las condiciones de habilitación de las IPS. Están por ejemplo la Resolución 2003 de 2014 y la última, la Resolución 3100 de 2019, “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción

de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”, Resolución revisada el 6 de junio de 2021 (14).

En el año 2008 fue nombrado coordinador del Comité de Seguridad de la S.C.A.R.E. el doctor Pedro Ibarra Murcia, quien llegó a ser además coordinador del Comité de Seguridad de la CLASA, más adelante miembro del Comité de Seguridad de la WFSA y posteriormente miembro del Comité Ejecutivo de esta organización internacional. Desde estas posiciones continuó liderando la labor de actualizar las normas.

Durante el año 2014, la directiva de la S.C.A.R.E. nombró en ese cargo al doctor Bernardo Robledo, quien venía participando en el Comité desde que este fue creado; la Sociedad ha tenido, además, un grupo interdisciplinario, con participación de anesthesiólogos y de otros profesionales, en donde se ha continuado trabajando en todos los aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes que son sometidos a procedimientos anestésicos, dentro y fuera del quirófano. Ya los anesthesiólogos no requieren un documento en papel, como hace dos o tres lustros, sino que pueden consultar el documento actualizado, que está siempre a disposición en la página web de la Sociedad.

La lucha por la seguridad de los pacientes sometidos a cirugía es un tema en el cual han trabajado muchas personas y muchas organizaciones en el mundo. Una de las organizaciones que durante muchos años ha trabajado en ello es la Fundación para la Seguridad de los Pacientes (Anesthesia Patient Safety Foundation, [APSF]) en Estados Unidos, entidad que tiene una publicación periódica. Algunos de sus miembros más destacados han sido invitados a Colombia para participar en eventos científicos en varias oportunidades.

En los últimos años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la WFSA han unido esfuerzos con el objetivo de rodear de la mayor seguridad a los pacientes quirúrgicos. Estas dos entidades produjeron en el 2017 un documento denominado *International Standards for a Safe Practice of Anesthesia*, que fue publicado en la *Revista Canadiense de Anestesiología* en 2018, con la autoría de los doctores Adrian Gelb y Wayne Morriss, quienes actualmente son los máximos directivos de la WFSA (15).

En estos estándares se presentan los diferentes aspectos relacionados con la institución, los medicamentos, el equipo de anestesia, la monitorización, los líquidos y la conducta del anesthesiólogo. Lo que se considera como *altamente recomendable* es equivalente a *obligatorio*, algo de lo que no se puede prescindir, categorías que han sido consideradas en nuestras normas. Se espera que estos estándares internacionales de seguridad tengan un gran impacto en el mundo, por estar avalados por la máxima autoridad mundial en el campo de la salud y por la asociación mundial de anesthesiólogos WFSA, que representa a 150 sociedades científicas nacionales.

No obstante, si bien muchos países pueden garantizar la máxima seguridad a sus pacientes, hay otros cuyas condiciones no pueden garantizarla, y los resultados son evidentes. En un estudio realizado a comienzos de este siglo y publicado por el Instituto de Medicina de Estados Unidos (16), se encontró que la mortalidad en anestesia, en pacientes sanos, había bajado de 2 en 10.000 a 1 en 200.000 en los países desarrollados, cifra que ha continuado descendiendo en el tiempo. Un estudio realizado en Brasil, finalizado en el año 2007, hizo una revisión sistemática de la literatura, tanto en Brasil como en el mundo y allí se observa igualmente cómo la mortalidad relacionada con anestesia ha disminuido notoriamente en las últimas dos décadas (17). Tristemente, en los países más pobres del mundo, la mortalidad relacionada con la anestesia sigue siendo inaceptablemente alta.

Hoy podemos tener la certeza de que el ejercicio de la anestesiología es una actividad cada vez más segura para los pacientes. Tanto la morbilidad como la mortalidad son cada vez menores, pero, como se ha anotado, existen lugares en el mundo en los cuales los resultados en seguridad distan mucho de ser los ideales. Consecuentemente, en estos países las muertes y las complicaciones por anestesia son muchísimo más frecuentes que en los países desarrollados. Y aun en los lugares donde se trabaja con todo lo que ofrecen los avances científicos, tecnológicos y educativos, se siguen presentando desenlaces fatales y complicaciones que se habrían podido evitar. Ante estas realidades, siempre será necesario tener presentes las normas mínimas de seguridad que les ofrezcan a

nuestros pacientes las mayores garantías de que los procedimientos que ejecutemos sean exitosos de manera integral.

El doctor Jeffrey Cooper, autoridad mundial en seguridad, quien ha estado en Colombia más de una vez, destaca el papel de las sociedades científicas en la seguridad. Ha afirmado que la anestesia constituye un modelo de seguridad; en algún momento afirmó que “el mayor riesgo de la anestesia es quizás su relativa seguridad” (18).

Por todo lo anterior, la invitación es a *nunca bajar la guardia* en seguridad y en tener siempre presentes las normas de seguridad en anestesiología.

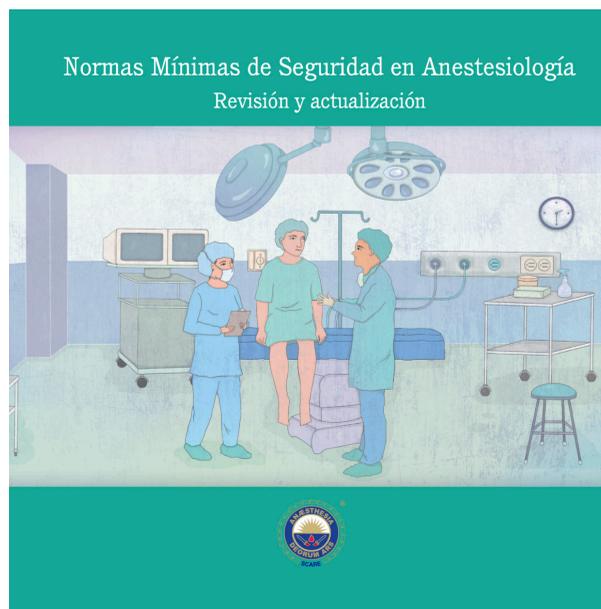


Figura 7. Normas mínimas en Anestesiología, 2015.
Fuente: Archivo S.C.A.R.E.

Referencias

1. Álvarez T. La sala de emergencia. Rev. colomb. anestesiol. 1985;13:61-6.
2. Galindo M. Mantenimiento de los equipos de anestesia. Rev. colomb. anestesiol. 1985;13:67-70.
3. Granados M. Especificaciones salas de cirugía. Rev. colomb. anestesiol. 1985;13:71-4.
4. León A. Cuidados especiales de un paciente que va a ser sometido a cirugía. Rev. colomb. anestesiol. 1985;13:75-9.

5. Merlano S. Historia clínica en anestesia. Clasificación ASA. *Rev. colomb. anesthesiol.* 1985;13:81-6.
6. Parra CJ. Requisitos mínimos para administrar anestesia general regional o local, en una sala de cirugía. *Rev. colomb. anesthesiol.* 1985;13:87-90.
7. Vanegas A. Equipo mínimo de anestesia, drogas y monitoría. *Rev. colomb. anesthesiol.* 1985;13:91-6.
8. Standards for Basic Monitoring. Committee of Origin: Standards and Practice. Parameters approved by the ASA House of Delegates, oct 21, 1986 (Revisados en 2010 y Reafirmados en dic 13, 2020).
9. Ocampo Trujillo B, Peña JE. Pioneros II. Bogotá: Sociedad Colombiana de Anestesiología; 2017.
10. Ocampo Trujillo B, Peña JE. Pioneros II. Bogotá: Sociedad Colombiana de Anestesiología; 2017.
11. Galindo M. Complicaciones anestésicas. Estudio preliminar. *Rev. Col. Anest.* 1992;20:273-84.
12. Aristizábal H. Historia clínica. *Médico Legal.* 2000;6(2):27-32.
13. Gamarra G. Sanciones a los médicos en el proceso ético disciplinario. *Revista Medicina.* 2021;43(2):249-69.
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100, 21 de noviembre, 2019.
15. Gelb A, Morriss W, Johnson W, Merry A. World Health Organization – World Federation of Societies of Anaesthesiologists International Standards for a Safe Practice of Anesthesia. *Can J Anest.* 2018;65:698-708.
16. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. (Eds.). Committee on Quality of Health Care in America, IOM. To err is human: Building a safer health system. Washington: National Academy Press; 1999.
17. Braz LG, Braz DG, Cruz DS, Fernandes LA. Mortality in anesthesia: a systematic review. *Clinics (Sao Paulo).* 2009;64:999-1006.
18. Cooper J, Gabba D. No myth: Anesthesia is a model for addressing patient safety. *Anesthesiology.* 2002;97(6):1335-37.

Capítulo 3.

Historia del Fepasde

La creación del Fepasde tiene orígenes curiosos e interesantes. Existió la posibilidad de que hubiera sido creado en otra organización médica (dos de ellas tuvieron la clara opción de que esta entidad fuera suya), pero por cosas del destino o, digamos mejor, por el empeño de su ideólogo y el apoyo de nuestra sociedad, nació en el seno de la S.C.A.R.E.

Los anestesiólogos en Colombia, como también muchos médicos y profesionales de la salud, conocen el Fepasde por el impacto positivo que este ha tenido, y que hoy es evidente dentro del sector de la salud en el país. Al lado del crecimiento de este Fondo, los anestesiólogos nos hemos beneficiado de la evolución de la S.C.A.R.E., impulsada en gran medida por el fortalecimiento del Fondo. Los colegas más jóvenes pueden pensar que nuestra sociedad siempre ha sido como es hoy.

En este capítulo quiero contar el inicio del proyecto de la creación del Fondo, las dificultades que tuvo que vencer para que la Sociedad acogiera el proyecto, el escepticismo inicial de los colegas, el apoyo inmenso recibido de unos colegas antioqueños para el inicio de sus operaciones y la evolución posterior, hasta su total madurez. Fue un sueño hecho realidad, en el que se contó con mucha suerte, porque tuvo muchas posibilidades de fracasar y convertirse en una pesadilla para la Sociedad.

Desarrollo de la idea

A finales de los años ochenta del siglo pasado, el doctor Ignacio Ruiz y el suscrito participamos como delegados en la asamblea anual de la Asociación Médica Sindical (Asmedas) Seccional Cundinamarca. En aquella ocasión, el doctor Ruiz se atrevió a proponer a los delegados la idea de la creación de un fondo con el objetivo de proteger a los médicos ante una eventual demanda con ocasión de su ejercicio profesional. La idea, quizás por presentarla sin haber sido analizada previamente por la junta directiva de la organización sindical, por simple ignorancia o porque al presentarla sin un estudio previo de viabilidad, les daba temor a los delegados de que algo de esa naturaleza llevara a la organización a sufrir un daño financiero, fue negada de manera contundente.

Recuerdo las palabras del doctor Federico Peñalosa, destacado cirujano y quien había sido mi profesor, quien remató la discusión diciendo que si se creaba el Fondo, cuando esto se supiera estimularía a las personas a demandar a los médicos porque sabrían que allí había dinero para cubrir sus demandas.

De la misma manera, por esa época, cuando estaba con el doctor Rafael Sarmiento Montero en la Mesa Directiva de la ACSC, el doctor Ignacio Ruiz presentó la misma idea a la junta directiva en pleno. Nuevamente, esta organización de mé-

dicos no mostró el menor interés en embarcarse en un proyecto al cual no le veían mucho futuro y sí mucho riesgo.

En esos años, las demandas contra los médicos habían ido en aumento. Se presentó un caso que le había llamado mucho la atención al doctor Ruiz y lo había conmovido mucho. Un anestesiólogo en la ciudad de Cali fue demandado por una complicación en anestesia; al pobre colega se le complicó la vida y prácticamente quedó en la ruina, tanto por el pago de abogados como por la indemnización que tuvo que asumir frente a la familia del paciente, además del daño moral y la pérdida de su prestigio profesional y personal.

Claro que existían las pólizas de responsabilidad civil, manejadas por compañías de seguros; pero, como se verá, existe una gran diferencia entre el seguro que estas empresas ofrecen a sus clientes y el manejo y servicio que un fondo creado por médicos pueda ofrecer a sus mismos asociados en el caso de ser demandados con ocasión de su ejercicio profesional.

El doctor Ruiz empezó a buscar información dentro del país, con la idea de que era factible encontrar la forma de que nosotros mismos, los médicos, nos pudiéramos proteger contra las demandas ocasionadas por malos resultados en el ejercicio, por la morbilidad inherente a la patología del paciente o por errores cometidos involuntariamente. En esa búsqueda, tuvo conocimiento de que existían ‘fondos solidarios’ tanto en el sector naviero como en el de los transportadores de carga y de pasajeros que protegían a sus asociados ante las demandas que se presentarían durante el desarrollo de los servicios que prestaban.

Con el resultado de sus investigaciones, Ignacio elaboró un documento preliminar que nos presentó a los miembros de la junta directiva de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología, donde participábamos con los doctores Ricardo

Carrillo Cifuentes, Josefina Abenoza Fonseca y Francisco Garavito Lorza, pudiéndose decir que el proyecto tuvo su primer debate, lo que sucedió a fines del año 1986.

Por otra parte, por nuestra vinculación con Asmedas, tanto a nivel nacional como dentro de la seccional Cundinamarca, conocíamos al doctor Gonzalo Peña Aponte, abogado de ambas organizaciones, lo habíamos visto actuar y sabíamos de sus calidades en aspectos jurídicos y en el sector asegurador, donde también se desempeñaba.

Cuando el doctor Peña se retiró de Asmedas, se decidió hablar con él, se pensaba que podía ayudar bastante al desarrollo de la idea. Lo contactamos, le dijimos que creíamos que con su ayuda podíamos emprender la tarea de la creación del mencionado Fondo. A nuestro juicio, su condición de abogado, con experiencia laboral con médicos y conocedor del tema de los seguros, lo hacía una persona valiosa como parte del equipo que debería trabajar para que se concretara el sueño de tener un fondo propio. Con su aporte, se podría iniciar el trabajo de concretar el proyecto con un mejor conocimiento, con bases más firmes.

Al doctor Peña le pareció muy interesante trabajar con nosotros en el proyecto, porque, como él lo manifestó muchas veces, dentro del derecho, lo que más lo apasionaba era el área de la responsabilidad, tema en el cual tendría que trabajar si se unía a nosotros en el proyecto.

Con los análisis iniciales, las indagaciones del doctor Ruiz sobre los fondos solidarios en los sectores transportadores de pasajeros, de carga y navieros y la colaboración en asuntos jurídicos y del sector asegurador del doctor Peña Aponte, se presentó el proyecto en la junta directiva de la S.C.A.R.E., en la que participábamos con el doctor Ruiz, siendo presidenta la doctora María Eugenia Gómez Pizza, de Antioquia, y vicepresidente el doctor José María Corella, de Nariño. Podría decirse que allí se dio el segundo debate a la idea.

Un elemento adicional que aportó el doctor Ruiz fue un estudio que se realizó en la Fundación para la Educación Superior (FES), entidad con la cual estaba vinculado. En ese estudio se tocaban temas que se debían tener en cuenta, en la parte administrativa y financiera, así como las proyecciones hacia el futuro, algo parecido a un estudio actuarial, sin que llegara a serlo. Esta información, hay que decirlo, no tenía la profundidad que el proyecto requería, pero sí una base, no muy sólida, para empezar a trabajar.

Mientras esto sucedía en la sociedad, nos enteramos de que el doctor Juan Manuel Ramírez, quien además de anestesiólogo era abogado y más adelante incursionaría en la política en el departamento de Antioquia, tenía en mente la creación de algo parecido a lo que se estaba planeando. Se ha dicho que su idea original era que el Fondo fuese de naturaleza privada, manejado por un grupo de personas, no ligado a ninguna institución médica; pero de las conversaciones que sostuvo Ignacio con Juan Manuel, hubo acuerdo en que se presentara la iniciativa para que fuese manejada dentro de nuestro gremio de anestesiólogos.

Así, en el curso de la XL Asamblea Nacional de S.C.A.R.E., realizada en la ciudad de Pasto en agosto de 1990, el doctor Ramírez hizo la propuesta de la creación del Fondo, el cual representaba algo diferente a lo que ofrecían las compañías de seguros, pues pretendía ofrecer una mayor cobertura que la que cubrían las pólizas existentes. Esta propuesta fue complementada y defendida en dicha asamblea por el doctor Ignacio Ruiz, quien les explicó a los asambleístas las ventajas de que fuéramos nosotros mismos, los médicos, quienes cuidáramos nuestros propios intereses cuando fuéramos demandados. La propuesta, como había sucedido en Asmedas y en la ACSC, no logró llegar al corazón de los delegados, le vieron las mismas dificultades y riesgos que ya le habían visto los colegas de las dos organizaciones mencionadas y seguramente tenían razón. No obstante, ante los argumentos y el entusiasmo de

los proponentes, la asamblea decidió delegar en la junta directiva nacional un estudio más a fondo de este proyecto, imponiéndole la tarea de presentar la propuesta mejor elaborada en una próxima asamblea nacional.

En esta asamblea se decidió que ingresara a la junta directiva el doctor Rafael Macía Mejía en calidad de fiscal. Este joven colega caldense, residente de último año, quien asistió como observador, llegaría años más tarde a ser presidente de la Sociedad; participó en las discusiones en la junta y jugó posteriormente un papel muy importante en el desarrollo del Fepasde en el país.

La junta directiva, con la participación de su presidenta, la doctora María Eugenia Gómez Pizza; el doctor José María Corella, vicepresidente; el doctor Manuel Galindo Arias, secretario ejecutivo; y el doctor Ignacio Ruiz Moreno, tesorero, se puso en la tarea de estudiar y pulir el documento presentado en la ciudad de Pasto. Dicho proyecto se complementó con nuevos aportes del doctor Peña Aponte y del ingeniero Félix Sánchez. Este último, funcionario de alto nivel de Ecopetrol, trabajó también de manera intensa en el proyecto con el doctor Ruiz, quien le mostraba la idea que teníamos sobre nuestro hipotético fondo, y el ingeniero Sánchez hacía proyecciones, teniendo en cuenta variables como probable incidencia de demandas, la necesidad de una estructura administrativa, la de contar con los servicios de un grupo de abogados, los cálculos de los aportes de los afiliados en el tiempo, todo ello haciendo un estimativo de los probables costos que pudieran representar en el futuro la defensa de los asociados demandados y el pago de indemnizaciones.

Tanto el doctor Peña como el ingeniero Sánchez continuaron trabajando más allá de este periodo inicial. El objetivo a corto plazo era presentar un proyecto bien fundamentado a la asamblea nacional, con el fin de lograr la aprobación por parte de los delegados.

La idea del doctor Ruiz, muy parecida a la que había tenido el doctor Ramírez, fue analizada y complementada con los aportes del doctor Peña y del ingeniero Sánchez, pero se contaba con un conocimiento, bastante precario, de la incidencia de demandas contra los médicos en el país; no se tenía un verdadero estudio actuarial. Alguien dijo en alguna de las discusiones que estábamos haciendo “cuentas alegres”, como en el cuento de La lechera. Cuando el Fepasde cumplió veinticinco años, el doctor Rafael Macía comentó que aquellos primeros años “...fueron tiempos de mucha incertidumbre; el Fepasde tuvo mucha suerte, sus cofundadores soñaron en grande, pero, hay que decirlo, teníamos los pies lejos de la tierra”.

Nacimiento del Fepasde

Un año después de esa primera asamblea en la ciudad de Pasto, la junta directiva de la S.C.A.R.E. presentó ante los delegados de la asamblea nacional, efectuada en la ciudad de Manizales en agosto de 1991, con base en todos los aportes y análisis mencionados, el proyecto de creación del Fepasde. Los asistentes a la asamblea escucharon la lectura del reglamento que tendría el Fondo. Su objetivo: “...auxiliar a los médicos anesthesiólogos afiliados al mismo, dentro del territorio colombiano y que sufran demandas ocasionadas por el ejercicio mismo de su profesión”. En esa asamblea se determinó que el proyecto fuera presentado a todas las sociedades departamentales de anesthesiología, con el fin de que se pudiera conocer ampliamente por todo el gremio. Cumplida esta etapa de socialización y discusión, podría presentarse para su aprobación definitiva en una próxima asamblea general.

La junta directiva creó una comisión en la cual participaron los doctores Saúl Charris Borelly, Rafael Jiménez, Germán Suárez Gartner, José Óscar Hurtado Floyd, Óscar Domínguez y Hugo Antonio Medina Galvis, comisión que estudió lo acordado en la asamblea de Manizales, recogió

las ideas surgidas de la presentación, las que se enviaron para su conocimiento y discusión a las diferentes filiales de la S.C.A.R.E. en el país.

Un año más tarde, la junta directiva nacional presentó de nuevo el proyecto a los delegados de la asamblea general reunida en Barranquilla en agosto de 1992. En esta ocasión ya había un mayor conocimiento sobre cómo se habría de desarrollar la idea del Fondo luego de su estudio en la comisión y su discusión en las seccionales. Con base en todos esos análisis previos, en los que se hicieron todos los intentos por aterrizar la propuesta, la comisión, además de presentar el proyecto de resolución para la aprobación del Fondo, expuso algunas ideas generales sobre la manera como este debería ser manejado desde el punto de vista administrativo: el acompañamiento que se debería tener de un grupo de abogados, la manera como se vincularían los afiliados y la aprobación de un préstamo de los fondos de la S.C.A.R.E. para iniciar operaciones, haciendo la salvedad de que, de acuerdo a las proyecciones hechas (realmente sin mucho sustento), era necesario contar con por lo menos quinientos asociados para que el proyecto fuese viable.

El ideólogo del proyecto, doctor Ignacio Ruiz, a la sazón director ejecutivo, solicitó al presidente, doctor Manuel Galindo, poner en consideración de la asamblea la aprobación de lo propuesto por la comisión, lo que recibió el apoyo unánime de los delegados. De esta manera quedó constituido en el papel el Fepasde. En ese momento nació oficialmente el Fondo.

Implementación del Fondo

Se venía ahora la tarea de empezar a trabajar todos los detalles para concretar lo que se había aprobado. Se hicieron los esbozos de la estructura administrativa y con la asesoría de los abogados se trabajó en la elaboración de los proyectos de contratos; se empezaron a pla-

nificar las labores de promoción del incipiente Fondo, trabajando conjuntamente con todas las seccionales de la S.C.A.R.E. y quizás, de los aspectos más importantes, lograr conseguir a los primeros quinientos asociados, tarea nada fácil, pues si bien se tenía la aprobación de la máxima autoridad del gremio, la asamblea, todavía reinaba dentro de la mayoría de los anesthesiólogos incertidumbre sobre esta tarea en la que nos estábamos comprometiendo.

Se empezó a ingresar a los primeros afiliados; en el recuerdo está que el primero fue el doctor Rafael Sarmiento Montero y lo hizo como una muestra de su confianza en la organización, en el Fondo y para dar un ejemplo a todos los colegas. El ingreso de anesthesiólogos era demasiado lento, lo que generaba gran preocupación.

El abogado Peña y el ingeniero Sánchez continuaron colaborando bastante en estas primeras etapas; con el proyecto ya aprobado por la asamblea general de la S.C.A.R.E., ayudaron a buscar que el proyecto tomara forma, de manera que se pudiera promover dentro de los anesthesiólogos en el país, pero ambos eran conscientes de que no teníamos la información necesaria que permitiera hacer una proyección sobre bases reales. Gonzalo manifestó en repetidas ocasiones que había un riesgo grande de “quebrarnos”. Estábamos poniendo a funcionar un sueño, que podría terminar en una pesadilla.

Entretanto, en Antioquia, con toda seguridad a través del doctor Juan Manuel Ramírez y de Sadea, se tuvo conocimiento dentro del gremio médico de lo que había pasado en la asamblea de Barranquilla. Sabían que habíamos creado el Fondo y sabían también que estábamos teniendo muchas dificultades para lograr afiliar a un número suficiente de anesthesiólogos que permitiera que el proyecto fuera viable.

En Medellín existía (aún existe) la cooperativa de médicos llamada Cooperativa Médica de

Antioquia (Comedal), entidad que presta varios servicios a sus asociados en el área financiera, préstamos y algunos seguros en alianza con compañías aseguradoras. Dentro de esta organización se presentó una situación desafortunada: tres de sus afiliados habían sido demandados por complicaciones médicas y en el curso de los procesos judiciales se determinó que los eventos se habían originado por errores médicos y sobre esa base, la compañía de seguros se negó a pagar el seguro.

Los directivos de esa cooperativa médica, al tener conocimiento del Fepasde, consideraron que seguramente los colegas que fueran demandados, si estuvieran afiliados a un fondo como el que se tenía en marcha, podrían ser tratados de una manera muy diferente a como los trataban las compañías de seguros y por tal razón buscaron la manera de unírseles.

En desarrollo de esa idea, nuestro colega en Antioquia el doctor Juan Manuel Ramírez y el doctor Marcos Ramírez, cirujano plástico, se pusieron en contacto con el doctor Ignacio Ruiz, secretario ejecutivo de la S.C.A.R.E., y le expusieron la idea de que Comedal se pudiera integrar de alguna manera al proyecto Fepasde. Con esta alianza, los médicos afiliados a Comedal se beneficiarían de lo que nuestro Fondo ofrecía, que hasta ese momento solamente era para los anesthesiólogos. Como resultado del ingreso de esos médicos antioqueños al recién creado Fepasde se alcanzaría el número de afiliados que garantizara su viabilidad financiera.

La propuesta, naturalmente, no encajaba con lo aprobado en la asamblea de Barranquilla en agosto de 1992. Pero si aceptábamos su propuesta, ellos nos estarían dando la posibilidad de que nuestro proyecto arrancara y fuera viable, porque con el ingreso de los médicos de Comedal al Fondo alcanzaríamos el número mágico de quinientos afiliados, lo que según las incipientes proyecciones era el mínimo necesario para esa viabilidad.

Esto sería algo realmente positivo para nosotros, era una propuesta que tendríamos que analizar.

En la junta directiva de la S.C.A.R.E. se estudió la propuesta de Comedal. Se hicieron reuniones entre las juntas directivas de las dos instituciones. Se veía muy positivo el apoyo de esta cooperativa antioqueña para que el Fepasde iniciara operaciones en firme y se enfatizó que el Fondo debería estar abierto a todos los médicos generales y especialistas del país, no solamente a los afiliados a Comedal, si esto era aprobado por una asamblea nacional de la S.C.A.R.E.

Se citó a una asamblea general extraordinaria para abril de 1993 en la Clínica Marly de Bogotá para discutir la idea de permitir la entrada de Comedal como socio estratégico y la apertura del Fondo a todos los médicos del país. En el curso de esta asamblea se ilustró a los delegados sobre la dificultad que se había tenido en los ocho meses transcurridos desde la aprobación de la creación del Fondo, en agosto de 1992, para que los anesthesiólogos entraran al Fondo y se lograra el mínimo necesario de 500 afiliados; se expuso la propuesta de Comedal y la de abrir a todos los médicos la posibilidad de participar en el Fondo. Con las explicaciones y las discusiones de rigor, la propuesta finalmente fue aprobada por la gran mayoría de los delegados, representantes de todas las seccionales de S.C.A.R.E.

A partir de ese momento se inició un intenso trabajo para difundir el conocimiento sobre el Fondo y para buscar afiliaciones tanto hacia los anesthesiólogos de todo el país como hacia sectores médicos diversos. Así, con el tiempo se logró la participación de Coasmedas y de Promédico, quienes se sumaron a los afiliados de Comedal.

Cuando el Fondo empezó a trabajar, en mayo de 1993, fui designado presidente o gerente de dicho Fondo, cargo que desempeñé hasta noviembre de ese año. Posteriormente tomó esa responsabilidad la doctora Leonor Salgado, administradora de empresas.

Los nuevos retos

La entrada de grupos de médicos al Fondo, sobre todo de aquellos que hacían parte de organizaciones médicas, planteaba nuevos retos a nuestra sociedad científica.

Inicialmente se pensó que era muy fácil abrir la posibilidad de que entraran al Fondo médicos que no pertenecían a S.C.A.R.E., pero el doctor Peña advirtió que eso tenía mucho riesgo porque al recibir recursos de personas que no pertenecían a nuestra sociedad científica, eso podía calificarse por personas y entidades ajenas a nosotros como una captación ilegal de dineros, lo que podía incluso llevar a la cárcel a los miembros de la junta directiva de S.C.A.R.E. Se tenía que buscar alguna figura que justificara la entrada de no anesthesiólogos al Fondo; lo que se decidió fue que estos colegas fueran miembros afiliados a S.C.A.R.E., pero con una categoría diferente a la de los anesthesiólogos. A partir de ese momento, los socios tradicionales de S.C.A.R.E., los anesthesiólogos, se empezaron a denominar *socios de número* y los no anesthesiólogos entrarían en calidad de *socios solidarios*.

Solucionado este aspecto, nos preocupaba si una organización de carácter científico y gremial podía manejar en la organización un fondo como el que se estaba lanzando y existía el temor de estar haciendo algo que pudiera ser sancionado. Con la asesoría del doctor Peña, en representación de S.C.A.R.E., se elevó una consulta a la Superintendencia Bancaria, se preguntó escuetamente si esta sociedad científica podría ser autorizada por ellos para manejar el Fondo que se tenía en mente. Respondieron: “..en lo que se relaciona con esta Superintendencia, lo pueden hacer”. Pero advirtieron que se debería averiguar si otra entidad estatal nos podría vigilar y autorizar esa actividad.

Otro aspecto que debería ser considerado era que si con la S.C.A.R.E. participaban instituciones como Comedal de Antioquia, Coasmedas de Bogotá y Promédico del Valle del Cauca, estas

entidades deberían tener algún tipo de participación en la parte directiva de nuestra sociedad. De nuevo, con la debida asesoría jurídica, se creó en una etapa posterior ese espacio de participación. Así, se constituyó el Comité Ejecutivo Nacional de Fepasde, donde estaban representadas estas organizaciones. En ese comité ejecutivo nacional participaban dos miembros de la junta directiva de la S.C.A.R.E., dos representantes de las organizaciones médicas con mayor número de afiliados, dos anestesiólogos elegidos en la asamblea nacional de S.C.A.R.E. y el director del Fondo, con voz, pero sin voto.

En agosto de 1993 presidimos el Congreso Latinoamericano de Anestesiología, que además de ser de gran calidad científica, dejó un buen dinero. Esa fue una base para que S.C.A.R.E. le pudiera prestar a Fepasde la suma de cinco millones de pesos para iniciar operaciones.

Se va consolidando el Fondo

El doctor Peña colaboró en la construcción de este proyecto en tres etapas: primero participó como asesor *ad honorem*, como lo hicimos todos los que participamos en esa etapa inicial del Fepasde; posteriormente se decidió que su asesoría tuviera una remuneración muy baja, casi simbólica. Cuando Fepasde empezó a tener ingresos importantes de los asociados, fue un asesor adecuadamente remunerado; hacia 1997, la junta directiva decidió nombrarlo gerente de S.C.A.R.E. y representante legal.

Esta primera etapa en la construcción del Fepasde se desarrolló en la oficina que tenía S.C.A.R.E. en el primer piso del Hospital Militar Central. Era un espacio de unos treinta a cuarenta metros cuadrados, donde trabajaban cinco o seis secretarías que le prestaban servicio a la ACSC y a sus aproximadamente cincuenta sociedades científicas. En principio teníamos una secretaria, o media secretaria, “por raticos”.

Entre los años 1994 y 1995, con el ingreso de asociados solidarios, la sociedad tuvo el suficiente músculo financiero para adquirir oficinas propias. La junta directiva de entonces decidió comprar unas oficinas en la carrera 15 con 124, frente a Unicentro, donde funcionamos aproximadamente dos años.

Pocos años después del inicio de las operaciones, se presentó una situación en el campo de las compañías aseguradoras que fue positiva para la organización. Fue lo que puede denominarse un “coletaje del reaseguro”. En el mercado no se conseguían pólizas que aseguraran a los médicos porque las aseguradoras no tenían reaseguro. O si lo conseguían, resultaban demasiado costosas.

Esta situación, naturalmente, favoreció el crecimiento del Fepasde, pero no fue por mucho tiempo. Meses más tarde, estas compañías de seguros reanudaron sus labores de mercadeo con mayor ímpetu y en su empeño por captar clientes empezaron a mirar al Fepasde como un competidor muy fuerte, al cual había que buscar la manera de derrotar. Una de estas compañías solicitó a los entes de control que el Fondo fuera investigado.

Se hizo evidente algo antiético por parte de estas compañías, algo que no era nuevo. Siempre se ha dicho que en la letra pequeña existen algunas ‘trampas’ para los usuarios y en las “pólizas de responsabilidad médica” excluían expresamente *el acto médico*. Inaudito: en el mercado, ¡excluían el acto anestésico en una póliza vendida a un anestesiólogo!

Cuando el Fondo empezó a crecer, naturalmente que buena parte de la actividad de la S.C.A.R.E. se ocupaba en lograr que Fepasde gozara de buena salud; las asambleas les dedicaban buena parte de su tiempo a los informes y a las discusiones relacionadas con este. Esta situación ocasionó que varios colegas mostraran cierto descontento, pensaban que se estaba descuidando la razón de ser, la parte científica y gremial de nuestra sociedad. Incluso, el doctor Jorge Osorio Reyes, uno de

los creadores de la *Revista Colombiana de Anestesiología*, al lado de los doctores Jaime Herrera Pontón y Julio Enrique Peña y en esos momentos miembro de su comité editorial, escribió en la revista un artículo editorial titulado “¿S.C.A.R.E. Fepasde o Fepasde S.C.A.R.E.?”. En ese artículo criticaba la excesiva atención que se le dedicaba al Fondo, que lo hacía ver como algo más importante que los temas que más interesaban a los anesthesiólogos. A su juicio, todas las energías que se le dedicaban al Fepasde iban en detrimento de las obligaciones que la S.C.A.R.E. siempre había tenido con sus asociados, los anesthesiólogos.

Consolidación del Fepasde

El crecimiento y la consolidación del Fepasde, con la consiguiente expansión de toda la estructura de la S.C.A.R.E., tanto en su planta física como en su estructura organizativa, permitieron posicionarnos como la sociedad científica y gremial más sólida y con una importante presencia nacional. Esta situación, nueva para la organización, le permitió prestar asistencia a otras sociedades científicas y a varias organizaciones del sector de la salud. Con el paso del tiempo, un número cada vez mayor de colegas médicos de prácticamente todas las especialidades se fueron convirtiendo en socios solidarios de nuestra sociedad gracias al prestigio que fueron adquiriendo esta y el Fondo dentro del gremio médico y poco a poco empezaron a ingresar otros profesionales de la salud: odontólogos, nutricionistas, enfermeros, terapistas, instrumentadoras...

En los primeros años de vida del Fondo se navegó sin un estudio actuarial, pero a pesar del riesgo que se corría, la suerte nos sonrió. Hacia el año 2000 el doctor Ruiz, director del Fepasde, contrató con el Departamento de Matemáticas de la Universidad Nacional un estudio actuarial real, estudio se actualizó en los años 2002, 2004 y 2006. Esta herramienta matemática permitió corregir algunas cosas y mejorar el rumbo.

Una de las cosas que se tuvieron que corregir fue el valor que se les cobraba a los socios por la cobertura, como también los planes de pago. Cuando se inició el Fondo, el colega pagaba durante cinco años; después de ese tiempo, el asociado seguía cubierto indefinidamente sin tener que hacer pagos adicionales, siempre que no hubiese necesidad de responder por más de dos demandas de tipo civil que terminaran en condena o en indemnización y que pasaran de un determinado monto.

Esa formidable expansión que a todas luces sorprendía exigió no solamente aumentar la infraestructura física, sino que obligó a aumentar, de manera progresiva, el número de colaboradores dentro de la empresa y a hacer contratos de prestación de servicios cuando ciertas tareas no ameritaban tener personal de planta.

En la medida en que empezaron a llegar casos de demandas contra los asociados, hubo necesidad de incrementar poco a poco la nómina de abogados; como se estaba manejando una cantidad de dinero considerable, se requirió contratar dentro de la nómina a un financiero de la mayor calidad.

En el proceso de expansión, la sociedad inicialmente adquirió las dos oficinas mencionadas, en la carrera 15 de Bogotá, frente a Unicentro, donde funcionó un par de años. Pero los servicios que requerían los cada vez más numerosos socios solidarios obligaron a la directiva de S.C.A.R.E. a empezar a comprar algunas oficinas en el edificio donde actualmente funciona la sociedad. En este proceso de crecimiento, la organización vendió las oficinas situadas frente a Unicentro y empezó a adquirir, de manera paulatina, cada vez más oficinas del edificio en mención, situado en la carrera 15A # 120-74. En pocos años, S.C.A.R.E. terminó siendo la propietaria del edificio.

Más adelante, la Sociedad estuvo en capacidad de abrir oficinas en ciudades como Cali, Medellín, Barranquilla, Valledupar y algunas otras ciudades intermedias.

La decisión de comprar inmuebles en Bogotá y en otras regiones de Colombia fue ampliamente debatida porque algunos colegas pensaban que si bien se trataba de una inversión y permitía trabajar en oficinas de nuestra propiedad, podía quitar la liquidez que en algún momento se pudiera llegar a necesitar si se tuviera que pagar por una demanda o por una conciliación. Pero indudablemente, tener oficinas propias en todo el país permitió prestarles un servicio óptimo tanto a los afiliados de número, los anestesiólogos, como a los socios solidarios. Estos servicios incluían aspectos científicos, gremiales, solidarios y más tarde empresariales.

La responsabilidad que se adquirió con nuestros socios solidarios era muy grande y por esa razón era necesario que los anestesiólogos, especialmente los delegados a las asambleas nacionales, fueran conscientes de las exigencias que representaba ser parte de la junta directiva de la Sociedad.

Al frente de todo este proceso en la evolución de Fepasde y gracias a su crecimiento, el de la propia Sociedad, estuvo el doctor Ignacio Ruiz Moreno, primero en calidad de secretario ejecutivo y representante legal de la empresa y luego, sin dejar de serlo, en calidad de director del Fondo. Así trabajó durante unos años hasta que se dedicó exclusivamente a la dirección de Fepasde, cuando el doctor Gonzalo Peña empezó a laborar como gerente de S.C.A.R.E. y su representante legal.

Todos estos cambios requirieron que los estatutos de S.C.A.R.E. se fueran modificando en la medida en que la empresa se iba transformando, de una sociedad científico-gremial sencilla a una organización con responsabilidades, no solamente con sus asociados tradicionales, sino con un grupo cada vez más numeroso de médicos generales, especialistas y diversos profesionales y trabajadores de la salud. También empezó a tener responsabilidad social con su nómina de empleados que, se ha anotado, fue siendo cada vez más numerosa.

Estas reformas a los estatutos se hicieron en varias asambleas generales, en el curso de varios años. Las asambleas también sirvieron para lograr que poco a poco todos los anestesiólogos en el país fueran conscientes de la gran transformación que estaba teniendo la Sociedad y de que sobre nuestros hombros recaía la obligación de responder por miles de colegas y otros profesionales de la salud. Quienes aspiraban a ser parte de la junta directiva sabían que su presencia en este órgano directivo llevaba consigo inmensas responsabilidades, incluidas las patrimoniales y penales.

Desde el momento mismo en que se creó Fepasde había conciencia del papel protector que se estaba asumiendo hacia los asociados solidarios. El servicio que les ofrecía no era, como lo hacen las compañías aseguradoras, "...una póliza impersonal a la cual acude quien la tomó cuando se presenta lo que ellos llaman 'un siniestro' y cuando esto sucede, la aseguradora acude a la letra menuda del contrato y en no pocas veces a argucias legales para evitar en lo posible tener que pagar, o pagar lo menos posible".

Siempre se pensó que se debería cubrir a los asociados, de manera que pudieran ser defendidos y asesorados en el caso de que fueran demandados en temas de tipo civil, penal, administrativo, ético y disciplinario. La Sociedad no solamente quería estar preparada para ayudar cuando se presentara un evento no deseado, desde los inicios se pensó en buscar la manera de prevenir, en la medida de lo posible, esos resultados desafortunados en la práctica profesional. Para cumplir este cometido, la Sociedad emprendió una campaña a nivel nacional para difundir el Fepasde y explicar sus bondades. Además, en esta campaña siempre se insistió en la importancia de que la práctica profesional estuviera acorde con las máximas exigencias de la *lex artis* y con las recomendaciones de cada una de las sociedades científicas, velando siempre por el bienestar del paciente. Ello incluía unas buenas relaciones con ellos y con sus familiares.

El mensaje esencial era *la buena práctica profesional es la mejor manera de evitar una demanda*.

Si se logra que los asociados se apeguen a una buena práctica médica, odontológica, de enfermería, etc., no solamente se está buscando que las demandas sean cada vez menos frecuentes, con el consiguiente bienestar para todos ellos y para sus pacientes, sino que de esta manera se protege la buena salud financiera del Fondo.

Pero como siempre, teniendo en cuenta que a pesar de un buen ejercicio médico cabe aún la posibilidad de una complicación y de una demanda, la Sociedad abrió el espacio para que en cualquier momento del día o de la noche quien tenga una complicación pueda de inmediato solicitar la asesoría de un abogado experto en derecho médico. Esto, porque ante la angustia que genera un evento desafortunado, el colega o profesional puede cometer errores que lleguen a complicar su caso si llega a los estrados judiciales.

Las actividades educativas no solamente se limitaron a las charlas y eventos que se realizaron a nivel nacional y regional; la Sociedad creó una revista para tratar diferentes temas de interés para los asociados, incluyendo aspectos científicos y legales: la Revista Médico Legal, en cuyo comité editorial participaban médicos y abogados, la cual tuve el honor de dirigir durante varios años.

Cuando la Sociedad empezó a gozar de una sólida infraestructura representada en los inmuebles que adquirió en Bogotá y en otras ciudades del país, tuvo que estudiar muy bien cómo manejar los dineros que estaba recibiendo por el ingreso de tantos asociados. Era necesario hacer un adecuado balance entre gastos de funcionamiento, inversiones y dinero disponible para cubrir pagos de eventuales demandas o acuerdos de pagos con demandantes. Eso fue bien manejado por la junta directiva y por los ejecutivos de la empresa, contando siempre con asesores de primera calidad en asuntos financieros y organizacionales.

La Sociedad, con su junta directiva a la cabeza y el director del Fondo, tuvieron como obligación fundamental la buena salud financiera. Siempre tuvieron el cuidado de tener la liquidez necesaria para cumplir con sus obligaciones frente a todos sus asociados; fueron muy celosos en la protección de los dineros que los socios solidarios les confiaron. Si bien todos eran anesthesiólogos, algunos tenían alguna formación empresarial o financiera o hicieron estudios de alta gerencia en universidades. Siempre se contó con la asistencia de funcionarios expertos que aportaron su conocimiento para manejar una empresa que cada vez era más compleja.

A mediados de 2008 la junta directiva de S.C.A.R.E. decidió separar del cargo de director ejecutivo al doctor Ruiz por diferencias en el manejo de la empresa.

En el momento de prescindir de los servicios del doctor Ruiz, la empresa no hizo ningún tipo de reconocimiento a su labor. Él, que había sido el ideólogo del proyecto Fepasde, quien con el apoyo de las juntas directivas y de los colaboradores de la S.C.A.R.E. fue su impulsor y ejecutor, lo que con el tiempo fue transformando a la Sociedad de una organización pequeña a una gran empresa, única en su género en el mundo, con un capital importante y con una gran proyección hacia todos los médicos y hacia todos los profesionales de la salud, salió por la puerta de atrás.

Después del doctor Ruiz tomó la dirección ejecutiva de la empresa el doctor Diego Peláez, quien permaneció en ese cargo aproximadamente siete años. Más adelante llegó a ese cargo el doctor Gustavo Reyes Duque, anesthesiólogo caldense quien ha manejado brillantemente la organización, cuidando la buena salud del Fondo sin descuidar las responsabilidades con los anesthesiólogos y con todos los socios solidarios. Además, su habilidad le ha permitido, con el apoyo de las juntas directivas y de todo el personal a su cargo, enfrentar situaciones críticas para la S.C.A.R.E. y para el fondo, antes y durante la pandemia.

Nuestra sociedad científica, con Fepasde, el hijo que creó y que la superó en tamaño, y con la relevancia que ha tenido en el sector de la salud en nuestro país, dista de ser perfecta. A pesar de que su enorme infraestructura le permite ofrecer múltiples servicios a los anestesiólogos y a todos sus socios solidarios, hay colegas que la critican porque tienen la sensación de que algunos temas gremiales, si bien se tratan en las asambleas, no se hacen con la profundidad suficiente. Les parece más el manejo de una empresa que maneja unos recursos muy importantes, pero que no tiene mucho interés en los problemas que afronta en su diario quehacer el colega raso.

Estas observaciones que sobre nuestra magnífica Sociedad hacen algunos colegas no me parecen malintencionadas, todo lo contrario: son críticas constructivas que buscan que las cosas puedan ser mejores.

Pienso que estas críticas pueden ser quizás exageradas, son en parte injustas, pero en algo deben tener razón. Posiblemente falte una mayor comunicación con cada uno de los anestesiólogos, aun cuando existen muchos canales por donde circula la información. Sé positivamente que se han hecho esfuerzos para mejorar el entendimiento entre las directivas y los anestesiólogos.

Es destacable que en la asamblea general de la S.C.A.R.E. realizada en Bogotá en marzo de 2022 se les presentó a los delegados un completo plan gremial. Fue bastante prolijo en detalles y discutido con amplitud. Hay una gran expectativa en los delegados y se espera que tanto la S.C.A.R.E.

como las seccionales tengan la voluntad y la capacidad de desarrollar este plan gremial. Esto seguramente dará una respuesta positiva a todas las críticas y permitirá que aumente la fidelidad de los asociados y atraiga a nuestra organización a aquellos que se han negado a participar.

Esperemos que las falencias se corrijan, como también que quienes asistan a las asambleas perciban un genuino interés de quienes están a la cabeza de nuestra organización por corregir hasta donde es posible las múltiples dificultades que afrontan nuestros colegas en su ejercicio profesional.

Si se logra que todos los anestesiólogos se sientan perfectamente identificados con la S.C.A.R.E., la perciban como propia y que está trabajando para ellos y para su bienestar, S.C.A.R.E. sería una sociedad perfecta.

Este escrito sobre el origen, creación y desarrollo del Fepasde se realizó con base en las memorias de su autor, la revisión del ideólogo, padre e implementador de este proyecto, doctor Ignacio Ruiz Moreno, y complementadas con información aportada por el doctor Luis Gonzalo Peña Aponte y la doctora Leonor Salgado. Además, para precisar algunos datos de esta historia, se consultaron los siguientes libros: el del doctor Jaime Herrera Pontón, *Historia de la anestesia en Colombia*, y los de los doctores Bernardo Ocampo Trujillo y Julio Enrique Peña, *Pioneros e ilustres de la anestesiología en Colombia* y *Pioneros II* y otros temas de la historia de la anestesia en Colombia, publicados por S.C.A.R.E. en 1999, 2010 y 2017, respectivamente.



Una asesoría en salud.
Fuente: Imagen tomada de Shutterstock.

Capítulo 4.

Treinta años de cambios

El mundo en el cual trabajan actualmente los anestesiólogos es bien distinto al que se vivía treinta años antes.

Haré un breve recuento de lo que ha cambiado, de los sucesos que han hecho que el escenario en que nos movemos sea diferente. Para ello, miraremos en esta narración aspectos relacionados con la política nacional y la economía, comentaremos sobre las formas como se han venido vinculando los colegas al trabajo, hablaremos sobre los inmensos cambios que se han sucedido en la tecnología, diremos algo sobre la educación médica y las organizaciones representativas del gremio y finalmente intentaremos un somero análisis de la situación actual de los anestesiólogos, que termina con una proyección de lo que podría suceder o de lo que debe suceder.

Lo tratado en este capítulo puede por momentos parecer ajeno a las tres historias contadas en los capítulos precedentes, pero es innegable que los anestesiólogos colombianos y los residentes de anestesiología debemos movernos dentro de un contexto nacional. Las políticas de los gobernantes, la economía del país, los cambios que el legislador ha producido en materia laboral, de salud y de educación terminan afectando directa o indirectamente a toda la población, dentro de la cual están incluidos todos los colegas.

De manera que haremos esta narración mostrando nuestra visión personal, seguramente

parcializada, de los diferentes aspectos que he mencionado.

La política nacional

El asesinato de Luis Carlos Galán Sarmiento el 18 de agosto de 1989 representó un duro golpe a la institucionalidad. Después del duelo nacional, Colombia instaló en la silla presidencial a César Gaviria Trujillo el 7 de agosto de 1990 en el lugar en el que ha debido estar Galán. Un movimiento estudiantil logró que en las elecciones legislativas de ese año se introdujera la llamada “séptima pa-peleta”, que pedía que se convocara a una Asamblea Nacional Constituyente. Esto no fue algo oficial, pues en el Consejo Nacional Electoral no aceptaron incluirla en esa elección. No obstante, los jurados de votación la tuvieron en cuenta y la contabilizaron. La mayoría de los votantes estuvo de acuerdo en que se citara a una constituyente. Posteriormente, la Corte Suprema de Justicia consideró que la opinión de los votantes debería ser respetada. Entonces el presidente Gaviria tuvo que citar a los colombianos para que eligieran a los miembros de la Asamblea Constituyente, que redactaría la nueva Constitución Política. Dicha asamblea sesionó bajo la dirección de Álvaro Gómez Hurtado, del Partido Conservador; Horacio Serpa Uribe, cabeza del liberalismo; y Antonio Navarro Wolff, líder del movimiento M-19, partido que se había fortalecido recientemente. La cita-

ción a esta constituyente implicó la revocación del Congreso de la República.

Después de varios meses de deliberaciones, firmaron la nueva Carta Política el 13 de junio de 1991.

Entre los jóvenes que impulsaron esta séptima papeleta estuvieron el exmagistrado y expresidente de la Corte Constitucional Manuel José Cepeda Espinosa y el exprocurador Fernando Carrillo Flórez. Este último considera que esta Constitución representa el consenso político más grande, el más importante de nuestra historia reciente. Ello, debido a que en esa carta política se logró un acuerdo entre las tres grandes corrientes políticas de ese momento: el liberalismo, el conservatismo y el naciente movimiento M-19.

Cuando asesinaron a Luis Carlos Galán, estábamos celebrando la asamblea nacional y el congreso nacional de la S.C.A.R.E. en Bucaramanga. Esa noche todos los delegados a la asamblea estábamos en Girón, en una fiesta de integración. Quienes participaron en esa reunión deben recordar que, sin nosotros aún estar enterados del magnicidio, pasaron un par de volquetas cerca de nosotros. Compungidos por la muerte de su ilustre paisano, al vernos en una fiesta, sus ocupantes gritaban enfurecidos “¡oligarcas!”. De inmediato, ya sabiendo lo que había sucedido, salimos apresuradamente hacia nuestros hoteles.

Durante ese congreso nacional ya se hablaba, con un poco de timidez, de la oximetría y de la capnografía. El doctor Alberto Morales, ya fallecido, esposo de la doctora María Eugenia Gómez Pizza, expresidente de la sociedad, sostuvo en su conferencia que a su juicio la capnografía era quizás más importante que la oximetría en algunos casos, sin restarle importancia a la medida de la saturación de oxígeno.

Veamos algunos cambios que trajo esta nueva Constitución.

Algo de lo que no debemos sentirnos orgullosos es que se eliminó la extradición. Por fortuna, retornó a nuestro ordenamiento jurídico años más tarde, en 1997. Los defensores de acabar con la extradición alegaban que nosotros debemos tener la facultad de condenar y castigar a quienes cometen crímenes en nuestro país. En esta ocasión se criticó que la inclusión de la no extradición en la carta política fuera producto de la presión de los narcotraficantes sobre algunos constituyentes. Esto no se comprobó, pero muchos creen que así sucedió. Es llamativo que en la actualidad algunos narcotraficantes prefieren ser enviados a Estados Unidos, donde pueden hacer algún tipo de negociación con las autoridades (seguramente a cambio de mucho dinero) y en pocos años pueden gozar de libertad plena en ese país, donde pueden disfrutar de su fortuna mal habida.

Esta Constitución en su artículo 1.º ratifica que “Colombia es un Estado social de derecho”. Debe, por lo tanto, respetarse la independencia de los tres poderes: ejecutivo, legislativo y judicial. Esto, que parece tan simple, es una garantía constitucional de que en nuestro país no hay cabida para un gobierno dictatorial.

La nueva Constitución se cataloga como garantista. Es una virtud positiva, pero se ha prestado para abusos.

Un logro importante fue la instauración de la figura de la tutela, llamada amparo en otros países. Permite que las personas puedan lograr de forma rápida, acudiendo a un juez, que no se vulneren sus derechos fundamentales cuando el conducto regular para lograrlo es dispendioso. Le mantiene de inmediato el derecho a la persona (artículo 86 de la Constitución Política de Colombia).

Como veremos más adelante cuando hablemos de leyes que regulan el sistema de salud y por ende nuestro ejercicio profesional, muchos colombianos que han sentido vulnerados sus derechos en materia de salud han podido acudir a la

tutela para acceder al servicio. En ocasiones, los anesthesiólogos hemos debido prestar nuestros servicios para obedecer a una tutela.

Se creó la Fiscalía General de la Nación, cuya función esencial es investigar delitos y acusar a los presuntos infractores ante los juzgados y tribunales competentes (artículos 249 y 250). Anteriormente, los jueces iniciaban la investigación de los delitos, juzgaban y condenaban. Con este nuevo ente, se implementó en el país el Sistema Penal Acusatorio, que incluye la oralidad en los procesos. Se esperaba que con estos cambios se agilizará la aplicación de la justicia, lo que lastimosamente no ha pasado.

Cobijados por la nueva Carta, dicen sus críticos, pasamos del tradicional bipartidismo a la creación de un gran número de partidos políticos, no siempre con una verdadera plataforma ideológica.

Con la creación de nuevas cortes, se incrementó el número de magistrados. Según el exprocurador y exfiscal Alfonso Gómez Méndez, pasamos de cuarenta a algo así como ciento cincuenta magistrados. Además de un mayor gasto, no es infrecuente presenciar enfrentamientos en sus fallos, los llamados “choque de trenes”.

Algo muy negativo fue asignarles funciones electorales a las cortes. Esto las politizó, algo que les resta imparcialidad y permite la intromisión de intereses políticos en sus decisiones.

Con la opción que se abrió a los políticos de obtener candidaturas por firmas fuera de los partidos, es fácil irrespetar los topes de gastos e iniciar campañas políticas antes de que los partidos las inicien, lo que concede ventajas frente a los candidatos de los partidos.

Lo anterior, al lado de la corrupción, la cual no ha sido posible controlar a pesar de tantos órganos de control, ha llevado a la impopularidad de los partidos políticos, de los poderes del Estado, de

las instituciones. Todos estos hechos hacen que la verdadera democracia sea cada vez más frágil.

También durante la presidencia de César Gaviria se introdujo en el país la apertura económica. Se recuerda que en su posesión la anunció pomposamente, con la frase “bienvenidos al futuro”, pues consideraba que así nos pondríamos a tono con el mundo en un plazo corto. Decía que era la manera de competir en el mercado internacional; al ponernos a competir en el mundo sin tener una adecuada preparación, se permitió que entraran al país a menos precio productos que nosotros producíamos. El resultado fue que muchas empresas, agricultores e industriales colombianos se quebraron.

Algo que se hizo fue retirar subsidios a la agricultura, los cuales existen en países como Estados Unidos. Fue una apertura mal hecha, tanto es así que el mismo Gaviria, años más tarde, reconoció que esa fue una política equivocada en ese momento. El país no tenía las condiciones para esa apertura. Antes de ello, era necesario hacer competitiva a nuestra fuerza productiva.

El cuatrienio de Gaviria heredó la violencia terrible del narcoterrorismo. Los años previos a su posesión y los primeros de su mandato fueron quizás los más oscuros de la vida republicana reciente. Este triste periodo se inició durante la presidencia de Virgilio Barco. Al final de su mandato fueron asesinados tres candidatos presidenciales: Luis Carlos Galán Sarmiento, Bernardo Jaramillo Ossa y Carlos Pizarro Leongómez. Jaramillo era candidato del partido Unión Patriótica. Pizarro era líder del movimiento M-19, grupo que antes de desmovilizarse había secuestrado a Álvaro Gómez Hurtado. Este grupo había exigido la convocatoria a una Asamblea Nacional Constituyente, propuesta que estaba en consonancia con lo que se pedía en la “séptima papeleta”.

Meses antes, en marzo de 1989 fue asesinado otro conocido político, José Antequera. En el aereo-

puerto El Dorado fue herido gravemente Ernesto Samper Pizano, precandidato presidencial por el Partido Liberal.

Estos no fueron los únicos hechos que causaron dolor e inmensa tristeza en el pueblo colombiano.

Los narcotraficantes, con Pablo Escobar Gaviria y Gonzalo Rodríguez Gacha a la cabeza, desataron una serie de actos terroristas verdaderamente escalofriantes. Pusieron bombas de manera indiscriminada que cobraron muchas vidas inocentes y grandes daños materiales. En Medellín, Escobar pagaba a sus sicarios por cada policía asesinado. Pocos años antes habían asesinado a don Guillermo Cano, director del diario El Espectador, y habían acabado con el edificio de ese periódico. Habían asesinado también al procurador Carlos Mauro Hoyos, al ministro de Justicia, Rodrigo Lara Bonilla, y al exministro de esa misma cartera Enrique Low Murtra y le habían hecho un atentado a un exministro de Justicia, Enrique Parejo González, cuando se desempeñaba como embajador en Hungría. Todos estos actos criminales fueron realizados contra quienes los denunciaron o contra quienes lucharon contra el narcotráfico y quisieron someter a la justicia a los traficantes de la droga, quienes pretendían arrodillar al Estado colombiano.

La situación de orden público era de tal magnitud que cuando estábamos organizando el Congreso Latinoamericano de Anestesiología en Bogotá, en 1993, la Sociedad de Anestesiólogos de Costa Rica se puso en contacto con la S.C.A.R.E. y le propuso que se les cediera a ellos la realización de dicho congreso. La propuesta nos pareció inaceptable. Colombia realizó exitosamente este congreso, en Bogotá, en agosto de ese año.

El poder que alcanzaron los narcotraficantes, acompañado del terrorismo que utilizaron para intentar doblegar al Estado, además del daño a la población, afectó a las organizaciones médicas y a las sociedades científicas. Las instituciones hos-

pitalarias con servicios quirúrgicos vivían como si estuviéramos en guerra, pues con relativa frecuencia llegaban las víctimas de las bombas que ponían en los centros comerciales. Los anestesiólogos debían estar atentos a prestar su concurso en la atención de los heridos. En un hotel de Cartagena donde se celebraba un congreso pusieron una de esas bombas. Varios de los invitados internacionales a nuestros congresos declinaron la invitación por el temor a estos actos de terrorismo y a la guerrilla rural. En Estados Unidos, por ejemplo, se le advertía a la población el riesgo que implicaba visitar nuestro país.

Algo criticado al gobierno de Gaviria fue la “entrega” de Pablo Escobar, pero en una cárcel hecha a su medida, desde la cual seguía manejando el negocio de la droga. A esa cárcel, prácticamente adecuada por él, se la denominó “la catedral”. Al año de permanecer allí, cuando se enteró de que los norteamericanos planeaban ir por él, Escobar salió sin mayor problema (se decía que él manejaba la cárcel) y regresó a la clandestinidad. Finalmente, la Policía Nacional, seguramente con ayuda estadounidense y del grupo llamado los Pepes, “Perseguidos por Pablo Escobar”, le dio de baja el 2 de diciembre de 1993.

Para desdicha de nuestro país, el negocio del narcotráfico ha continuado hasta nuestros días. El poder de esos dineros sucios ha corrompido a muchos sectores colombianos, incluyendo a políticos y funcionarios, a diferentes niveles. Hay que decir que la corrupción es el problema más grave que abruma a Colombia. Los movimientos guerrilleros, que seguramente en sus inicios pudieron tener motivaciones políticas, fueron seducidos por el lucrativo negocio de la droga y muchos de sus cabecillas terminaron aliados con narcotraficantes.

El poder de seducción con las inmensas cantidades de dinero que maneja ese negocio ilegal, probablemente fue la razón por la cual un sector importante de los guerrilleros que firmaron la paz con el gobierno Santos decidieron traicionar



César Gaviria Trujillo.
Presidente de Colombia de 1990 a 1994.
Fuente: World Economic Forum.

el documento firmado y regresaron a la insurgencia y a su alianza con los barones de la droga. Claro que varios de estos comandantes tenían temor de ser juzgados y condenados por delitos de lesa humanidad o por haber continuado sus malas prácticas después de firmada la paz. Uno de los grandes errores del Gobierno fue no haber tenido la voluntad o la capacidad de copar los territorios que antes estaban en poder de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC).

El paramilitarismo nació como una forma de protección frente a la amenaza guerrillera. Por desgracia, esta fuerza ilegal pasó de ser una herramienta meramente defensiva a convertirse en un peligro para muchos colombianos. Abusaron del poder que les dieron las armas. Han sido acusados de asesinatos colectivos, torturas, desplazamientos forzados y muchos crímenes.

La Ley de Justicia y Paz, firmada en 2005, pretendía reinsertar a los paramilitares, retornarlos a la legalidad. Se dijo que esto fue una farsa porque al parecer no entregaron el grueso de sus armas. También se dice que muchos de los desmovilizados continuaron delinquir. Esos grupos de exparamilitares se conocieron como Bacrim (bandas criminales). El expresidente Uribe ha afirmado que las Bacrim venían funcionando desde antes del proceso de reinserción. Sus contradictores afirman que eso no es cierto.

Exparamilitares, incluyendo a Salvatore Mancuso, fueron extraditados a Estados Unidos después de haber permanecido presos en Colombia. Esta medida fue fuertemente criticada por las víctimas de sus crímenes porque afirmaban que estos señores han debido pagar por sus crímenes en el país, decir toda la verdad y reparar en parte los daños causados.

El gobierno de Juan Manuel Santos, después de arduas conversaciones con los cabecillas de las guerrillas de las FARC, firmó con ellos la paz en el año 2016. Este acuerdo contó con el apoyo

del Gobierno norteamericano y de las Naciones Unidas, pero en el país tuvo la férrea oposición de Álvaro Uribe y su grupo político. No estaban de acuerdo con que se indultase a los guerrilleros ni con la posibilidad de que algunos de sus líderes fueran senadores u ocuparan cargos públicos. Por ello, mostraron su desacuerdo con la creación de la JEP (Jurisdicción Especial de Paz), ente creado para juzgar a los rebeldes y condenar a quienes incumplieran sus compromisos con el acuerdo, no dijeran la verdad o siguieran delinquiendo después de la firma de la paz.

Santos convocó a los colombianos para que dijeran sí o no al Acuerdo de Paz, a pesar de que algunos de sus asesores le dijeron que esto no era necesario. Ganó el no, con el 50,21 % de la votación, frente al 49,78, que dijo sí. La abstención fue del 62,57 %. Algunos columnistas de la prensa nacional y dirigentes políticos atribuyeron este resultado a falta de una adecuada información por parte del Gobierno y a una fuerte campaña de desinformación por parte de la oposición, basada en el miedo. Lo cierto es que, ante este resultado, el presidente se vio obligado a convocar a los principales voceros del no con el fin de hacer ajustes al acuerdo. El Gobierno escuchó sus observaciones, aceptó buena parte de ellas, no todas, y sometió el nuevo documento para aprobación por parte del Congreso de la República. La legitimidad de este nuevo acuerdo se basa en una norma que le permite al legislativo aprobar proposiciones sobre políticas públicas.

Claro que este nuevo acuerdo que aprobó el Congreso no fue bien recibido por la oposición, que afirmaba que los cambios que se introdujeron fueron “meramente cosméticos”. Esta situación ha causado una gran polarización, algo muy negativo para la buena marcha de nuestra sociedad.

Con el paso del tiempo, algunos cabecillas de las FARC se declararon en disidencia. Esto pudo deberse a que sospechaban que podrían ser condenados por la JEP o porque querían continuar en

rebeldía, participando en el negocio de las drogas ilícitas.

Del otro grupo rebelde, el Ejército de Liberación Nacional (ELN), solamente diré que parece no tener un mando unificado; el gobierno Santos inició contactos con ellos para buscar algún acuerdo de paz, sin lograrlo. Pocos meses después de asumir la presidencia el presidente Duque, este grupo guerrillero fue el autor de un atentado en la Escuela de Cadetes de la Policía General Francisco de Paula Santander de Bogotá. No han dado señales que permitan vislumbrar que tienen buena voluntad para buscar un acuerdo, han continuado con los atentados y el Gobierno dijo que no quería negociar con ellos si continuaban delinquir. Parece que el gobierno de Gustavo Petro sí tiene intenciones de negociar algún acuerdo con este grupo.

Contratación en el sector salud

La contratación en Colombia cambió desde 1990, cuando se expidió la Ley 50 de 1990, en la que se introdujeron reformas al Código Sustantivo del Trabajo.

Antes de esta ley, los contratos a término fijo eran la excepción. Cuando se recurría a este tipo de contratos, no se podía hacer por periodos menores de un año. Esto le daba cierta estabilidad laboral al trabajador.

La mayoría de empleados tenían un contrato a término indefinido, con todas las prestaciones, incluyendo vacaciones remuneradas, pago de incapacidades y derecho a pensión.

A partir de la Ley 50 es posible hacer contratos a término fijo cada tres meses. También se redujeron las indemnizaciones cuando se despide a un trabajador.

Hemos visto que se ha flexibilizado la forma como se remunera al trabajador.

Actualmente, los trabajadores de la salud que tienen contrato a término indefinido, con todas las prestaciones sociales, son una minoría.

Muchos colegas trabajan mediante las llamadas órdenes de prestación de servicios (OPS). La Corte Constitucional estableció en su sentencia C-614/09 que este tipo de contratación debe ser la excepción y no la regla. A pesar de ello, muchas empresas, incluidas empresas estatales, continúan contratando mediante esta modalidad. No hay una relación laboral, la empresa no está obligada a pagar la seguridad social, no hay estabilidad laboral.

Existen otras modalidades de trabajo, como las cooperativas de trabajo asociado, las S.A.S (sociedades de acciones simplificadas), las OPS (orden de prestación de servicios), los contratos sindicales. En algunas de ellas puede darse la figura de la intermediación, que puede ser ilegal.

Las cooperativas de trabajo asociado, como su nombre indica, son en principio iguales a cualquier cooperativa: son democráticas, no tienen ánimo de lucro, pero su objetivo es que sus asociados puedan acceder a puestos de trabajo estables, de manera que esto contribuya a su buena calidad de vida. Quienes hacen parte de la cooperativa son sus dueños, sus gestores y a la vez son trabajadores, pero no son asalariados ni empleados independientes. Por pertenecer al sector cooperativo, tienen ventajas tributarias, algo muy apreciado. Los asociados, con esta figura, aportan a la cooperativa el valor de su afiliación y su fuerza de trabajo. El dinero que reciben por su trabajo no constituye salario ni honorarios. Lo llaman compensaciones.

Esta forma de asociación para el trabajo sufrió mucho en el año 2011. Empezaron a limitarles sus privilegios. Se dice que por presiones de los tratados de libre comercio con Estados Unidos, fueron agobiadas con sanciones y multas y finalmente declaradas ilegales, razón por la cual muchas, quizás todas, desaparecieron o se transformaron en otro tipo de organización. Una de estas coo-

perativas estaba conformada por anesthesiólogos, la denominada Anestecoop, entidad que tuvo que liquidarse.

En el año 2018 fueron legalmente reconocidas por el Estado. Hoy se puede afirmar que podrían funcionar sin problemas, pero debido a que fueron tan desprestigiadas años atrás, su mala imagen las ha hecho poco atractivas.

Los contratos sindicales (artículo 482 del Código Sustantivo del Trabajo) se establecen cuando un sindicato debidamente constituido celebra un contrato para la prestación de servicios, en nuestro caso, área de la salud, con una IPS. Esta, gracias a que contrata con otra empresa (el sindicato) y no con personas, se libera de la carga prestacional.

Personalmente me ha parecido que los contratos sindicales presentan lo que se podría catalogar como un contrasentido. Los sindicatos luchan por las mejores condiciones de sus afiliados. Deben velar porque sus asociados trabajen en condiciones dignas, seguras y con la mejor remuneración posible. Cuando todo marcha bien y hay una buena relación con el empleador, no hay ningún problema. Pero si existen desacuerdos, ¿cómo debe actuar el sindicato, cuando debe velar por sus asociados, pero a la vez tiene una responsabilidad contractual, como empresa que es, con el patrono? ¿Qué pasa con la posibilidad de hacer convenciones colectivas o en casos extremos acudir a una huelga, como lo pueden hacer los sindicatos?

Por lo anterior, se dice que cuando un sindicato hace un contrato sindical, realmente no está actuando como un verdadero sindicato, sino como una empresa que hace de intermediaria entre unos trabajadores y una clínica o un hospital.

En honor a la verdad, debo consignar una experiencia interesante con este tipo de contratación.

Es probable que existan casos similares.

Existe un sindicato de anesthesiólogos en Antioquia que efectúa contratos sindicales con un número importante de hospitales y clínicas. Nos informan que trabajan de una manera muy organizada, que los colegas reciben puntualmente el dinero producto de su trabajo, no importa que las IPS se demoren en el pago. Parece que los colegas están satisfechos con este tipo de contratación. Lo que no se sabe es cuál será la actitud del sindicato como empresa ante un reclamo de los anesthesiólogos frente a algún problema con la institución donde trabajan si el problema es grave.

Las S. A. S. fueron creadas mediante la Ley 1258 de 2008 para facilitar la apertura de empresas, eliminando los trámites que existen en Colombia para crear empresa. Su régimen de funcionamiento es más flexible.

Esta última figura facilitó que algunos médicos y trabajadores de la salud crearan su propia empresa e hicieran contratos con clínicas u hospitales, estableciendo una intermediación entre los colegas y estas instituciones médicas.

Uno de los problemas que tienen tanto las OPS como los contratos sindicales, las cooperativas de trabajo asociado, si llegaran a funcionar nuevamente, y las S. A. S. es el pago de la seguridad social, sobre todo la cotización para pensión. Generalmente, el trabajador cotiza por un menor valor, de manera que su ingreso mensual real no disminuya tanto por esta cotización. Si este menor aporte para pensión se mantiene, el trabajador va a pensionarse con un monto muy inferior al que venía percibiendo durante su vida laboral.

Otra manera que tienen los colegas de trabajar es mediante la tercerización, donde la empresa que terceriza ejecuta el contrato con sus propios recursos financieros, administrativos y humanos. Hay autonomía total. Esto podría darse en una clínica donde los anesthesiólogos están cobijados por una organización empresarial dueña de los elementos de trabajo. Pero he visto que algunos

autores, cuando se refieren a los contratos sindicales, hablan de tercerización, lo cual a mí juicio es un error, si no están poniendo todos los recursos para el trabajo de los profesionales.

Por último, tenemos el ejercicio privado de la especialidad. Hace más de treinta años, la Sociedad creó una tabla para determinar el cobro de honorarios, llamada “Guía de Valores Relativos”. En esta tabla se agrupaban los procedimientos anestésicos por categorías y a cada una de estas categorías se le asignaban unos números. Adicionalmente, se asignaban números de acuerdo al estado físico ASA, duración de la anestesia o si el procedimiento era de urgencia. Al final, se sumaban todos los puntos y se multiplicaba por el valor de la unidad de valor relativo previamente acordado. Dicho valor debía ser determinado entre el grupo de anestesiólogos y la entidad hospitalaria. Esta manera de cobrar los honorarios contrastaba con otra modalidad, combatida por nuestra Sociedad. En esta otra, los honorarios del anestesiólogo se calculaban como un porcentaje de los honorarios del cirujano. No se veía bien que lo que cobraba un especialista estuviera supeditado a lo que cobraba otro especialista. Este porcentaje estaba por el orden del 30 %, pero podía variar, según el sitio de trabajo. Esta modalidad era común en algunas regiones del país. En el llamado entonces ICSS se logró subir este porcentaje hasta el 60 %. Hoy debe haber muy pocos anestesiólogos que utilizan esta guía.

Los grupos de anestesiólogos hacen sus acuerdos según su capacidad de negociación con la institución. Estamos hablando del sector mejor favorecido de anestesiólogos en Colombia, porque ellos lograron un buen posicionamiento dentro de una clínica de prestigio, por su capacidad de negociación dentro de su institución o porque son accionistas de esta.

Una anotación final: hace treinta años el salario de un anestesiólogo que trabajara con vinculación laboral de tiempo completo en una institución como el ICSS era el equivalente a veinte salarios

mínimos, que hoy (2022) sería de más de veintitún millones de pesos. Además, el colega podía percibir ingresos adicionales en otra institución, con frecuencia bajo la forma de trabajo privado. Hoy es difícil evaluar los ingresos promedio de un anestesiólogo en Colombia por las diferentes modalidades de trabajo existentes.

En los años noventa, en el Seguro Social, llamado entonces Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICCS), no había mucha diferencia entre lo devengado por el especialista y el médico general. Actualmente esa brecha es grande.

Con base en datos parciales suministrados por funcionarios de la S.C.A.R.E. y miembros de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología, se puede afirmar con algún grado de certeza que, descontando a los que trabajan de manera privada, la mayoría de anestesiólogos, cerca de un 60 a 70 %, trabajan por OPS, entre 12 y 15 % lo hacen a través de un contrato sindical y solamente un 10 a 15% mediante un vínculo laboral. Estas cifras se basan en indagaciones parciales, no son producto de un estudio universal sistematizado, pero dan una idea de la realidad que vive el gremio en el tema laboral. Además, estos porcentajes pueden ser bien diferentes de una región a otra del país.

Un estudio observacional publicado en la *Revista Colombiana de Anestesiología* reporta que el 47 % de los encuestados trabajaban por OPS. En dicho estudio detectaron una sobrecarga laboral en la mayoría de los anestesiólogos entrevistados (75 % trabajan 200 horas al mes, 67 % realizan jornadas de 12 o más horas) (1).

Dentro de nuestro gremio existe la discusión sobre cuál es la mejor manera de hacer contratos, tanto en el sector público como en el privado.

Varios líderes del gremio afirman que la mejor forma de contratación es el contrato a término indefinido, con todas las prestaciones de ley. Esto le da estabilidad al trabajador, le ofrece periodos

de vacaciones y le garantiza que, si se enferma o sufre algún accidente, no perderá por ello su remuneración mensual. Además, le garantiza pensión al final de su vida laboral. Su empleador contribuye a su seguridad social.

Muchos colegas prefieren trabajar bajo otras modalidades de trabajo, porque de esta manera su ingreso es superior al que tendrían si estuvieran en la nómina de la empresa, con un contrato de trabajo legal y reglamentario. En estos casos, deben pagar su seguridad social sin la ayuda del empresario. Si pagan por concepto de pensión por un valor menor, deben saber que al final de su vida laboral su mesada pensional será menor.

Ley 30 de educación y la educación médica

Poco después de la promulgación de la nueva Constitución, se sancionó la Ley 30 de diciembre de 1992, que organiza el servicio público de la educación superior. Allí se define que este tipo de educación está a cargo del Estado y de particulares. Pretende llevar la educación a más estudiantes. Introduce el concepto de la autonomía universitaria. Dice un abogado que dicha autonomía universitaria es realmente una “patente de corso”, bajo cuyo amparo se les permite a estas instituciones privadas de educación superior cometer muchos abusos, sin que exista un control que lo evite.

Hay que establecer que para el país son importantes las universidades privadas, como lo son las públicas, pero estas últimas requieren un gran apoyo por parte del Estado.

Algunos han dicho que esta ley de educación representa el neoliberalismo en la educación superior. Se basan en el estímulo a las instituciones particulares o privadas, en detrimento de las universidades públicas. Esto ha sido denunciado por estudiantes y profesores de estas últimas.

Un ejemplo: de acuerdo a información del vicerrector de la sede Bogotá de la Universidad Nacional de Colombia, doctor José Ismael Peña, desde el año 1991 el presupuesto estatal para el funcionamiento está congelado. Se incrementa anualmente de acuerdo al IPC (índice de precios al consumidor), lo que no representa ningún aumento real, a pesar de que el número de estudiantes, la nómina de profesores y la planta de personal se han incrementado de manera importante. En la década de 1999 al 2009 los estudiantes de pregrado en la sede Bogotá se incrementaron en un 11,12 % y los de posgrado en un 30 %. En ese mismo periodo, en todas las sedes, el número de estudiantes de pregrado se incrementó en un 48 % y en los de postgrado subió en un 64 %. El desfase entre el presupuesto asignado y la responsabilidad con el número cada vez mayor de estudiantes es enorme.

Desde 1999 hasta el primer semestre del 2021, los estudiantes de pregrado en Bogotá pasaron de 22.525 a 27.887 (incremento del 24 %) y los de posgrado de 4.614 a 5.766 (incremento del 25 %). Si se incluyen las sedes de la Universidad en el país, los alumnos de pregrado pasaron de 39.065 a 50.129 (se incrementaron en un 28 %) y los de posgrado pasaron de 6.135 a 8.263 (el incremento fue del 35 %). La Universidad ha crecido enormemente... ¡pero sigue prácticamente con el presupuesto de hace poco más de treinta años!

Por tal razón, la infraestructura está francamente deteriorada, con edificios en ruinas, y ha habido dificultades para adquirir muchos elementos tecnológicos. A pesar de esas dificultades, es una de las universidades que tiene más publicaciones y tiene más doctorados en el país.

El doctor José Félix Patiño, un estudioso y una autoridad en el tema de la educación médica, se refirió a la calidad de la educación médica y fue un crítico de la proliferación de escuelas de medicina. Hace algunos años dijo lo siguiente:

No es asunto de poca monta que la educación de pregrado y la educación continua de los médicos, de otros profesionales de la salud y de tecnólogos del sector sea inadecuada, tema que debe generar profunda preocupación y que obliga a tomar medidas con carácter de urgencia. Pensando de manera positiva, lo que se impone es establecer controles que mejoren la calidad de la educación de los actuales y futuros estudiantes de pregrado en las facultades existentes y en las que vendrán, inclusive las creadas por los que critican la proliferación de las universidades y el negocio de la educación.

También mencionaba el doctor Patiño la importancia de la formación humanística para los médicos en formación.

El tema de la proliferación de facultades de medicina y la formación de los futuros médicos ha sido considerado en el país en diferentes escenarios. Se critica que no exista un adecuado control de calidad de esos centros de formación. A esta problemática se han referido académicos en el país, incluido el doctor Patiño.

Claro que toda facultad de medicina debe tener un registro calificado, expedido por el Ministerio de Educación, el cual aparentemente es muy estricto y debe ser renovado cada siete años. Adicional a esto, existe el proceso denominado Acreditación, que debe ser un indicador de excelencia en desempeño. Este lo han obtenido más de la mitad de las facultades existentes, pero hay algunas que no lo han logrado.

Hace unos cuarenta años, en Colombia solamente había ocho facultades de medicina. Estaban las facultades de las universidades de Antioquia, Caldas, Cartagena, Cauca, Javeriana, Rosario, Nacional y Valle.

Hoy tenemos cincuenta y ocho facultades de medicina.

En las últimas generaciones de médicos, encontramos colegas que son menos clínicos que en el pasado. Algunos prefieren (no todos) pedir un electrocardiograma, una ecografía, una tomografía o una resonancia que hacer una buena auscultación o un buen examen físico.

Por otra parte, en muchas instituciones el médico general se ha convertido en la persona que remite buena parte de sus pacientes al especialista. En ocasiones lo hacen para evitar una eventual demanda por mala práctica.

Considero que el Estado debe velar por una educación médica de mucha mayor calidad. Se deben extremar las exigencias de calidad a las facultades de medicina. El médico general colombiano debería tener la capacidad de resolver la gran mayoría de los problemas de salud, acompañado de un muy buen sistema de salud pública a cargo del Estado. Y los estudiantes de medicina deberían tener una educación humanística suficiente, incluyendo, muy especialmente, una formación en aspectos éticos. Ello garantizaría que, una vez sean médicos en ejercicio, tengan un comportamiento ejemplar como profesionales, como hombres y mujeres de bien.

Ley 100 de 1993

Salud

La Ley 100 produjo un cambio sustancial en todo el Sistema de Seguridad Social en el país. Veamos cuáles fueron sus efectos en la prestación de los servicios de salud en el país.

En la organización estructural, creó las entidades promotoras de salud (EPS), a las cuales se afilian las personas, pero los servicios de salud son prestados por las llamadas instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).

Esta ley incrementó la cobertura sanitaria en Colombia, superior al 96 %. Las EPS manejan los

Capítulo 4. Treinta años de cambios



Máquina antigua de anestesia.
Fuente: Salón (museo) de la memoria histórica de la salud". Universidad de Caldas/Academia de Medicina. Curador doctor Bernardo Ocampo Trujillo.



Máquina moderna de anestesia.
Fuente: Imagen tomada de iStock.

recursos de los pacientes, haciendo una intermediación entre estos y las IPS. Desafortunadamente, el Estado no ha tenido la capacidad de ejercer una vigilancia efectiva sobre su funcionamiento. Esto, unido a la politiquería y la corrupción, ha facilitado el mal funcionamiento de algunas de estas EPS y el desvío de recursos.

Todos los colombianos vimos cómo se robaron Saludcoop, al igual que Caprecom. A Medimás se le permitió empezar a operar sin tener la capacidad operativa ni el respaldo financiero para funcionar. Una vez iniciada su labor y empezó a tener fallas protuberantes, ninguno de los órganos de control tomó las medidas adecuadas para controlarla o sancionarla oportunamente.

Pero no es el único caso: se decía que a comienzos del año 2022 existían en el país por lo menos catorce EPS que no cumplían con los requisitos exigidos por la ley para funcionar. Las deudas que este sector tiene con las IPS son del orden de 23 billones, o incluso más. El problema grave es que estas deudas afectan a muchas IPS y por consiguiente a muchos trabajadores y profesionales de la salud.

La corrupción en Colombia no se limita al sector salud. El senador Jorge Robledo, en su libro *La corrupción en el poder y el poder de la corrupción en Colombia*, citando el índice de competitividad global del Foro Económico Mundial 2015-2016, muestra que nuestro país se ubicó en el puesto 126 entre 140 en el indicador de ética y corrupción, advirtiendo que el 140 es el peor.

Cecilia López, quien fue directora del ISS, dijo que “esta ley le dio demasiado al sector privado”. Considera que la salud se universalizó, pero no se facilitaron los recursos que se necesitaban.

Como se dijo, buena parte de los dineros de la salud son manejados por el sector privado. Lo desafortunado es que no ha habido el control adecuado de la gestión, lo que ha facilitado malos manejos.

Calidad en la atención en salud

La Ley 100 tuvo repercusiones en la atención que se presta a los pacientes y en el ejercicio de todos los profesionales de la salud. La mayor cobertura del nuevo sistema no se ha acompañado de una mejor calidad en la prestación de algunos servicios.

Con esta ley se afectó notablemente la relación médico-paciente, dentro de la gran mayoría de la población. Ha habido pérdida de la autonomía en el ejercicio de la profesión médica. Los médicos con frecuencia son limitados en su formulación o en las solicitudes de exámenes paraclínicos. Esto naturalmente representa un deterioro en la tan ansiada calidad en los servicios médicos. Todo lo anterior ha deteriorado la manera de ejercer la medicina; los profesionales han sido maltratados, sus ingresos se han desmejorado. Es deplorable la situación del médico general, tanto en lo que tiene que ver con los salarios que pagan las IPS como con el trato que reciben por parte de algunos empleadores. No es infrecuente que su jefe ni siquiera sea otro médico. Pero a pesar de lo anterior, existen muchas instituciones que prestan un excelente servicio y tienen buena relación con los profesionales y trabajadores de la salud.

Por todo lo anterior: por las falencias en la calidad de la atención, por el aprovechamiento de los recursos de la salud para beneficio de unos pocos corruptos, por el maltrato a los médicos, grupos del sector de la salud han presentado proyectos de reforma al sistema de salud.

En el año 2014 todas las organizaciones médicas lograron unirse y analizar los problemas por los que atravesaba el sector. Se creó lo que se llamó la Gran Junta Médica Nacional, constituida por las cabezas de todas las asociaciones representativas de los médicos: Academia Nacional de Medicina, Federación Médica Colombiana, ACSC (institución en la que participa la S.C.A.R.E.), Asmedas, Colegio Médico Colombiano y Asociación Nacional de Internos y Residentes (ANIR). Esta junta

elaboró un documento en el cual se reconocía la salud como derecho fundamental y se determinaba que los médicos debían gozar de responsable autonomía en su ejercicio profesional. El peso de este organismo no oficial, en su calidad de representante de todo el gremio, permitió que su documento fuera tenido en cuenta por el presidente Santos, quien lo presentó personalmente al Congreso de la República. Con su apoyo político, el legislativo, basado en el documento, promulgó la Ley Estatutaria de Salud, la 1751, sancionada por el ejecutivo el 16 de febrero de 2015.

Como pasa a veces en el país, a pesar de que esta ley fue encontrada ajustada a nuestro ordenamiento jurídico por la honorable Corte Constitucional (Sentencia 313 de 2014), realmente no se ha cumplido.

Este incumplimiento motivó un gran movimiento, esta vez no solamente de los médicos, sino de un amplio sector de los profesionales de la salud, incluida la S.C.A.R.E., a elaborar un documento denominado *Acuerdos Fundamentales para el Pleno Desarrollo de la Ley Estatutaria de Salud*. El objetivo del gremio y de todos los profesionales sanitarios es lograr que la ley estatutaria se cumpla a cabalidad.

Este documento se le presentó al Gobierno nacional, al Congreso de la República y a la opinión pública. Estaremos atentos al resultado de estos acuerdos, que deberían ser muy positivos para la salud de todos los colombianos y para los médicos.

Durante la última revisión de este texto, se sabe que el gobierno del presidente Gustavo Petro designó a la doctora Carolina Corcho como su ministra de Salud. Ella tomó parte en la Gran Junta Médica Nacional que presentó el proyecto que se convirtió en Ley Estatutaria de Salud, la 1751. Más tarde, en su condición de vicepresidente de la Federación Médica Colombiana, la doctora Corcho participó en la redacción de los *Acuerdos Fundamentales para el Pleno Desarrollo de la Ley Estatutaria de Salud*.

De acuerdo con lo que ha dicho, la nueva ministra pretende que esta ley se cumpla a cabalidad. Ha criticado mucho el desempeño de las EPS, las cuales hacen el papel de intermediarias entre el dinero que recibe el Estado para atender la salud de la población y los pacientes que reciben atención en las clínicas y hospitales. Inicialmente dijo que se suprimirían las EPS. Posteriormente afirmó que podrían no liquidarse, sino transformarse.

El presidente ha dicho que el proyecto de reforma de salud se presentará al Congreso Nacional en el año 2023. Amanecerá y veremos qué aprueba el legislativo.

Pensiones

La Ley 100 no solamente modificó sustancialmente el sistema de salud. También introdujo cambios en el sistema pensional.

Anteriormente las personas se pensionaban, con excepción de algunos regímenes especiales, a través del Instituto de Seguros Sociales, mediante el sistema de prima media con prestación definida. Esta manera de pensionarse aún persiste, con algunas modificaciones. La mesada pensional se establecía con base en la remuneración del último año de trabajo. Con las nuevas disposiciones, el monto de la pensión tiene en cuenta los últimos diez años de actividad laboral, con valores actualizados a la fecha de la pensión. Se trata de sistema pensional solidario.

La Ley 100 estableció otro sistema de pensión: el de ahorro individual con solidaridad. Está inspirado en gran medida en el sistema instaurado en Chile durante el mandato del presidente Augusto Pinochet. Se trata de los *fondos privados de pensiones*, empresas con ánimo de lucro, que compiten en este mercado y captan las cotizaciones de quienes se afilian a dichos fondos. Quienes entran en este sistema están aportando a un fondo personal. El monto de su pensión dependerá de lo

que se haya podido aportar durante la vida laboral. No es un sistema solidario.

Cuando se comparan los dos sistemas, es evidente que mientras en el primero existe solidaridad, el segundo hace parte de un negocio manejado por conglomerados financieros. A manera de ejemplo, una persona que en el sistema de prima media pudiera recibir una mesada de seis millones de pesos, esa misma persona afiliada a los fondos privados de pensiones y cotizando un valor exactamente igual obtendría una mesada mucho menor, no tengo el dato exacto, pero sí es mucho menor. Si quisiera que su pensión fuera cercana a lo que devengaba cuando era trabajador, tendría que cotizar muchos años con un valor muchísimo más alto que en el sistema de prima media.

En el sistema de fondos privados, las personas tienen la opción de hacer un ahorro adicional a sus aportes pensionales.

Efectos de los cambios legislativos en los anestesiólogos

Después de lo que hemos escrito sobre algunos de los más importantes cambios que han afectado a los anestesiólogos, como también a todos los médicos, profesionales y en general trabajadores en nuestro país, quiero hacer un pequeño análisis de lo que ha sucedido en nuestro país en aspectos legales desde el año 1990 y que nos ha afectado. Es un resumen ordenado de aspectos ya mencionados.

En 1991 se promulgó la Ley 6ª, que reglamenta el ejercicio de la anestesiología en Colombia, y cinco meses más tarde se aprueba la nueva Constitución Política. A la primera le dedicamos el primer capítulo de este libro. Sobre la segunda, comentamos los elementos esenciales que le introdujo a nuestro ordenamiento jurídico, dentro del cual hemos tenido que movernos en estos treinta años. A continuación comentaré sobre los efectos que han tenido tres leyes en el quehacer de los

anestesiólogos, como lo ha hecho con la mayoría de profesionales y trabajadores colombianos.

En diciembre de 1990 el presidente César Gaviria firmó la Ley 50 de 1990, que reformó el Código Sustantivo del Trabajo, y dos años más tarde el mismo presidente firmó la Ley 30 de 1992, por la cual se organiza el servicio público de la educación superior. Durante ese mismo periodo presidencial, el Congreso Nacional debatió y aprobó la tan conocida Ley 100 de 1993.

Antes de la aprobación de estas leyes, la inmensa mayoría de trabajadores, incluidos los anestesiólogos, tenían contratos de trabajo que les garantizaban estabilidad laboral, derecho a vacaciones remuneradas y demás prestaciones, pero la Ley 50 de 1990 permite contratos sin las garantías que existían anteriormente.

Por otra parte, la Ley 30 de 1992, bajo la figura de la autonomía de las universidades privadas, permitió abusos por parte de algunas de estas instituciones. Además, en la práctica redujo los presupuestos de las universidades públicas.

Algo para tener en cuenta sobre el acontecer de estos años es la proliferación de facultades de medicina. Es increíble que en un tiempo relativamente corto hayamos pasado de tener ocho a cincuenta y ocho.

Y de manera paralela, se han aumentado los programas de posgrado en anestesiología. Algunos de estos programas se han abierto sin que la universidad pueda garantizar que cuenta con los correspondientes hospitales universitarios que garanticen una idónea formación.

En buena parte relacionado con lo anterior, el país cuenta con un número cada vez mayor de anestesiólogos; a los recién formados anestesiólogos dentro de nuestra geografía, se suman los colegas, colombianos y extranjeros formados fuera de nuestras fronteras. Esta oferta aumentada de



Gustavo Petro Urrego.
Elegido presidente para el periodo 2022-2026.
Fuente: Presidencia de la República del Ecuador.

especialistas no está relacionada con su demanda. Cuando miramos las cifras de anestesiólogos frente al número de habitantes, es verdad que este recurso humano está por debajo del ideal. Lo que sucede es que están mal distribuidos, en las grandes ciudades hay concentración de colegas, mientras que en zonas apartadas hacen falta.

Cuando los anestesiólogos recién graduados de la década de los ochenta salían a trabajar, con frecuencia tenían varias oportunidades laborales. Hoy es más difícil conseguir trabajo y en poco tiempo habrá desempleo en el sector.

En el año 2008, bajo la presidencia de Álvaro Uribe Vélez, se promulgó la Ley 1258 del año 2008, que permitió las llamadas S. A. S., sociedades por acciones simplificadas. Al amparo de esta ley, se podían constituir empresas de una manera muy fácil, sin los requisitos que existían antes para crear empresa. Grupos de anestesiólogos aprovecharon esta figura para crear su propia empresa y ofrecer sus servicios a las IPS. Muchos colegas “empresarios” se acogieron a esta figura para hacer contratos con IPS y afiliarse a su S. A. S. a otros colegas, haciendo de esta manera una intermediación entre la clínica u hospital y los profesionales, actitud que va contra la ley de ética médica (Ley 23 de 1981).

Las OPS (Orden de Prestación de Servicios) están reguladas por el Código Civil y por el Código de Comercio, no por el Código Sustantivo del Trabajo.

A pesar de que la honorable Corte Constitucional mediante Sentencia C-614 de 2009 estableció que este tipo de contratación debería ser la excepción y no la regla, se siguen contratando profesionales bajo esta figura, violando los derechos del trabajador.

En el año 2011 las cooperativas de trabajo asociado fueron perseguidas, a tal punto que fueron declaradas ilegales, lo que terminó en su extinción. Como se dijo, es posible que esto haya sido consecuencia de los tratados de libre comercio

con Estados Unidos. A pesar de que en el año 2018 el Estado determinó que estas organizaciones eran legales, en la actualidad no hay interés en reconstituirlas.

Los contratos sindicales están regulados por los artículos 482, 483 y 484 del Código Sustantivo del Trabajo, de acuerdo al Decreto 1429 de 2010 del Ministerio de la Protección Social.

Como se puede observar, en la regulación legal producida en todos estos años, ya lo dijimos, la situación laboral de los colegas ha cambiado de una manera radical. La gran mayoría no cuenta con las garantías laborales de los años 80 y 90 del siglo pasado. Y si miramos la remuneración por el trabajo realizado, esta se ha reducido de una manera considerable.

Una de las cosas que ha prometido la ministra Carolina Corcho es hacer una revisión de este tema y buscar algunos ajustes que apunten a una mejoría, tanto de la remuneración como de las condiciones de trabajo. Eso no depende directamente de su cartera; pero si existe la voluntad política dentro del Gobierno, es posible esperar que algo pueda lograr. Ha mencionado, por ejemplo, que ella está en contra de la intermediación, presente en varias de las modalidades de contratación que hemos comentado. Cree la doctora Corcho que todos los trabajadores deberían tener un contrato de trabajo con todas las prestaciones y la estabilidad que les den tranquilidad en su desempeño.

Pero promete que se respetarán otras modalidades de contratación en algunas especialidades (incluida la anestesiología).

Como ya lo dije, amanecerá y veremos...

Avances tecnológicos

Ya se ven lejanas en el tiempo aquellas épocas cuando, si se viajaba a otra ciudad, para informar

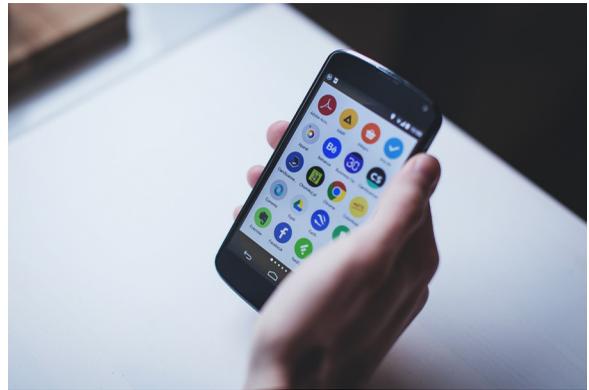
a nuestras familias que “llegamos bien”, era necesario desplazarse a las oficinas de Telecom (empresa del Estado), esperar el turno de pasar a una cabina para llamar. Era común una frase pronunciada en esos sitios, después de una espera que podía ser larga: “listo Medellín, cabina 8”, o cualquier ciudad, cuando se lograba la comunicación con el teléfono (fijo) de nuestro lugar de origen.

Otra forma muy usada de comunicación la constituían los telegramas, operados por telegrafistas.



El costo se determinaba por las palabras, de manera que para minimizarlo se suprimían artículos o se unían palabras en el mensaje (“comunicole recibí remesa”; “informámosle aprobose solicitud”). Los telegramas se utilizan actualmente, por ejemplo, para notificaciones judiciales.

Si la comunicación era desde otro país, las llamadas de larga distancia eran costosas, razón por la cual se trataba de hablar lo menos posible, controlando los minutos.



Teléfono antiguo y teléfono moderno.
Fuente: Imágenes tomadas de Pexels.

La telefonía es una de las áreas en la que hemos visto avances que podríamos calificar de abismales. Los primeros teléfonos celulares llegaron al país a mediados de la década de los noventa. Por esa misma época se puso en servicio el cable submarino transcaribeño. Este tipo de cable se utiliza en el mundo para que las comunicaciones sean más rápidas que a través de los satélites.

Antes del ingreso de los celulares comerciales sí existían teléfonos no fijos. Eran grandes, pesados y su precio astronómico. Solo los poseían unos muy pocos privilegiados. Un dispositivo que podríamos llamar predecesor del teléfono celular o móvil es el beeper o buscapersonas. Lo utilizaban quienes tenían que ser localizados con rapidez, como médicos, policías, algunos operarios y se decía que también algunas prostitutas. Al que

contaba con este artefacto le llegaba un mensaje escrito en el que le informaban que era requerido. Desaparecieron casi por completo en la primera década de este siglo.

Los primeros celulares no se parecían a los que tenemos acceso hoy. Eran teléfonos únicamente para llamar y recibir llamadas, grandes y pesados. Luego se le agregó la posibilidad de enviar mensajes de texto.

Con el paso del tiempo, los teléfonos celulares han venido evolucionando de manera asombrosa. Puede afirmarse que llamar o recibir llamadas es apenas uno de los servicios que prestan. En sus comienzos los podían adquirir solamente unas pocas personas. Hoy los poseen casi todas, incluso niños.

Este medio de comunicación nos sirve de libreta de apuntes, de despertador o cronómetro, calendario, calculadora; permite escuchar radio, el envío de imágenes y videos, tener acceso instantáneo a noticias o comunicarnos con cualquier lugar del mundo, y varias cosas más. Es en realidad una computadora mucho más poderosa que aquellas que hace cuatro décadas o un poco más eran aparatos más grandes que un mueble.

Todos estos servicios de los que disponemos en los celulares, con tanto avance tecnológico, han sido posibles gracias al Internet.

Este tipo de comunicación a través de lo que hoy conocemos como Internet fue inicialmente utilizado por las fuerzas militares norteamericanas cuando las dos potencias mundiales sostenían la Guerra Fría. A mediados de la década de los ochenta el mundo en general pudo tener acceso a Internet (acrónimo de los términos ingleses *interconnect* y *net*), lo que aceleró las comunicaciones a nivel mundial.

A los países, a los Gobiernos y a algunas empresas se le asignan lo que se llama un espacio o dominio en esta red. A Colombia le asignaron el dominio “co” en 1991.

Se trata de una red global de comunicaciones. Por eso, cuando buscamos una dirección electrónica debemos escribir primero *www* (*world wide web*, algo así como “amplia red mundial”).

Estas herramientas también han sido utilizadas en los televisores. Pasamos de aquellos en blanco y negro, que llegaron al país durante el gobierno de Gustavo Rojas Pinilla, en 1954, a la televisión en color (traída por el gobierno de Julio César Turbay Ayala en 1979) y hace pocos años a los televisores inteligentes (*smart tv*).

En el cine también hemos podido ver una gran evolución. Hace unas décadas, para ver una película, la mayoría estábamos obligados a asistir a

un teatro. En la década de los setenta se introdujo el *betamax* y el *VHS*. En estos aparatos era posible grabar durante una o dos horas, según el modelo, o ver una película, que se podía comprar o alquilar en tiendas como Blockbuster. Hoy, como contamos con Internet, podemos ver en nuestros televisores películas que nos brindan Amazon o Netflix.

En 1998 apareció Google, un importante buscador de información que nos permite de manera instantánea consultar prácticamente sobre cualquier tema.

En los primeros años de la primera década de este siglo se creó YouTube, sistema a través del cual las personas pueden ver videos, películas y hasta programas de televisión. Todo este material puede compartirse. Y cualquier persona puede hacer un video desde su teléfono y compartirlo al instante por esta aplicación a cualquier lugar del mundo.

En el año 2004 aparecieron las redes sociales, que ahora constituyen un elemento esencial para comunicarse en el mundo. Se dice que Barak Obama logró ganar las elecciones por un manejo magistral de las redes sociales en Estados Unidos. Facebook es la red social más conocida. Nació como el proyecto de unos estudiantes universitarios liderados por Mark Zuckerberg. Hoy es una empresa enorme, debe tener alrededor de tres mil millones de usuarios. Últimamente se ha conocido que esta empresa ha puesto en práctica algunas maniobras criticables con el fin de acabar con posibles competidores, ya sea absorbiéndolos u obligándolos a salir del negocio y así continuar como una red social sin competencia.

La plataforma WhatsApp inició actividades en el 2009 e Instagram en 2010. Puede afirmarse que la primera constituye el medio a través del cual se comunican actualmente la mayoría de las personas en el mundo.

Todo lo que hemos mencionado en el campo de la tecnología y que ha impactado a la humanidad

lo hemos vivido los anestesiólogos y los médicos en general.

Mencionamos cómo a los médicos nos contactaban con los beepers. Luego tuvimos teléfonos celulares, cada vez más inteligentes. Esto facilitó el uso de todas las aplicaciones, pero hay que destacar algunas cosas.

Con el celular, como en cualquier computador, podemos tener a la mano tablas, algoritmos para buscar rápidamente información médica sin tener que desplazarnos, consultar revistas médicas, etc.

En un computador o en el teléfono, podemos mirar videos de conferencias o de una variedad interminable de temas relacionados con nuestra especialidad. Una de las consecuencias positivas que trajo la pandemia para nosotros fue explorar la posibilidad de realizar eventos científicos a distancia (mal llamados *virtuales*), en los cuales conferencistas y panelistas pueden interactuar con el auditorio de manera directa, como si todos estuviéramos reunidos en el mismo salón. Y ya hemos podido asistir, por ejemplo, al Congreso Colombiano de Anestesiología y al Congreso Mundial de Anestesia desde nuestras casas a través de una pantalla de computador o de nuestro celular.

En los quirófanos pasamos de las máquinas de anestesia básicas, en las cuales el anestesiólogo tenía que ventilar manualmente al paciente, tomar la presión arterial también de manera manual y contar con una monitoría bastante elemental, a los ventiladores que cada vez son más complejos, con máquinas de anestesia que dan todos los parámetros de ventilación, de concentración del agente anestésico, etc. La presión arterial desde hace muchos años puede ser medida de manera directa; el índice Biespectral BIS nos permite medir cuán 'profundo' se encuentra nuestro paciente.

Las técnicas anestésicas son cada vez más depuradas, en las diferentes subespecialidades.

Tantos avances técnicos y científicos, imposible mencionarlos todos, han permitido, de manera paralela, avances en el campo de la cirugía.

Menciono apenas a manera de ejemplo la cirugía endoscópica que requiere la destreza del anestesiólogo en este campo, la cirugía robótica y la cirugía a distancia, que permite que un cirujano pueda operar a un paciente que se encuentra en otro país.

La mejor formación de los residentes, la aparición de medicamentos cada vez más seguros y la aplicación de Normas Mínimas de Seguridad en Anestesia han permitido que nuestro ejercicio profesional sea cada vez más seguro, existan menos complicaciones y seguramente menos demandas por mala práctica. En este tema el apoyo que viene ofreciendo Fepasde es enorme.

Viendo tantos cambios, es imposible no mencionar los cambios que ha sufrido nuestra organización.

Pasamos de tener una pequeña oficina arrendada, compartida con cincuenta sociedades científicas, a tener un edificio propio en Bogotá y tener oficinas de propiedad de la S.C.A.R.E. en varias ciudades del país. Nuestra Sociedad maneja una nómina considerable, de manera que tiene con sus empleados una responsabilidad social que ha asumido con mucho compromiso. Nuestros afiliados, socios de número, gozan de un amplio portafolio de servicios en el área científica que incluye congresos, simposios, eventos científicos regionales, cursos a distancia, acceso a la *Revista Colombiana de Anestesiología*, etc. Pueden solicitar préstamos con intereses moderados. Y tiene convenios comerciales que otorgan descuentos en algunos sitios.

Los socios de número y los socios solidarios tienen a su disposición la revista InfoSCARE, con información de interés para todo el Talento Humano en Salud. Y claro, todos los servicios del Fepasde. En esta área, además de la asesoría y

ayuda las 24 horas del día, los siete días de la semana, todos los socios cuentan con el acompañamiento y asesoría legal en caso de demanda, incluido el eventual pago de una indemnización. Como se dijo en el capítulo correspondiente, Fepasde está haciendo permanentemente campañas para prevenir que se presentes demandas contra sus asociados.

Referencia

1. Bocanegra JC, González LM, Leguizamón M, Es-lava J, Tamayo N, Gómez C. Características socio-demográficas, académicas, laborales y satisfacción de los anestesiólogos en Colombia, 2015. Rev Col Anest Vol. 2018;46(1). <https://doi.org/10.1097/cj9.0000000000000003>.

Conclusiones

El mundo en el cual deben vivir hoy los anestesiólogos es bastante diferente al que se vivía hace treinta años. Si antes de la década de los ochenta las diferencias en la política se daban entre liberales y conservadores, hoy existen múltiples partidos, y dentro de los colombianos existe una nociva polarización entre los pensamientos de izquierda y los de derecha, incluidos los extremos.

No obstante, persisten problemas parecidos. No ha sido posible acabar con el narcotráfico, a pesar de la enorme cantidad de recursos invertidos y de vidas perdidas en esta lucha que parece perdida. Ante esta situación, muchas personas en el mundo, incluyendo a algunas de nuestro país, han dicho que es necesario acudir a otras estrategias. Una de ellas es legalizar la droga, de manera que deje de ser un negocio atractivo; de esta manera desaparecerían los narcotraficantes y los Estados deberían manejar a los adictos, teniendo el control sobre las drogas ilícitas. La discusión está abierta.

Según la CEPAL, en el año 2017 el PIB de Colombia fue de 313.901 millones de dólares. Ese mismo año, el narcotráfico generó por lo menos 15.000 millones de dólares, 5 % del PIB (es probable que sea mucho más). Esto representa un ingreso superior al que obtiene el país producto de la exportación de café (1 % del PIB).

La seguridad en el país se ha desmejorado, ha aumentado la violencia tanto en el campo como en los centros urbanos. La gente tiene miedo de salir

a la calle, temen que los puedan robar o que puedan atentar contra su vida o su integridad física.

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), 44 % de los colombianos se sienten inseguros.

La Corporación Excelencia en la Justicia reportó las siguientes cifras, con corte a octubre de 2021:

- Hurtos en Colombia: 216.394, equivalente a 424 casos por 100.000 habitantes.
- En Bogotá la cifra es más alta: 1.092 casos por 100.000 habitantes.
- Homicidios: 11.509, lo que representa 23 casos por 100.000 habitantes.
- Lesiones personales: 80.602 casos, es decir, 158 por 100.000 habitantes.

Es posible que las cifras sean mayores, debido a un subregistro.

La violencia también se vive en algunos consultorios, hospitales o clínicas. No faltan los casos de agresiones a médicos por pacientes o sus familiares insatisfechos, a veces por problemas de la institución.

En mayo del año 2019, a raíz del asesinato de un médico en El Bagre, Antioquia, todas las organizaciones de médicos se pronunciaron sobre este condenable hecho y recordaron que “la misión humanitaria de médicos y el personal de la salud

Conclusiones

han sido objeto de hechos violentos como este, en distintas regiones del país”. Las presiones y agresiones obedecen a factores del proceso previo de atención y a la responsabilidad misma del sistema de salud con los pacientes, no al desempeño del médico o del personal auxiliar. En concreto, recordaron que la congestión de los servicios de urgencias, los problemas de acceso a la consulta externa y las demoras en los procesos diagnósticos y terapéuticos con sus consecuencias son situaciones inherentes al criticado sistema de salud. Los médicos no tienen ninguna responsabilidad en ello, pero todo esto ha generado episodios de violencia contra algunos de ellos.

La corrupción es con seguridad el problema más grave que tiene el país. Siempre ha existido, pero parece haberse incrementado de una manera que amenaza a la institucionalidad. La vemos en todos los niveles y ha tenido la capacidad de permear instituciones públicas y privadas y a diferentes sectores de nuestra sociedad. Esto sucede a pesar de que existen entidades y organizaciones creadas específicamente para luchar contra la corrupción.

Han dicho, jocosamente, que Turbay Ayala tenía razón cuando dijo “Hay que reducir la corrupción a sus justas proporciones”. Porque si ciertamente siempre ha habido corruptos, actualmente el descaro de algunos de ellos es desmedido, se salen de cualquier proporción, como diría el mencionado presidente. La posición ante este grave problema es encontrar la solución definitiva a este flagelo. El país tiene que perseguir un objetivo, un propósito superior: cero corrupción.

La situación general del gremio médico, ha sufrido un marcado deterioro, tanto en sus condiciones laborales como en su prestigio profesional. Es una tarea prioritaria de nuestra sociedad luchar por las mejores condiciones laborales y de bienestar de nuestros asociados, y conservar el prestigio que hemos logrado.

La educación médica en Colombia ha sido bien apreciada en el contexto latinoamericano. Se cree que esto ha cambiado en los últimos lustros, tanto en lo que tiene que ver con los conocimientos y destrezas para la práctica como en la formación integral en comportamientos éticos. Afortunadamente hemos visto esfuerzos para recuperar el estatus de buena calidad en la educación médica. Sin generalizar, ha faltado una verdadera y robusta cátedra de ética en las escuelas de formación. Al lado de estas posibles deficiencias, el profesional se encuentra inmerso en un sistema de salud donde en no pocas ocasiones se lo maltrata. No siempre es así, pero algunas instituciones obligan a trabajar sin unas condiciones mínimas dignas y seguras. En ocasiones se le exige al profesional que cumpla con ciertas imposiciones que no buscan una buena práctica ni el bienestar del paciente, sino incrementar las ganancias de las instituciones. Hay casos en los cuales si el colega no tiene una buena formación ética, termina haciéndole el juego a su empleador. Si no lo hace, corre el riesgo de perder su trabajo.

El sistema de salud, con su estímulo al lucro de quienes ven la salud como un negocio, ha estimulado a algunos pocos colegas a “hacer empresa”, en su propio beneficio. En ese empeño, terminan explotando a sus propios colegas.

Otra situación curiosa que vivimos está relacionada con la facilidad con la que cualquier persona puede acceder a toda clase de información. Hace algunas décadas las revistas científicas llegaban a las bibliotecas o a quienes tenían una suscripción. Estas llegaban a veces con meses de atraso. Actualmente cualquier estudiante puede fácilmente contradecir a su profesor porque pudo leer un artículo que acaba de ser publicado. Y hay pacientes que llegan bien informados sobre su enfermedad y sobre los tratamientos, por lo que pueden discutir con el médico al respecto. Esto, que en general puede no ser un problema, sí lo es cuando lo que el paciente ha leído es una información

errada, sin sustento científico (fake news), y puede restarle credibilidad al médico. Hemos visto cómo durante la pandemia del covid-19 han circulado falsas noticias, como aquellas que dicen cosas infundadas sobre las vacunas, algunas de ellas difundidas por médicos poco éticos.

Lo anterior, sumado a las condiciones en las que trabajan los profesionales y al maltrato al que muchos son sometidos, ha deteriorado mucho la relación médico-paciente y la posición que tradicionalmente tenían los galenos en la sociedad.

Vemos cómo el mundo actual es bien diferente al mundo que se vivía hace treinta o más años. Los avances tecnológicos son espectaculares, sus bondades son más apreciadas por quienes vivieron antes de que existieran tantas maravillas como las que hemos comentado, muchas de las cuales son muy útiles en nuestro ejercicio médico. Y ni hablar de los avances en el conocimiento científico. Pero en décadas anteriores, sin tantos avances técnico-científicos como los que hoy tenemos, las relaciones de los médicos con sus pacientes eran mucho más cercanas; con frecuencia existía el llamado “médico familiar,” personaje muy apreciado por las familias.

Hay otros cambios que hacen más difícil el desempeño profesional.

Aparte de los cambios en la legislación, de las dificultades en la contratación y de la desconsideración de los empleadores, debemos agregar las dificultades por las que atraviesan los colegas, especialmente los recién egresados, para encontrar un lugar de trabajo. Anteriormente era fácil conseguir un empleo entre varias posibilidades. Hoy eso no siempre es fácil.

Se decía que faltaban anestesiólogos. Ahora no es tan fácil conseguir un buen lugar de trabajo. En esta situación inciden varios factores. Por un lado, cada vez hay más programas de posgrado,

algunos de ellos con un abultado número de residentes, incluso más de los que deberían tener con su planta física y profesoral. No siempre los docentes son idóneos. Por otra parte, es grande el número de anestesiólogos, colombianos y extranjeros, que ingresan anualmente al país, algunos con una formación deficiente.

Otro factor que afecta al mercado es el de las anestесias simultáneas. Un colega que está atendiendo a dos pacientes le está quitando la posibilidad de trabajo a otro colega, está faltando a su responsabilidad con los dos pacientes, los pone en riesgo a ellos, está poniendo en riesgo a la institución y a él mismo. Es una condenable práctica contra la que se ha luchado durante mucho tiempo, pero que ha sido imposible erradicar. No podemos tener cifras confiables, porque los casos no son denunciados, pues sus compañeros de trabajo no lo quieren hacer y muchas instituciones cohonestan esta anomalía.

Por último, está el problema de profesionales médicos “empresarios” (algunos de ellos anestesiólogos) que subcontratan a sus colegas, obteniendo con ello un beneficio personal a costa del trabajo de otros.

Estos son los problemas más graves que alcanzo a vislumbrar en este momento para el gremio. Si no hacemos algo positivo ante las dificultades, el panorama puede llegar a ser peor. Creo que a la Ley 6ª se le puede sacar mayor provecho, de manera que se evite la práctica ilegal, logremos óptimas condiciones de trabajo y posicionemos cada vez mejor nuestra especialidad.

Por otra parte, como profesionales de la salud, los anestesiólogos somos actores esenciales dentro del sector. Y como médicos, contamos en Colombia con una serie de organizaciones que de una u otra manera nos representan en áreas específicas. Está la ACSC, donde es posible unirnos con otros especialistas en torno a objetivos comunes;

Conclusiones

la Federación Médica Colombiana (FMC) une al gremio médico en temas de profesionalidad, ética y ejercicio de la profesión; la Academia Nacional de Medicina es, junto a las otras academias de medicina existentes en el país, líder en temas académicos y asesora del Estado en temas de salud, igual que la FMC; Asmedas, igual que otros sindicatos médicos, lucha por la defensa y reivindicación de los derechos laborales de los médicos. Finalmente, menciono a los sindicatos de anestesiólogos, con los cuales es posible lograr, si son lo suficientemente fuertes, reivindicaciones laborales en las que se incluyen mejoras en el ingreso y en las condiciones de trabajo. En todas estas organizaciones es posible trabajar, todas pueden aportar algo al gremio de los anestesiólogos y la S.C.A.R.E. puede hacer alianzas con ellas.

Es una responsabilidad muy grande la que tendrán quienes rijan los destinos de la S.C.A.R.E. en el futuro cercano. Nuestra sociedad científico-gremial-empresarial es una organización de gran magnitud que los anestesiólogos colombianos han construido, y que ha crecido de una manera extraordinaria, gracias en buena parte a la creación del Fepasde. La Sociedad debe el lugar que ocupa hoy en nuestro país a muchas genera-

ciones de colegas. Pero también creo que todos tenemos algo de responsabilidad en la problemática que sufre el gremio. Ojalá en el futuro logremos cambiar en algo las dificultades que padecemos y sea mucho más favorable el futuro para las generaciones presentes y las venideras. Esto seguramente lo podremos lograr con un desempeño a fondo de nuestra directiva y posiblemente con alianzas con otras instituciones afines a los intereses de nuestros asociados.

Existe un riesgo en el largo plazo: con tanto avance científico y tecnológico, los administradores podrían pensar que, así como un intensivista es responsable de varios pacientes de su unidad, apoyado por una enfermera jefe y algunas auxiliares, en los quirófanos un solo anestesiólogo, desde un gran panel, podría controlar las anestесias de un área, apoyado por personas entrenadas, sin que sean anestesiólogos. Es algo en lo que algunos han pensado como un escenario ficticio que esperemos, nunca ocurra.

De nuestra buena formación y de la defensa de nuestro gremio, y de nuestra especialidad, depende que nunca perdamos nuestro lugar.

Anexo

Ley 6ª de 1991

A continuación, se pone a disposición de los interesados una reproducción de la Ley 6 de 1991 para facilitar la consulta de su contenido al leer la narración de este libro. Es fiel copia de la edición oficial recuperada de la página https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200006%20DE%201991.pdf en julio de 2022

LEY 6 DE 1991

(enero 16)

Diario Oficial No. 39.631, de enero de 1991

Por la cual se reglamenta la especialidad médica de anestesiología y se dictan otras disposiciones

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

ARTICULO 1o. La anestesiología es una especialidad de la medicina fundamentada en las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Es una especialidad que estudia los principios, procedimientos, aparatos y materiales necesarios para practicar una adecuada anestesia. Además se integra en una forma multidisciplinaria con las otras especialidades médicas en el manejo integral de la salud. El médico especializado en anestesiología y reanimación es el autorizado para el manejo y práctica de esta especialidad.

PARAGRAFO. Por el riesgo potencial a que están expuestos los pacientes y la permanente exposi-

ción a inhalación de gases tóxicos, radiaciones y situaciones de estrés por parte del anestesiólogo se considera la anestesiología como una especialidad de alto riesgo y debe tener un tratamiento laboral especial.

ARTICULO 2o. Dentro del territorio de la República de Colombia, sólo podrá llevar el título de médico especializado en anestesiología y reanimación y ejercer funciones como tal:

- a) El {colombiano de nacimiento o nacionalizado} que haya adquirido o adquiera el título en medicina y cirugía de acuerdo con las leyes colombianas y que haya realizado posteriormente su entrenamiento en un programa de anestesiología en un hospital universitario o adscrito a una universidad debidamente aprobado y reconocido por los organismos competentes del Gobierno Nacional;
- b) El médico colombiano extranjero {nacionalizado} que haya adquirido o adquiera el título de médico especializado en anestesiología y reanimación en otro país, equivalente al otorgado en la República de Colombia y que esté debidamente diligenciado y aprobado según las disposiciones legales y los tratados o convenios vigentes sobre la materia ante el Gobierno Nacional.

PARAGRAFO 1o. Podrá también ejercer como de médico especializado en anestesiología y reanimación aquel que con anterioridad a la vigencia

de la presente ley haya obtenido el título correspondiente otorgado por facultades o escuelas universitarias o refrendado por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, Ascofame, legalmente reconocidas por el Estado colombiano.

PARAGRAFO 2o. El médico cirujano que se encuentre realizando su entrenamiento en anestesiología, dentro de un programa aprobado por el Gobierno Nacional y respaldado, autorizado y supervisado por el centro universitario y/o la facultad de medicina correspondiente.

Notas de vigencia:

- El fallo contenido en la Sentencia C-280-95 fue reiterado por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-320-95 del 19 de julio de 1995, Magistrado Ponente Alvaro Barrera Carbonell.
- Artículo declarado exequible por la Corte Constitucional, salvo los apartes entre corchetes {...} que fueron declarados INEXEQUIBLES, mediante Sentencia C-280-95 del 29 de junio de 1995, Magistrado Ponente Jorge Arango Mejía. La Corte expresa en el numeral 1o. de la parte resolutive de la Sentencia: “La declaración de exequibilidad se hace de conformidad con la interpretación expuesta en la parte motiva de esta providencia”.

ARTICULO 3o. Los médicos especializados en anestesiología de reconocida competencia que visiten nuestro país en misiones científicas o docentes, como consultores o asesores podrán trabajar como tales por el término de un año con el visto bueno del Ministerio de Salud Pública y a petición especial y motivada en una institución, facultad o centro universitario que legalmente opere en el territorio nacional.

Notas de vigencia:

- Artículo declarado exequible por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-280-95

del 29 de junio de 1995, Magistrado Ponente Jorge Arango Mejía. La Corte expresa en el numeral 2o. de la parte resolutive de la Sentencia: “Declárase EXEQUIBLE el artículo 3o. de la Ley 6a. de 1991, con la advertencia de que el reconocimiento del título por las autoridades colombianas competentes, hará inexistente la restricción que esta norma establece”.

ARTICULO 4o. Únicamente podrá ejercer como profesional de la anestesiología en el territorio nacional, aquel médico que haya realizado su entrenamiento en postgrado en anestesiología en las facultades de medicina de los centros universitarios legalmente reconocidos por el Gobierno colombiano.

Notas de vigencia:

- Artículo declarado exequible por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-280-95 del 29 de junio de 1995, Magistrado Ponente Jorge Arango Mejía.

ARTICULO 5o. Para que los títulos y certificados expedidos en anestesiología por las facultades de medicina de los centros universitarios legalmente reconocidos por el Gobierno Nacional tengan validez, deberán registrarse en los Ministerios de Educación y Salud obteniendo de este último la correspondiente autorización para ejercer la especialidad en el territorio nacional.

ARTICULO 6o. Los médicos especializados en anestesiología y reanimación deberán inscribirse ante el Servicio Seccional de Salud en donde haya de ejercer la especialidad.

ARTICULO 7o. De acuerdo con la naturaleza de la anestesiología enunciada en el artículo 1o., el médico especializado en anestesiología y reanimación ejercerá las siguientes funciones:

- a) Asistenciales: Valorando la situación de salud, elaborando el diagnóstico de la anestesiología;

planeando, ejecutando y evaluando la atención integral del individuo, la familia y la comunidad;

b) Docentes: Preparando y capacitando el humano a través de la enseñanza elaborada en los programas universitarios y de educación médica continuada;

c) Administrativos: En el manejo de las políticas de salud orientadas al desarrollo de la anestesiología. En la dirección de servicios y programas de diferente complejidad en el área comunitaria, hospitalaria, ambulatoria, docente e investigativa;

d) Investigativa: Realizando programas y estudios que contribuyan al avance de la tecnología y de la práctica de la anestesiología, de su proyección en otros campos de la salud y en el desarrollo de la especialidad misma.

ARTICULO 8o. El médico especializado en anestesiología y reanimación al servicio de entidades de carácter oficial, seguridad social, privada o de utilidad común, tendrá derecho a:

a) Ser clasificado como profesional universitario especializado de acuerdo con los títulos que lo acredite;

b) Recibir la asignación correspondiente a su clasificación como médico especializado en anestesiología y reanimación o profesional universitario especializado;

c) Acceder a cargos de dirección y manejo dentro de la estructura orgánica del sistema de salud, en instituciones oficiales, de seguridad social, privadas o de utilidad común y con la remuneración correspondiente al cargo;

d) Recibir los elementos básicos de trabajo de parte de dichas entidades para lograr adecuadamente la práctica de la anestesiología y reanimación.

PARAGRAFO. En las entidades en donde no exista clasificación o escalafón para los médicos especializados en anestesiología y reanimación, serán nivelados y recibirán una asignación igual a la que reciben profesionales con especialización o quienes desempeñen cargos equivalentes a esa entidad.

ARTICULO 9o. El ejercicio profesional de la anestesiología y reanimación se cumplirá en todas las circunstancias y lugares en donde el individuo, la familia y los grupos lo requieran en cualesquiera de las siguientes formas:

a) Ejercicio institucionalizado: El médico especializado en anestesiología y reanimación, cumplirá con las funciones enunciadas en el artículo 7o., vinculado a instituciones del sector de salud y de asistencia social hospitalaria y comunitaria, de carácter oficial, seguridad social y privada y en servicios de salud dependientes de otros sectores;

b) Ejercicio independiente: El médico especializado en anestesiología y reanimación cumplirá con autonomía las funciones enunciadas en el artículo 7o., vinculados sin relación laboral a instituciones del sector de salud y de asistencia social hospitalaria y comunitaria, de carácter oficial, seguridad social, privada y en servicios de salud dependientes de otros sectores. En relación con los honorarios profesionales producto del ejercicio independiente de la especialidad, las entidades se someterán a las tarifas reglamentadas por la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, Scare, y el Gobierno Nacional.

ARTICULO 10. Las instituciones de salud y de asistencia social de carácter oficial, de seguridad social y privada, solamente vincularán médicos especializados en anestesiología y reanimación en el área correspondiente de acuerdo con preceptos establecidos en la presente Ley.

Notas de vigencia:

- Artículo declarado exequible por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-280-95 del 29 de junio de 1995, Magistrado Ponente Jorge Arango Mejía.

ARTICULO 11. Los cargos de dirección y manejo orgánicamente establecidos en instituciones oficiales, seguridad social, privadas o utilidad común “relacionados en el área específica de anestesiología”, serán desempeñados únicamente por médicos especializados en anestesiología y reanimación de nacionalidad colombiana.

Notas de vigencia:

- Artículo declarado exequible por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-280-95 del 29 de junio de 1995, Magistrado Ponente Jorge Arango Mejía. La Corte expresa en el numeral 6o. de la parte resolutive de la Sentencia: “Declárase EXEQUIBLE el artículo 11o. de la Ley 6a. de 1991, siempre y cuando se le interprete de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia”.

ARTICULO 12. Los médicos que no acrediten la especialización en anestesiología pero que ejerzan como anestesiólogos, deberán obtener su título de especialistas, en un lapso no superior a cinco años a partir de la sanción de esta Ley, para seguir desempeñándose como tales.

Notas de vigencia:

- Artículo declarado exequible por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-280-95 del 29 de junio de 1995, Magistrado Ponente Jorge Arango Mejía.

ARTICULO 13. Créase el Comité Nacional del Ejercicio de la Anestesiología en Colombia. Este organismo tendrá carácter asesor, consultivo y de control del ejercicio de la práctica de la anes-

tesiólogía en los diferentes niveles de personal en los aspectos técnicos, normativos y legales en la República de Colombia. El Comité Nacional del Ejercicio de la Anestesiología, estará integrado por:

- a) El Presidente de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, Scare, o su representante;
- b) El Viceministro de Salud o su representante, quien lo presidirá
- c) El Director de la Superintendencia de Salud o su representante;
- d) El Director de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, Ascofame, o su representante.

PARAGRAFO 1o. El Comité funcionará de acuerdo con su propio reglamento.

PARAGRAFO 2o. Las funciones del Comité serán:

- a) Ser de consulta obligatoria por parte de cualquier funcionario o entidad pública o privada, siempre que se vayan a dictar disposiciones o se vayan a tomar determinaciones en torno al ejercicio de la anestesiología en el país;
- b) Ser de consulta por parte de cualquier funcionario o entidad pública o privada, siempre que se trate de crear, ampliar o modificar las plantas de personal de entidades hospitalarias en el área de anestesiología;
- c) Velar porque todo aquel que trabaje en la especialidad cumpla con los requisitos mínimos enumerados en la presente ley.

ARTICULO 14. Se conformarán comités seccionales para el control del ejercicio de la anestesiología a nivel departamental, intendencial o comisarial. Estos comités funcionarán en los departamentos, intendencias o comisarías en donde exista una filial de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, Scare. En aquellos departamentos, intendencias y comisarías donde no exista una filial de la Scare, el ejercicio de la

especialidad estará bajo el control del Comité Nacional. Este comité estará integrado por:

- a) El Presidente de la filial de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y reanimación, Scare, o su representante;
- b) El Secretario de Salud Departamental o su representante, quien lo presidirá
- c) Un representante regional de la Superintendencia de Salud.

PARAGRAFO. Estos comités funcionarán de acuerdo con los reglamentos aprobados por el Comité Nacional.

ARTICULO 15. Cuando a juicio del Comité Nacional del ejercicio de la anestesiología y de acuerdo con la presente Ley, si alguien está ejerciendo la especialidad sin estar facultado para ello, el veto del comité es suficiente para que esta persona sea separada del cargo o se le impida el ejercicio ilegal de la especialidad, sin perjuicio de las sanciones (responsabilidad civil o penal) a que este ejercicio ilegal de la profesión dé lugar.

Notas de vigencia:

- El fallo contenido en la Sentencia C-280-95 fue reiterado por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-320-95 del 19 de julio de 1995, Magistrado Ponente Alvaro Barrera Carbonell.
- Artículo declarado exequible por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-280-95 del 29 de junio de 1995, Magistrado Ponente Jorge Arango Mejía. La Corte expresa en el numeral 8o. de la parte resolutive de la Sentencia: “Declárase EXEQUIBLE el artículo 15 de la Ley 6a. de 1991, con la advertencia de que en su aplicación deberá cumplirse el debido proceso, respetando el derecho de defensa de quien sea acusado de ejercer la especialidad

sin estar facultado para ello, según lo expuesto en la parte motiva. Además, se advierte que contra la decisión del Comité Nacional del Ejercicio de la Anestesiología procede la acción de nulidad y restablecimiento del derecho, ante la jurisdicción de lo contencioso administrativo”.

ARTICULO 16. Esta Ley regirá a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Dada en Bogotá D. E., a los ... días del mes de ... de 1990.

El Presidente del Honorable Senado de la República,

AURELIO IRAGORRI HORMAZA.

El Presidente de la Honorable Cámara de Representantes,

HERNAN BERDUGO BERDUGO.

El Secretario General del Honorable Senado de la República,

CRISPIN VILLAZON DE ARMAS.

El Secretario General de la Honorable Cámara de Representantes,

SILVERIO SALCEDO MOSQUERA.

República de Colombia - Gobierno Nacional
16 de Enero de 1991

Publíquese y ejecútese.

El Presidente de la República,

CESAR GAVIRIA

El Ministro de Educación Nacional,

ALFONSO VALDIVIESO SARMIENTO.

El Ministro de Salud,

CAMILO GONZALEZ POSSO.

La Sociedad Colombiana de
Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E.:

Tres historias notables. Cambios en el tiempo

Manuel Antonio Galindo Arias

Editorial S.C.A.R.E.
Sociedad Colombiana de Anestesiología
y Reanimación S.C.A.R.E.



Editorial
S.C.A.R.E.