

"El futuro de la profesión médica no puede ser mejor"	Noticias y avances de la salud, en Internet	Aprender sobre Triage es una necesidad del Sector Salud	Es posible "ponerle más música" a la vida de los profesionales de la salud
Ver pág ... 11	Ver pág... 6	Ver pág ... 13	Ver pág ... 14

EL PULSO

Periódico para el sector salud Número **0**. Julio 20 – Agosto 20. Valor \$ 200 pesos

El Soat en el ojo del huracán

Este seguro es bien intencionado pero por su aplicación nadie responde

El sector salud, en términos generales, está de acuerdo con " las buenas intenciones " del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito y los Eventos Catastróficos, pero sobre su aplicación existen toda suerte de críticas.

Una de las especialidades más afectadas por la forma como opera esta legislación es la ortopedia y quienes la ejercen aseguran que el Soat los está llevando a una quiebra anunciada .

Por lo contrario, hospitales públicos como el General argumentan que el Soat ha sido benéfico no sólo para los pacientes sino también para la institución.

Igualmente algunas clínicas privadas empiezan a ver en este sistema bondades dignas de ser tenidas en cuenta y afirman que "ya las clínicas privadas nos estamos peleando los pacientes que llegan por accidentes de tránsito".

Sin embargo, unos y otros acusan a las aseguradoras y a Fidusalud por estar violando la ley al no pagarles oportunamente las facturas presentadas por ellas y hay quienes afirman que el Estado está saqueando a este fondo, mientras las clínicas y hospitales llevan en hombros todo este sistema de Seguridad Social.

Ante tantas irregularidades, lo que todos se preguntan es ¿dónde está la Superintendencia de Salud y la Superintendencia Bancaria? Informe especial de "El Pulso"

Ver pág... **3-4**

Vea en esta edición

Ley 100: Carencia de una concepción de la salud

El doctor Antonio Yepes Parra, uno de los impulsores de la Ley 100 en el Congreso, hace un análisis crítico de la forma como se está aplicando esta revolucionaria legislación y dice que “es el momento de corregir errores”.

Ver pág... **2**

Policlínica se reacomoda

Policlínica adelanta un ambicioso programa de reestructuración física y de procesos, pero espera el concurso de muchos actores para que la organización de la atención de las urgencias en Antioquia sea una realidad.

Ver pág... **5**

Nuevos datos sobre relación alcohol – violencia

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica, VESPA, adscrito al Plan Municipal de Prevención, presentó los resultados de un estudio, donde una vez más se muestra de manera contundente la asociación entre violencia y consumo de alcohol.

Ver pág... **13**

No ha habido igualdad en la aplicación de la ley 100

El Centro de Investigación Económico de la Universidad de Antioquia dice que el régimen de Seguridad Social continúa anclado sobre la población urbana ocupada y no ha logrado captar a otros sectores e incluso lo culpa de una profundización de las desigualdades regionales.

Ver pág... **15**

Entre 1992 y 1996: los accidentes de tránsito, Segunda causa de muerte violenta

A propósito de la aplicación del Soat, uno de los temas centrales de esta edición de El Pulso, por su impacto en la atención de salud en el país, un estudio publicado por el Boletín Epidemiológico de Antioquia, señala que la segunda causa de muerte violenta en Medellín entre 1992 y 1996 fueron los accidentes de tránsito, que aportaron a la ciudad 3.788 personas fallecidas. El mayor porcentaje fueron peatones, con 2.150 casos, que corresponden al 56.7 % de las muertes por esta causa; en los años evaluados esta condición siempre ocupó el primer lugar. Los pasajeros fueron el segundo grupo más afectado; en el período se registraron 1.435 defunciones.

También durante el tiempo analizado, el grupo que ocupa un segundo lugar en muertes por accidentes de tránsito fueron los motociclistas y parrilleros de moto. La población entre 25 y 30 años aportó el 22.3 % de las defunciones; el grupo mayor de 60 años el 18.2%. Y la población joven menor de 35 años, está más comprometida que los demás grupos etáreos, con el 52.7% de los casos.

ALCOHOL: ALIADO SINIESTRO

Del total de las víctimas fatales ocasionadas en accidentes de tránsito, 3.794 en los cinco años estudiados, 856 casos presentaron cifras positivas de alcohol en la sangre que corresponden al 22.5% y en el 33.8% de ellos estas cifras fueron superiores al 151mgs% y en 778 víctimas fueron fatales se encontraron cifras superiores a 50 mgs%, lo que equivale al 20.5% del total de los muertos por esta causa.

Las lesiones fatales por presuntas causas accidentales como la sumersión, caídas, etc., ascendieron al 1.315, ocupando el tercer lugar, después de los presuntos homicidios y los accidentes de tránsito. Las causas accidentales de muerte fueron en mayor proporción las caídas, con un 58.9%, los accidentes de trabajo con 10.9%, las quemaduras con 9.3% y las asfixias y sumersiones con 4.2 y 3.1%, respectivamente. Durante 1992 y 1996 se presentaron en Medellín 510 muertes por suicidio, ocupando el cuarto lugar en las muertes por causa externa, con un porcentaje de 1.6% del total de todas las víctimas fatales por causa externa. En las muertes por causa indeterminada las cifras de alcohol en sangre fueron positivas en el 21.2% de los casos.

MAS DE UN MILLON DE AÑOS PERDIDOS

Este estudio descriptivo fue realizado por Francisco Javier Jaramillo, Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, regional Noroccidente de Medellín y César Augusto Giraldo, director del mismo.

Los años de vida potencialmente perdidos durante el tiempo analizado fueron 1.225.818, de los cuales 88% corresponden a hombres, 88.2% con edades entre 15 y 44 años.

“Uno de los mayores desangres de nuestra población es causado por armas de fuego; es necesario que las autoridades tengan la decisión política de restringir su uso, teniendo como meta el desarme de todos los que no sean autoridades uniformadas”, dicen los investigadores.

El Pulso
Julio de 1998
Director
Julio Ernesto Toro
Editora
Periodista Sonia Gómez Gómez
COMITÉ EDITORIAL
José María Maya Mejía

Decano Facultad de Medicina del CES
Alberto Uribe Correa
Decano Facultad de Medicina de
La Universidad de Antioquia
Augusto Escobar Mesa
Filósofo y escritor
Universidad de Antioquia

Juan Guillermo Maya Salinas
José Humberto Duque
comunicadora Alba Luz Arroyave Z
Hospital Universitario San Vicente de Paúl
Dirección para envío de correspondencia
Hospital Universitario San Vicente de Paúl
Calle 64 con carrera 51 D
e - mali: husvp@medellin.Impsat.net.co

Departamento de comunicaciones
Teléfono 263-78-10 Fax: 263-44-75
Dirección Comercial
María Eugenia Botero
Beeper 268 45 00 Cod 72847
Esta es una publicación mensual,
Sin ánimo de lucro, orientada al
Sector Salud
Circulación inicial 3.000 ejemplares
Valor:\$200.00

EL PULSO



Editorial

EL PULSO

Por Julio Ernesto Toro

No es preciso demostrar que la ley 100 de 1993 es el acontecimiento más importante que el sector salud hemos tenido los colombianos. El paso a la seguridad social que se dio con esta ley, ha puesto de presente lo importante que es el sector para el país, en todos los aspectos. Muy pocos se habían percatado de la cantidad de recursos que aquí se mueven y por lo tanto el interés comercial que podía despertar; esto se puso en evidencia con la aplicación de modelo económico imperante y dentro de él la ley 100. Desde entonces se viene mirando al sector salud como un mercado interesante para empresas de otros sectores productoras de bienes y servicios.

Sin entrar a discutir, por hora ,el modelo y su origen o si son factibles o no las pretensiones de esta ley, con el solo de hablar de sus principios: la integralidad, la universalidad, la solidaridad y la participación se introduce un nuevo lenguaje, unos nuevos tópicos y unos nuevos alcances y aspiraciones.

Poner en la misma escena a las Entidades Promotoras de Salud (EPS, que aparecieron con la misma ley), a las Entidades Prestadoras de servicios de Salud (IPS), a los organismos de dirección y control y por supuesto a los pacientes, es de por sí novedoso e interesante. Con un solo vistazo a su desarrollo en este poco tiempo que lleva, basta para advertir cuanto se ha expandido el sector, la cantidad de actores que hay en él y la importancia que todos tienen. Haciendo estas reflexiones en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, hemos considerado que ha quedado un vacío que se ha venido sintiendo cada día mas: ¿cómo intercomunicar a todas las personas y entidades que participen en el sector ?

Comunicar unos con otros para informarlos de cambios que se den, para ofrecer educación como elemento importante de la prevención y promoción , para general opinión que brote desde el mismo sector, para

informar de novedades en el campo médico, administrativo y legal, para anunciar y difundir asuntos de interés general compartir el conocimiento y la investigación para hacer un puente entre todos los subsectores y sus miembros. Nuestra pretensión es de hacerlo con este medio de comunicación que ponemos al servicio de todos, para tomarle **El Pulso** al sector de la salud y compartir y difundir todo lo que ayude a elevar la calidad de vida de todos.

Estas páginas quedan abiertas a todos los componentes del sector de la salud: IPSs, EPSs, profesionales, trabajadores y también queremos llegar a los pacientes.

Deseamos además fervientemente ir al rescate de los valores del sector, que por distintas razones se han perdido y propender por la conservación y fortalecimiento de los que aún quedan; valores todos que son los que le han dado durante décadas fortaleza, prestigio y credibilidad a hospitales y clínicas y a los profesionales.

Queremos que todos nuestros lectores encuentren aquí, El Pulso, un aporte muy positivo, que hecho desde distintas perspectivas, beneficie todo el sistema de seguridad social en salud y favorezca progreso de todos los Colombianos.

Cartas a la dirección

Este espacio esta abierto para usted. El periódico “El Pulso” recibirá con agrado sus comentarios, sugerencias, observaciones y propuestas que, planteadas dentro de los principios del resto y la tolerancia, los lectores quieran remitirnos a la Dirección. Les rogamos eso sí ser breves para poder dar cabida a todas comunicaciones que nos lleguen y que siempre serán bienvenidas.

Rionegro, junio 25 de 1998

Doctor Julio Ernesto Toro
Director Periódico El Pulso
Medellín

Respetado doctor Toro:

Saludamos con beneplácito la aparición de este importante medio de comunicación para el sector salud, dada la ausencia de canales de expresión que manifiesten realmente nuestra problemática y que se constituyan en un espacio de discusión y participación .

Les auguramos muchos éxitos en esta nueva empresa.

Cordialmente,

Pascual Hernández Pérez
Gerente Hospital San Juan de Dios

Doctor Julio Ernesto Toro
Director Periódico El Pulso

Respetado Dr. Toro:

Al enterarnos de que saldrá a circulación el primer ejemplar del periódico **EL PULSO**, estimo que esta idea es un acierto, porque sabemos que estará orientado a llenar un vacío informativo que tiene el sector de la salud en nuestro medio. Hacer empresa es una ardua labor y un reto digno de alabar.

Quiero desearles éxito para que esta publicación pueda permanecer en el tiempo, ya que somos conocedores de las dificultades que implica la financiación de un periódico de las características que tendrá **EL PULSO**.
Cordial Saludo,

Jorge Mario Uribe Pardo
Gerente Hospital General de Medellín
Luz Castro Gutiérrez

La ley 100, carencia de una concepción de la salud

Por Antonio Yepes Parra

Tradicionalmente la inversión social ha ocupado en nuestro país el último lugar en la asignación de prioridades para la asignación de recursos públicos, especialmente en el caso de la salud, la cual, durante varias décadas, ocupó el último lugar en el acceso a esa disponibilidad financiera.

Es evidente el papel que tal clima de inequidad y de injusticia social ha debido jugar en la acumulación de múltiples causas que han generado la terrible oleada de violencia que ha sacudido al pueblo colombiano, especialmente en los últimos años.

Es muy importante adelantar macro proyectos de tipo físico, indudablemente necesarios, pero es necesario garantizar primero que los ciudadanos que los van a utilizar tengan satisfechas sus necesidades básicas.

La constitución de 1991, a pesar de la improvisación y la premura en la toma de decisiones fundamentales,

Es el fruto de un acuerdo político que superó el bipartidismo exc luyente, a pesar de que no pudo convocar a los sectores mayoritarios de la insurgencia. Ese grupo heterogéneo pero pluralista y representativo de amplios sectores populares puso especial cuidado en la aprobación de normas que pretenden garantizar los derechos humanos y sociales.

En el caso de la salud y la seguridad social, temas que ni siquiera se mencionaban en las cartas políticas anteriores, por primera vez aparecen consignadas como derechos humanos irrenunciables, sujetos a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, por cuya prestación debe responder el Estado, permitiendo la participación del sector privado.

Lógicamente, el desarrollo legislativo de normas constitucionales tan adecuadas originaron un amplio debate parlamentario, al cual el sector salud, de manera equivocada no se vinculó de manera activa.

Este debate amplio y prolongado no tuvo las repercusiones sociales que hubieran sido deseables, mediante la intervención de todas las organizaciones sociales vinculadas al tema.

De todas maneras, la ley 100 de 1993 fue el fruto de precarios acuerdos entre posiciones radicales y extremas que oscilaban entre la posición neoliberal del gobierno de ese entonces hasta aquellos que propugnaban por un sistema único estatal, excluyente de la participación de los particulares.

Me atrevo a calificar de precario el acuerdo, puesto que era prácticamente imposible conciliar, por ejemplo, la posición de gobierno, interesado exclusivamente en las pensiones del sector privado, con aquellos partidarios del Estado paternalista y protector, que en una relación vertical con la comunidad otorga gracias y favores.

Al no tener una concepción clara y definitiva del fenómeno de la salud y la enfermedad, delimitar una filosofía de la salud pública en la cual se establezcan las obligaciones del Estado, del sector privado, del ciudadano en particular y su entorno familiar, la norma legal carece de una base conceptual sólida y de una orientación política que le fije un claro camino.

Si a lo anterior le agregamos la tendencia colombiana al extenso, difuso engorroso reglamentarismo, tenemos una norma legal que permite que en su aplicación se opte por todo tipo de interpretaciones, primando aquella que concibe a la ley como un mecanismo de aseguramiento y no como un sistema integral de Seguridad Social en Salud.

El estímulo a una demanda masiva e indiscriminada en servicios es un resultado concreto de la desorientación vigente, olvidando el clásico principio de la administración sanitaria que advierte que la oferta siempre genera demanda en vez de satisfacer la existencia previamente.

Cualquier sistema de salud en el cual los trabajadores de la salud no se encuentran en adecuadas condiciones laborales y las instituciones prestadoras de servicios no reciben de manera oportuna el pago de los servicios prestados, de acuerdo a las tarifas justas y concertadas, verá irremediablemente afectada la calidad de la atención a los usuarios.

Es necesario por lo tanto redefinir y reorientar la ley en el sentido de adoptar una concepción del fenómeno salud enfermedad con una mirada holística a tan complejo fenómeno social que genere un sistema en el cual el estado debe responder por la dirección de la salud pública con un criterio científico y epidemiológico, protegiendo a la comunidad contra eventos catastróficos y obligando a la atención integral del ciudadano, en su entorno social, familiar y laboral, con definidos criterios de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Es el momento de reflexionar, analizar la evolución de la aplicación de la ley, debatir ampliamente con todos los sectores involucrados en el proceso, para así corregir los errores y afianzar los resultados positivos que, como la ampliación de la cobertura son evidentes.

Los interrogantes

¿Qué piensan hospitales y clínicas sobre la aplicación del Seguro obligatorio de Accidentes de tránsito y los eventos catastróficos? Esta es la respuesta de algunas

De estas entidades a las preguntas del periódico El Pulso.

1. ¿Es positivo el Soat para los organismos de salud?
2. ¿Qué dificultades presenta el Soat en su aplicación?
3. ¿Qué alternativas propone para un mejor funcionamiento?

El Pulso



Debate

El Soat exige una revisión de fondo

“Para el San Vicente el SOAT es una fuente de ingresos”

Rubén Darío Restrepo, jefe de policlínica, Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

1. Para el Hospital San Vicente de Paúl, que ha sido un epicentro de recepción de toda clase de personas víctimas de accidentes de tránsito. El Soat se ha convertido, por esa misma razón, en una fuente de ingresos. “Somos la empresa que más le factura al Fondo de Solidaridad y Garantías” – afirma Rubén Darío Restrepo, jefe de Policlínica- por cuanto seguimos atendiendo de igual manera, de puertas abiertas 24 horas, pero ahora tenemos a quien pasarle una cuenta de cobro, mientras antes debíamos asumir nosotros todos los costos.
2. El Hospital, con su infraestructura en recursos humanos y técnicos no tiene problemas en términos generales con las tarifas Soat. Pero comprendemos que las clínicas y Hospitales privados, con altos costos de endeudamiento, tienen condiciones menos ventajosas frente a estas tarifas. Quizás eso explique el que paciente de Soat que llega al Hospital allí se queda; no es posible encontrar para él una cama en otro centro asistencial. Otro problema son las demoras en los pagos por parte de las aseguradoras. Pero, para nosotros, el problema más grande del Soat son los topes que se manejan en las tarifas, lo que hace que un paciente primero esté en manos de una aseguradora y luego pase a continuar su terapia con fondos de la EPS correspondiente, lo que implica más tramitología para todos.
3. Creemos que todo lo que tiene que ver con accidente de tránsito debe también pasar a manejo de las EPS para evitar esa complejidad que el sistema actual tiene para los hospitales. Se requiere también de parte del sector salud todo un aprendizaje adecuado sobre facturación y una adaptación al nuevo sistema.

“A Soma con el Soat no le va mal”

José Miguel Guzmán, presidente de la Sociedad Médica Antioqueña S.A., Soma.

1. El Soat primero que todo ha sido benéfico para la comunidad, en especial para los más desprotegidos económicamente. Antes del Soat los pacientes sin recursos se morían por falta de atención; hoy son asistidos en todos los centros hospitalarios, sin miramientos. Y a las clínicas tampoco les va mal, incluyendo a Soma. Aquí, el 232.8 % de los pacientes de urgencias son Soat. Pero sin duda los grandes víctimas de este sistema son los médicos; una consulta particular de urgencias puede costar \$40.000, mientras por Soat se le paga al médico \$13.400; un anestesiólogo puede perder hasta \$100.000 en un procedimiento a un paciente de estos.
2. El principal problema del Soat es la facturación. Este sistema se rige por un manual complejo y sus tarifas son diferentes a las que maneja el instituto de Seguros Sociales. Deberían existir unas mismas tarifas, un mismo manual, un igual software por que de lo contrario se hace muy costosa y difícil la facturación y cada devolución de una cuenta de cobro implica más tiempo en pagarnos. De otro lado, hay entidades que se tardan hasta 6 meses en pagarnos, mientras nosotros debemos estar preparados y con los recursos al día para atender las urgencias. A demás, opino que los hospitales como el San Vicente, el General y aquellos que reciben subsidios del Estado son desleales con el mercado por que no tienen que pagar impuestos por ejemplo y están compitiendo por los mismos pacientes que las clínicas privadas, que debemos sostenernos con nuestros propios recursos.
3. .Las necesidades de mejoramiento del Soat están relacionadas con varios puntos: unificación de tarifas (que el ISS no tenga tarifas distintas) para que así las entidades asistenciales tengan un solo software y sea de más agilidad. Se requiere mayor control de la Superintendencia Bancaria para el pago oportuno por parte de las aseguradoras que venden el Soat y elevación de tarifas para que respondan mejor a las exigencias de la profesión médica. De otro lado, el Estado tiene que ser serio con el Fondo de Solidaridad y Garantías y dejar de asaltarlo utilizando estos recursos para distintos fines.

Hospital General: “El Soat tiene más ventajas que desventajas”

Jorge Mario Uribe Pardo, Gerente Hospital General.

1. En un principio el Soat tuvo problemas en su aplicación, pero en el fondo había un problema de desconocimiento de su forma de operación y la mayor parte del dinero se quedo en manos de las aseguradoras. Pero con una mayor información y organización las cosas cambiaron, hasta el punto que se está llegando a que las entidades de salud se están peleando a los usuarios del Soat. Para el Hospital General, el Soat ha tenido más ventajas que desventajas y hoy tenemos 34 camas destinadas exclusivamente a estos pacientes y su atención nos ha incluido a un desarrollo integral de la atención del trauma. En este nuevo estado de cosas, se beneficia el usuario y nos beneficiamos nosotros. Igualmente, al menos en el Hospital General, los médicos han tenido buenos resultados económicos y hay un grupo de profesionales destinados casi exclusivamente a este tipo a este tipo de contingencias. El 20% del total de nuestra facturación quirúrgica viene por accidentes de tránsito.

2. Algunos médicos ven como un problema del Soat el que se afectó la medicina privada por que las tarifas Soat son más bajas; pero consideramos que la medicina en su conjunto se benefició por que se regularizaron las tarifas y abrieron más fuentes de trabajo al haberse extendido la atención a un sector más amplio de la población. No solo el Soat sino la ley 100 socializaron la medicina y eso es conveniente; solo se trata de un proceso de adaptación por parte del sector salud el cual tiene que buscar mejores niveles de eficiencia.
 3. Sería positivo que el Soat se manejara todo desde la EPS, entidad que nosotros vemos como una aseguradora y por lo tanto este manejo de Soat no tendría por que ser un inconveniente y en cambio se le ahorraría a los centros asistenciales y a los pacientes mucha tramitología.
-

“Por inequidad, previsorora pierde plata con el Soat”

Gabriel Jaime Arroyave, Subgerente Comercial, la Previsorora S. A., Medellín

1. El Soat es lo mejor que le ha podido pasar a este país por antes nadie asumía la responsabilidad por los accidentes de tránsito. Si estuviera mejor regulado sería el éxito total y tendría beneficios para todos, pero es un hecho que hay quienes estamos llevando la peor parte, que somos la previsorora y los médicos. Pero, sin duda, su concepción como tal es buena.
 2. El problema del Soat es que todas las compañías que lo expedimos, no lo hacemos democráticamente para todo tipo de vehículos; hay algunas que juegan al borde del reglamento y por cada 10 vehículos a los que se les expide el Soat, se lo entregan a una moto por que saben que estas últimas tienen el mayor grado de siniestralidad y por lo tanto no les son rentables. Eso ha llevado a que a la Previsorora le haya correspondido asegurar la mayor cantidad de motos; de 50 seguros Soat que entregamos diariamente, el 90% son motos. Eso lo hacemos porque la Superintendencia Bancaria exige que las aseguradoras no discriminen y nosotros como empresa del Estado debemos dar ejemplo en todo sentido, pero eso significa también que estamos llevando la peor parte ya que por cada \$100 pesos que recibimos pagamos \$280 en siniestros.
 3. Hay quienes han propuesto que el Soat sea vendido solo por la Previsorora para evitar las irregularidades antes anotadas. Sea cual fuere la solución, se requiere mayor control a las empresas aseguradoras, una estandarización de tarifas y procedimientos, creo que es deseable un software igual sería un asunto de concertación lo cual es fácil pero podría ser ordenado por el estado. De otro lado, si las EPS toman este seguro y se hacen responsables de él ante sus afiliados habría más organización y agilidad.
-

Los ortopedistas, enfrentados a la “quiebra”

Andrés Hurtado del Valle, Miembro de la Sociedad Colombiana de Ortopedia.

1. El sector privado de la salud ha invertido en esta década aproximadamente \$150 mil millones en infraestructura para dar un mejor servicio a la comunidad y a cambio la respuesta que tuvo el Estado fue fijarle unas tarifas que son rentables y tiene a las clínicas en grandes aprietos económicos. Con el caso específico de Soat están perdiendo las clínicas, las EPS y en última instancia el usuario porque al paso que van las cosas no habrá dinero para capacitación ni para inversión en tecnología y la medicina ira perdiendo calidad inexorablemente. La ley 100 y el Soat son positivos filosóficamente hablando, pero no así su manera de aplicarlo.

2. El principal problema del Soat es la fijación de unas tarifas unilaterales a todas luces inadecuadas que han llevado a que quienes estemos financiando el sistema sea el sector salud y quienes llevamos la peor parte somos los médicos en general y con más rigor los ortopedistas por que somos quienes más atendemos este tipo de trauma, con el agravante de que no tenemos capacidad de protesta y no se nos ha escuchado en nuestra justas reclamaciones. A esto se agrega la deshonestidad en el uso de la póliza ya que muchos usuarios reporta accidentes laborales o caseros como accidentes de tránsito, en ocasiones incluso con la complicidad de las autoridades. Como si fuera poco, ante el pago inoportuno por parte de las aseguradoras, tenemos en el sector una cartera extremadamente alta, con recuperaciones lentas y sujetas a que tengamos que contratar abogados para que se nos entregue el dinero que nos corresponde. Pero sucede que la Superintendencia de Salud es muy estricta con nosotros (tenemos demandas que pueden exceder todo nuestro patrimonio) y la Superintendencia Bancaria no hace lo propio con las Aseguradoras que no pagan en los términos iguales, que son casi todas y lo que es increíble, la más demorada en pagar es Fidusalud, que es un fondo que debería ser ejemplo para todo el sistema. Así que las obligaciones del Estado de atención de pacientes víctimas de la violencia, o afectados por carros fantasmas, etc., la estamos pagando el sector privado a través de sistemas inequitativos.
3. La alternativa es replantear todo el sistema tarifario, que no debe estar enmarcado en una camisa de fuerza para el sector privado, máxime si se tiene en cuenta que este no se le puede tratar de igual forma que el sector oficial. Se requiere un mayor compromiso de las aseguradoras, porque se está atentando contra el ejercicio de la medicina. Lo grave es que la Sociedad Colombiana de Ortopedia ha hecho todo cuanto está a su alcance y ha habido oídos sordos de la Superintendencia de Salud.

Sobre la legislación del Soat

Decreto No. 1032 del 18 de abril de 1991
Artículo 1°. Para transitar por el territorio Nacional, todo vehículo automotor debe estar amparado por un seguro obligatorio vigente que cubra los daños corporales que se causen a las personas en accidentes de tránsito. Quedan comprendidos dentro de este artículo los automotores Extranjeros en tránsito por el territorio Nacional.

Coberturas

La póliza incluye coberturas por los siguientes conceptos: gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios; incapacidad permanente; muerte de la víctima, gastos funerarios y gastos de transporte y movilización de las víctimas.

EL PULSO

-----4-----

Debate

HAY QUE MANTENER EL SOAT

Por: Juan Guillermo Maya Salinas

La mayor fortaleza del actual sistema de seguridad social es la de garantizar la atención de las urgencias y emergencias y es quizás el área de mayores garantías económicas para los prestadores de servicios médicos. Lamentablemente las altas cifras de lesionados por violencia y por accidentes de tránsito han determinado y distorsionado la manera de prestar a la comunidad los servicios de urgencias y emergencias; estos servicios son hoy insuficientes mal diseñados, mal utilizados y mal pagados.

Nuestra actual legislación, ha favorecido a grupos poblacionales que están por fuera de los principios de convivencia ciudadana (guerrilla, narcotráfico, paramilitares) o indisciplinados sociales, como en el caso de los accidentes de tránsito. Son las patologías derivadas de estos grupos sociales que reciben atención inmediata y a todo costo.

En contra posición, los pacientes de emergencias médicas, en la mayoría de la tercera edad, son seleccionados adversamente por el sistema y en algunos casos sólo alcanzan atención inicial mínima.

El Soat

El aporte al desarrollo de las urgencias por medio del aseguramiento obligatorio de vehículos de motor ha sido muy importante por su conceptualización filosófica y social, pero ello por sí solo no es garantía para mejorar la salud comunitaria, ni siquiera podrá garantizar la atención; por el contrario, me atrevo a afirmar que se incrementa la indisciplina social, pues asegura el vehículo y no tiene ninguna acción sobre el individuo, que en la mayoría de los casos, está infringiendo normas elementales de tránsito.

El poco desarrollo en el control del parque automotor en nuestro país, la no claridad en políticas de convivencia, el aseguramiento fantasma, la evasión han producido un efecto adverso a la concepción de este aseguramiento.

Los vehículos no los aseguran, se evade el pago, se falsifica el documento, se desconoce quien causa el evento, el paciente miente cuando el trauma no es por vehículo, las instituciones seleccionan el paciente, se sobreutilizan las ayudas diagnósticas y todo se da gracias a que este modelo tiene, para un sistema de seguridad social universal como el colombiano, la connotación de un segundo aseguramiento.

Propuestas

Se ha propuesto, modificar el actual seguro obligatorio de accidentes de tránsito, modelo que en países como México han decidido abolirlo. Los resultados actuales en Colombia hacen necesario como mínimo su revisión y considerar cambios en el funcionamiento de aseguramiento; aquí bien vale aplicar a premisa: “es mejor prevenir que curar”.

No podemos continuar en nuestro sistema de salud asistencialista; se hace necesario rescatar normas mínimas de convivencia y respecto a normatividad.

No se puede continuar con modelos financieros basados en claros factores de riesgo (alcohol, juego de azar, tabaco) para garantizar la asistencia y es por ello que es necesario mantener y fortalecer los modelos que como el aseguramiento obligatorio de accidentes de tránsito pueden lograr modificar el asistencialismo de nuestra salud por propuesta de fomento a la responsabilidad individual y al autocuidado.

Por cuenta del Soat: En 1997 la mayoría de las clínicas privadas De Medellín fueron sancionadas

“Estamos de acuerdo en general en las quejas que presenta el sector salud frente a la aplicación del Soat, pero poco o nada ha podido hacerse para que la situación mejore”, plantea Andrés José Álvarez, médico, funcionario de la Dirección de Seguridad Social en salud, del Servicio Seccional de Salud de Antioquia.

Una de las razones para que esta situación persista- por lo menos en el departamento de Antioquia- sostiene el doctor Álvarez, es que el sector salud no ha logrado la suficiente cohesión y unidad de criterios para presentar posiciones conjuntas de peso ante los organismos reguladores del Estado.

Igualmente reitera que los hallazgos de una investigación efectuada 1995 por un grupo de profesionales para evaluar la eficacia de las reclamaciones que hicieron las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud por efectos del Soat, Prácticamente se mantienen.

HALLAZGOS

En dicha investigación se realizó un estudio descriptivo, de corte longitudinal y de tipo retrospectivo, que empleó como población de estudio a todos los usuarios atendidos como víctimas de Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos en los servicios de urgencias de las I.S.P. del Valle de Aburrá.

Las conclusiones anotaron lo siguiente:

- No se encontró documento a través de normas y procedimientos de flujograma de atención de las víctimas de eventos catastróficos y accidentes de tránsito en las IPS del Valle de Aburra.
- En la mayoría de las I.P.S. existe poca estabilidad de los funcionarios de las áreas de admisiones, facturación y cobranzas, ni hay suficiente capacitación sobre el Soat.
- No existe en la mayoría de las I.P.S. normas técnicas para el archivo de los diferentes registros generales durante las etapas de la atención de las víctimas de accidentes de tránsito y eventos catastróficos, ni guías de diligenciamiento.
- Las I.P.S. desconocen las pérdidas ocasionadas por la no reclamación de la atención de las víctimas de Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos.
- Falta una mayor coordinación interinstitucional que permita agilizar la expedición de los documentos y demás registros exigidos por la ley para las distintas reclamaciones.
- En la mayoría de las I.P.S. estudiadas fue difícil identificar las víctimas de Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos ya que persistía la cultura de atender los usuarios sin identificarlos plenamente.

EL PROBLEMA TARIFARIO

Al referirse a la experiencia del Servicio Seccional en cuanto al manejo de la problemática de Soat el doctor Álvarez sostuvo que “hay quejas insistentes sobre las tarifas inadecuadas de Soat, pero la solución se dificulta porque los hospitales no tienen estudios de costos suficientemente claros que les permita decir al Ministerio de Salud o a la Superintendencia cuánto cuesta efectivamente un procedimiento. En este sentido sólo hay aproximaciones. El manual tarifario no tiene contra que evaluarse; la única EPS que tiene tarifas es ISS y estas muchas veces son inferiores a las del Manual del Soat.

Algo digno de resaltarse es que en el resto del país los hospitales trabajan con tarifas Soat y no tienen los problemas tan serios que aducen las clínicas privadas en Antioquia.

Respecto al no pago oportuno de las aseguradoras informó que este problema se ha expuesto también en diferentes foros sin soluciones muy efectivas a la vista, pero insistió en que en el sector no aplica sanciones de hecho; es decir, se deben presentar las denuncias ante este organismo para que él pueda proceder a estudiar caso por caso.

También estuvo de acuerdo con la queja de que hay fallas en la celeridad de la Superintendencia de Salud para atender algunas reclamaciones y explicó que una de las causas fue el cierre de las oficinas de esta entidad en las diferentes ciudades capitales. “La Super Salud puso en manos del Servicio Seccional la investigación de algunos casos, pero es ella en Bogotá la que toma la decisión y por lo tanto muchas veces las quejas por fallas de las EPS se dilatan”.

MAL MANEJO DE FIDUSALUD

El funcionario de la dirección de Seguridad Social en Salud afirmó que también se ha observado en la práctica, como lo denuncian algunas Clínicas privadas, un manejo no operativo del fondo de Solidaridad Y garantías.

Una de las subcuentas de este Fondo, la del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito tramita una enorme cantidad de dinero; sin embargo, por diversas razones, Fidusalud no desembolsa al sector salud los dineros en forma oportuna.

“En este momento en Antioquia –dice Andrés José Álvarez – se les adecua a los hospitales y clínicas \$700 millones por atención a desplazados y víctimas de la violencia; son dineros que ellos ya facturaron a Fidusalud y no llegan por ningún lado, mientras estos centros hospitalarios tienen por obligación legal que seguir atendiendo a estos desplazados, que además están en muy precarias condiciones en todo el sentido de la palabra. ¿Cómo no estar de acuerdo con que esta queja es cierta si la vivimos todos los días, angustiados esperando recursos para atender esta población desplazada? una vez más, el llamado es para que los Hospitales y Clínicas se unan con criterios unificados frente al tema del Soat, por que el gremio no puede seguir buscando soluciones individuales.

Eventos

• **La tercera FORMULA MÉDICA, la carrera de observación del sector salud, arranca el 7 de noviembre... PREPÁRENSE...**

• **Los próximos 20 y 21 de agosto, el Hospital General realiza la V Jornada Pediátrica, en el auditorio Humanae Vitae de la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana, en el horario de las 7:30 a las 4:30 horas.**

EL PULSO

-----5-----

Cifras sobre la atención de urgencias

Las urgencias que atienden los centros asistenciales de Antioquía tienen su origen en dos fuentes principales que son las lesiones personales, incluidos los accidentes de tránsito y las urgencias por enfermedad común, denominadas también urgencia médicas. En torno a ellos vale la pena conocer cifras como estas.

•

Las urgencias por lesiones personales son generadas en primer lugar por violencia, cuyo indicador ha sido la tasa de homicidios medida por cada 100.000 habitantes y en segundo lugar por los accidentes de tránsito. Durante el período 1992-1995, se han presentado en Antioquía tasas de homicidio mayores de 350 por cada 100 mil habitantes, llegando a ser una de las más altas del mundo.

•

En 1996 la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito en Antioquía estuvo por encima de 41 habitantes por cada 100 mil, cuando en ciudades de Estados Unidos, México, Brasil, Argentina y Chile las tasas no superan los 30 habitantes por cada 100 mil.

•

El peso de las urgencia médicas en el Hospital San Vicente de Paúl es de 32% del total de las admisiones hospitalarias, lo que representa una tercera parte total de todas las camas ocupadas en la institución.

•

La importancia e las urgencias médicas en todo el área metropolitana en el período 1990 – 1996 fue considerable, constituyéndose en promedio en un 70% del total de la demanda por urgencias, incluido los tres niveles de complejidad.

De ese total de atenciones urgentes, el 5% es el tercer nivel de complejidad.

•

Las urgencias médicas en el futuro probablemente llegarán a ser el 80% de las urgencias totales en el Área Metropolitana más el resto del departamento y las urgencias derivadas del trauma pueden sostenerse en un 20% del total de la demanda global. Del total de la demanda por lesiones personales, se calcula que el 70% es de tercer nivel de complejidad.

•

De los años 1991 a 1994 el índice de dependencia de la población de Medellín con el Hospital Universitario San Vicente de Paúl para la demanda de urgencias médicas disminuyó del 12.53% a 10.25%. Igual fenómeno se presentó frente al Hospital en el resto del Departamento.

•

Contrario a lo anterior, el índice de dependencia de los habitantes de Medellín en cuanto a lesiones personales se incrementó de un 31.73% a 45.01%; es decir, que en la ciudad de Medellín el Hospital Universitario San Vicente de Paúl incrementó en este período su importancia como centro especializado de trauma.

La Policlínica

Cambia de rostro

Según las proyecciones realizadas, el Hospital Universitario San Vicente de Paúl atenderá en el período 1998-2001 un promedio anual de 3.489 urgencias médicas no producidas por trauma y de tercer nivel de complejidad en mayores de 15 años lo que equivale al 32% del total de las urgencias por año.

En cuanto a lesiones por trauma – accidentes, etc.- de tercer nivel de complejidad y personas mayores de 15 años, atenderá un promedio anual de 7.413. De este total, el 85% es proveniente del Área Metropolitana y el 15% del resto del departamento de Antioquía.

Para responder a ese reto, el Hospital se prepara con una Unidad Integral de Urgencias, que tendrá un gran impacto en la atención de emergencias en todo el departamento.

El San Vicente de esta manera está dando respuesta a las necesidades de la comunidad y las exigencias normativas en el marco de la ley 100, pero a la vez está convocando a todas las instancias para que Antioquía toda de un paso más en el proceso de organización para atención de urgencias en el departamento porque, como lo expresa Rubén Darío Restrepo, jefe de Policlínica del San Vicente, “nosotros al dar una mejor estructuración al servicio no vamos a resolver todo el problema; el asunto no radica en abrir más y más camas sino en organizarnos mejor”.

“Es preciso - agrega- organizar la periferia, establecer un sistema regionalizado de atención de urgencias y para lograrlo se necesita el concurso del Estado, del sector privado, de los legisladores y de la comunidad”.

LA NUEVA FORMA DE TRABAJAR

La Unidad para Atención Integral de Urgencias del Hospital Universitario San Vicente de Paúl busca replantear por completo este servicio con el fin de dar una atención más oportuna, lo cual se traduce en menor tiempo de estancia de los pacientes.

Esta reestructuración implica incluir dentro de dicha unidad una serie de servicios que hoy se presentan dentro del Hospital, pero por fuera del edificio de urgencias, tales como quirófanos, unidad de cuidados intensivos y de cuidados intermedios. Igualmente, dotarlo de tecnología apropiada para dar mayor oportunidad y calidad en la atención.

Se busca además el rediseño de los flujogramas de atención, la actualización de los protocolos de atención y en general un cambio de cultura en la prestación de los servicios de urgencias dentro de el Hospital. Sólo la infraestructura física tiene un costo superior a los \$2.500 millones de pesos y el área total construida será de 3.040 metros cuadrados.

La Unidad y sus respectivas áreas tendrán el apoyo funcional de todas las dependencias del Hospital involucradas tanto asistenciales como administrativas.

Esta nueva Unidad – según el concepto de que no se trata de aumentar de manera ilimitada el Número de camas si no de hacer un flujograma adecuado de la atención- dispondrá sólo de 33 camas en las cuales el paciente permanecerá el mínimo tiempo posible.

Un servicio integral

Policlínica ofrecerá los siguientes servicios:

- Clasificación de todo punto de urgencias.
- Consulta urgente de: Medicina interna y especialidades; cirugía general y especialidades con cubrimiento 24 horas en ortopedia, neurocirugía y anestesiología. Las demás con cubrimiento de 12 horas.
- Observación las 24 horas del día para: urgencias médicas y lesiones personales.
- Cirugía durante las 24 hora del día.
- Recuperación.
- Unidad de cuidados intensivos.
- Unidad de cuidados intermedios.
- Procedimientos especiales, primeros auxilios y suturas.
- Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico de la institución: Laboratorio clínico, imaginología, endoscopia digestiva, endoscopia respiratoria.
- Servicio de hotelería /
- Unidad de atención al usuario (admisiones, facturación y caja).

BENEFICIADOS

El proyecto beneficia por su concepción a toda la comunidad puesto que el servicio es abierto completamente; pero, como hasta ahora, será enfocado a la atención de las personas de escasos recursos económicos. La población atendida en el servicio de urgencias de adultos pertenece, en un 73.45%, a los estratos 0, 1, 2 y 3. El porcentaje de pacientes que aparecen en el estrato 6 corresponden básicamente atenciones iniciales por accidentes de tránsito.

Los pacientes que tienen derecho al POS subsidiado y han sido carnetizados, deben pagar un porcentaje de la cuenta, de acuerdo con el nivel de clasificación del Sisbén, excepto los del estrato 0. Este pago debe hacerse directamente a las A.R.S. a las cuales están afiliados.

Los vinculados, o sea los que no han sido carnetizados, pero por su condición socioeconómica tienen derecho al POS, deben pagar un porcentaje de su atención, directamente al Hospital. Los pacientes que no tienen seguridad social deben cancelar sus servicios. En estos casos las cuentas son diferidas en el tiempo, de acuerdo con la capacidad de pago.

De los pagos que deben hacer al Hospital los pacientes descritos en los párrafos anteriores, algunos no lo hacen, siendo subsidiados en última instancia por el Hospital. También hay cuentas de algunos pacientes que no se pueden determinar quien es el responsable, como en el caso de los pacientes de otros departamentos, quienes son subsidiados también por el Hospital. En los primeros 9 meses de 1997, el valor subsidiado ascendió a la suma de \$3.132 millones. La filosofía del Hospital es atender los pacientes de bajos recursos y lo seguirá haciendo, dando cubrimiento a las urgencias de Medellín, el área metropolitana del Departamento de Antioquia y algunos departamentos vecinos como Chocó, Córdoba y Bolívar.

Salud en Internet será una sección habitual de EL PULSO, preparada por José Humberto Duque Z., en la cual aremos un recorrido noticioso desde el Internet, Con el fin de aportar a nuestros lectores datos del mundo sobre avances de diferentes campos. En esta oportunidad la fuente es el Diario Médico de España web site:www.recoletos.es

EL PULSO

-----6-----

Salud en Internet

NOTICIAS Y AVANCES

Preparada por José Humberto Duque
Fuente: Diario Médico de España del
23 de junio de 1998
web site : www. recoletos.es

- **La farmacología ha de limitarse en histriónicos.**

Las medidas basadas en la psicoterapia son las más efectivas en el abordaje de los sujetos que presentan trastornos de tipo histriónico. Los fármacos deben limitarse a aquellos casos en los que aparecen complicaciones y comorbilidad y siempre en periódicos cortos por el riesgo potencial de abuso y autodestructividad.

- **Una infección bacteriana favorecería la aparición del Tourette.**

Una infección bacteriana podría ser la causa del síndrome de Tourette, una enfermedad cerebral inusual que causa tics y ruidos involuntarios. La infección se asociaría a una tendencia genética y causaría el síndrome, según un trabajo realizado por Harvey Singer, de la Universidad Johns Hopkins, que se ha publicado en el último número de Science y de Neurology.

- **El gangliósido GM1 puede mejorar los síntomas de parkinson.**

Una sustancia producida de forma natural en la membrana celular puede mejorar los síntomas en los pacientes con la enfermedad de parkinson y quizás ayudar también a retardar la progresión de la enfermedad, según concluye un trabajo dirigido por Jay S. Schneider, de la Universidad Thomas Jefferson, en Filadelfia, que se publica este mes en Neurology.

- **Anticonceptivos orales ligados a mutaciones elevan el riesgo de TVC.**

Las mutaciones en el gen de la protrombina y en el del factor V están asociadas con trombosis venosa cerebral (TVC), y según parece el uso de contraceptivos orales se relaciona de forma estrecha e independiente con esta patología, por lo que la presencia de ambas mutaciones y el consumo de contraceptivos orales incrementa el riesgo de trombosis venosa cerebral, según las conclusiones de un estudio que se publica hoy en The New England Journal Of Medicine.

- **Clases de costura en el quirófano.**

En el futuro inmediato, los cirujanos se van a ver en serio apuro cuando tengan que responder a la clásica pregunta: "Doctor, ¿cuántos puntos me ha dado?".

Las cremalleras y los pegamentos están irrumpiendo como nuevos materiales de sutura, tanto para unir vasos o vísceras como para la piel, con lo que mejoran los resultados estéticos y evitan al paciente la tenida retirada de los puntos.

- **Las prótesis invertidas de hombro, indicadas en ruptura del manguito.**

Las prótesis invertidas de hombro sólo están indicadas en los casos de ruptura masiva de los manguitos de los rotadores. El desarrollo de nuevas técnicas ha permitido que, aun faltando el manguito, el deltoides pueda ejercer su función correctamente, fenómeno contrario al que se producía con anteriores prótesis anatómicas, según el cirujano ortopédico José María Morán, del Hospital de Tarrasa, en Barcelona.

- **El polietileno se correlaciona con mayor inflamación en la prótesis**

El polietileno se detecta en mayores cantidades que otros materiales en las inflamaciones más acentuadas en los aflojamientos de prótesis de cadera, según un estudio de la ciudad Sanitaria de Bellvitge, en Barcelona.

- **El manejo conservador más efectivo y seguro en IAM sin onda Q**

La mayoría de los pacientes con infarto agudo de miocardio sin onda Q no se benefician de las técnicas de rutina, es decir, del manejo invasivo precoz consistente en angiografía coronaria y revascularización. Una aproximación inicial guiada por la isquemia y conservadora es segura y efectiva, según un trabajo aparecido en el último número de The New England Journal Of Medicine. El infarto agudo de miocardio sin onda Q normalmente se maneja de acuerdo a estrategias invasivas (por ejemplo, una angiografía coronaria seguida de revascularización miocárdica).

- **Los IECA pueden detener la progresión de la fibrosis que conduce a fallo cardíaco.**

Reducir la progresión de la fibrosis cardíaca es un de los grandes retos planteados en las investigaciones en este campo. Algunas sustancias, como los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), influyen en un proceso que si no se detiene conduce al fallo cardíaco y afecta a los sistemas renal y pulmonar.

- **La eco intervencionista destruye pequeños cilindros cancerosos de vejiga y próstata.**

La ultrasonografía, considerada en medicina como una técnica de exploración universal, está en continua progresión y sus aplicaciones, tanto diagnósticas como terapéuticas, se amplían día a día a diferentes ámbitos patológicos.

- **La pérdida de heterocigosidad es el primer paso celular a malignidad.**

La pérdida de heterocigosidad es el paso previo para que una célula deje de ser normal y se convierta en maligna, según los estudios que se realizan sobre mutaciones genéticas. El conocimiento de las citadas mutaciones puede ser de vital importancia para enfermedades como el esófago de Barret o para procesos neoplásicos como el de mama, según ha explicado Julian Sanz Esponera, del Hospital Clínico de Madrid.

- **Las microcalcificaciones pueden indicar cáncer de mama ‘in situ’**

El uso generalizado de mamografías con alta definición y el desarrollo de campañas de prevención y diagnóstico precoz de cáncer de mama en la mujer entre los 45 y 65 años ha desatado un interés por las lesiones incipientes de la glándula mamaria, especialmente por el carcinoma ductal in situ (DCIS) y por el carcinoma lobulillar in situ (LCSI). En centros esta patología alcanza hasta un 20 por ciento de todos los cánceres de mama detectados, ha comentado Antonio Llombart-Bosch del Hospital Clínico de Valencia, en el congreso de Anatomía Patológica.

- **Reducir un 10 por ciento el exceso de peso implica la mejoría del riesgo cardiovascular.**

La obesidad es un tributo que tiene que pagar los países industrializados por su estado de bienestar. Cada vez es mayor el número de obesos. Si el exceso de peso es moderado, la dieta, el ejercicio y el apoyo farmacológico pueden controlar el problema. Si el IMC es mayor de 40, habrá que valorar la utilidad de la cirugía.

- **Los alimentos fritos aumentan el riesgo de sufrir un ataque cardiaco.**

Dos estudios que se publican hoy en Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology ofrecen datos sobre dos nuevos factores asociados al riesgo de enfermedad cardiovascular: una dieta rica en alimentos fritos y la leptina. El primer factor favorece la formación de la placa de ateroma, mientras que el segundo se asocia al síndrome de insulina-resistencia. Estos hallazgos ayudarán a establecer pautas preventivas.

- **La supervivencia en trasplante por cirrosis es mayor que por hepatitis.**

El trasplante hepático puede ser una solución a la cirrosis de algunos enfermos. Aunque los resultados son muy buenos, la posibilidad de hacer un trasplante y el tiempo de supervivencia están condicionados por el cumplimiento estricto de la abstinencia, para lo que es decisivo el apoyo del psiquiatra y de la familia. Estos trasplantes se han abordado en el congreso mundial de cirugía hepatobilio-pancreática.

El caso

El periódico "EL PULSO" incluirá en Cada edición un caso vivido en alguno De los centros hospitalarios públicos o Privados que merezca ser reseñado con El fin de adoptar luces sobre el manejo De hechos similares que pueden ocurrir En la práctica diaria. Es esta una sección Didáctica, de carácter interdisciplinario En cuanto en ella se tratarán asuntos de Interés para cualquiera de las profesiones Que tiene que ver con el qué hacer de la Salud.

Para efectos de guardar la confidencialidad debida se reservarán los nombres de los protagonistas y se podrán utilizar otros en su lugar con el fin de evitar identificaciones no convenientes. Los nombres de los profesionales involucrados en el tratamiento o en el manejo de la situación sí podrán divulgarse si ellos lo consideran oportuno y conveniente. Los invitamos a hacer sus aportes. Para esta edición seleccionamos un caso Manejado por el servicio de Trabajo Social del Hospital San Vicente de Paúl.

EL PULSO

-----7-----

El caso

LA PATOLOGÍA DE LOS DESPLAZADOS.

Según el reporte del Hospital la patología de los desplazados es múltiple:

- En la tercera edad se evidencian los problemas crónicos recrudescidos por el estrés que les genera con frecuencia cáncer y pancreatitis.
- En los niños lo más usual son problemas de desnutrición, asma, bronquitis y fracturas.
- En las maternas se dan embarazos de alto riesgo, son hipertensas y presentan deficiencias alimentarias.
- En las personas en edad productiva se observan muchas heridas por arma de fuego u objetos cortopunzantes, estrés, gastritis, angustia.
- La angustia hacen que sean pacientes de difícil manejo, desmotivados, sin interés por el tratamiento y con mucha incertidumbre sobre su futuro.

Algunas formas de ayudarles son:

- Asesorarlos bien sobre los pasos a seguir. Es preciso entender que una buena orientación produce un efecto en cadena por que ellos a su vez van a aconsejar a otras familias que están en situaciones similares.
- Dentro de esta asesoría es fundamental remitirlos al Servicio Seccional de Salud a la Dirección de Seguridad Social en Salud para que tengan una ilustración sobre sus derechos.
- Es conveniente- o por lo menos así lo ha hecho el Hospital San Vicente de con muy buenos resultados – tener un plan padrinos, es decir, un grupo de personas a las cuales acudir en busca de ayuda económica para cuando llegan familias sin dinero, sin rumbo, sin a quien acudir.
- Cuando llega con un herido toda la familia es importante concientizarlos sobre la importancia de que se devuelvan a sus lugares de origen, no sin antes darles el teléfono de la sala donde su familiar quedo hospitalizado, para que puedan tener información permanente, lo cual les disminuye la ansiedad.
- Si la familia no desea o no puede irse se les conecta con ONG que ofrecen ayuda a los desplazados.
- Se les ayuda a buscar a sus familiares en la ciudad con la contribución de los medios comunicación.
- Esta demostrado que, en el caso de Antioquía, la solidaridad de la comunidad es inmensa, pero es preciso ganarse la confianza como institución para que la gente responda a nuestro llamado.

Del cafetal al pavimento

Era una familia campesina típicamente paisa de aquella donde los abuelos, los hijos, los nietos forman una sola estructura y habitan un mismo espacio físico y comparten los mismos amaneceres, los mismos sueños, las mismas ilusiones y caminan por los mismos senderos y van a bañarse a los mismos arroyos. Eran considerados los ricos del pueblo y un granero del pueblo les daba lo suficiente para vivir y sostener una casa en Medellín donde 4 de los 13 hijos se quedaban toda la semana para aprovechar las posibilidades que la vida les había dado de una buena educación secundaria y universitaria, para aquellos abuelos todo eran ilusiones: educar a los 13 nietos, a medida que los cafetales siguieran dando frutos.

SE ROMPIÓ EL SUEÑO

En 1992 el abuelo fue secuestrado. Se vendió media finca para pagar su rescate. Pero, lo que ocurre a menudo: el dinero quedó en manos del grupo de delincuentes y el hombre nunca fue entregado ni vivo ni muerto.

Los dos hijos que estudiaban en Medellín en la Universidad, debieron regresar a hacerse cargo de la finca y de las penas en 1994 los denominados grupos de autodefensas quemaron los graneros con el argumento de que en ellos se surtían grupos guerrilleros.

Un año más tarde fue secuestrado el hijo mayor. Esta vez tocó vender la casa de Medellín. El hijo apareció, pero la madre acosada por el sufrimiento, recibió el diagnóstico de cáncer de seno.

En medio del caos y el descontrol, la cosecha de café se perdió: esta vez el enemigo fue la broca. Pero el Estado no estaba allí para tenderles la mano; todo lo contrario, tuvieron que vender otra parte de la hacienda para pagar la Caja Agraria por que las deudas son implacables y porque la madre necesitaba un tratamiento en la clínica privada en Medellín.

En 1996 los dos jóvenes que antes estudiaban bachillerato en Medellín vuelven a la capital tras un sueño, o más bien, tras una quimera: encontrar empleo.

Por supuesto, empleo no hay. La opción es ingresar al Ejército.

En 1997 es preciso vender el resto de la finca: es necesario seguir pagando el tratamiento de la abuela.

Pero no; tampoco ese dinero alcanza. Es entonces cuando la familia, o lo que queda de ella, acude al Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

UNA CIUDAD HOSTIL

Toda la familia está ahora en Medellín pensando en salvar la madre, la abuela, pero también en buscar un medio de subsistencia en una ciudad hostil.

El Hospital enfrenta la angustia familiar. Solicita el Sisbén para la señora pero le es negado: “no es posible; esta familia era considerada la rica del pueblo”. Entonces empieza la búsqueda desesperada por vivir.

De los 13 hijos 4 van a distintos pueblos a buscar trabajo. El entra al rebusque, a la venta de frutas a caminar por las calles...

No hay dinero para pagar el tratamiento de la mamá y el Hospital estudia la situación y lo financia; pero ella muere; el Hospital le ayuda a la familia a pagar los gastos del funeral. Poco después llega la noticia de que uno de los jóvenes que había ingresado al ejército muere en una emboscada. Dos de los hermanos regresan al pueblo pero también mueren,

Esta vez a manos de la guerrilla, mientras en Medellín 4 de los nietos ingresan a las milicias y otros tres de ellos abandonan “la casa” añorando quizás volver encontrar el mismo camino y los mismos arroyo que recorrieron cuando eran una verdadera familia, no un puñado de desplazados con hambre y sin esperanzas. Pero se los tragó la ciudad...

En “el hogar” habitado por la familia restante la tragedia no cesa: hay un proceso de lanzamiento; no fueron suficientes los esfuerzos del sacerdote de la parroquia ni de la acción comunal para conseguir recursos: la familia se desintegra.

UNA LUCHA DESIGUAL

Frente a una realidad que parece no dar salida el Hospital trató de cumplir su misión desde diversos frentes:

El primero, la atención gratuita a la persona enferma. El acompañamiento a ella y a su familia para ayudarla a elaborar el duelo de la pérdida de su compañero y de su familia a la que veía desintegrarse paso a paso. A su muerte, se le hizo seguimiento a la familia por dos meses para ayudarlos a aceptar esta nueva pérdida y para darles la mano en cuanto estuviera a su alcance. Se buscó trabajo para dos de las mujeres como madres comunitarias, se les orientó en los trámites para reclamar sus derechos como desplazados por la violencia.

Mediante el plan padrinos (conformado por amigos del Hospital) se les compró un molino para elaborar arepas. Se reportó la familia ante el Sisbén. Algo logró hacerse, pero el drama de los desplazados es superior a todas las posibilidades.

RECOMENDACIONES

La jefe de trabajo social del Hospital San Vicente de Paúl, Marta Lucía Arenas, hace las reflexiones y recomendaciones frente a este caso que una vez más pone en evidencia lo que ocurre en el país donde el apoyo de unos y otros a grupos de extrema derecha y extrema izquierda, más que una decisión personal o política electoral, es una manera efectiva de dañar, para siempre la vida de miles de familias que arrastran con su destrucción de desgracia para un número indefinido de generaciones.

1. Es deber de una entidad de salud como es el caso de Hospital, de tener un absoluto conocimiento de todos los organismos Gubernamentales que trabajan en beneficio de la comunidad y saber cuál de ellos puede ser útil para casos que como este, requiere un aporte más allá que el estrictamente asistencial. Las ONG se han fortalecido y en ocasiones se subutiliza el recurso que ellas ofrecen por desconocimiento y por no atender a sus convocatorias,
2. Debe haber igualmente un equipo de trabajo que conozca la legislación del país frente a las diversas problemáticas y en este caso frente al tema de los desplazados, uno de los problemas que más está llegando a las puertas de centros hospitalarios por cuanto estas personas presentan patologías complejas.
3. Es necesario mantener contacto con las acciones comunales y las iglesias del área de influencia, con el fin de poder ayudar a las familias a buscar una ayuda inmediata y efectiva.
4. No se pueden ahorrar esfuerzos en participar en las convocatorias que hace el gobierno para participar en el manejo de la problemática social región y del país, ya que esto permite actualización, dominio de los temas, contactos y aporte de soluciones.
5. Es preciso mantener actualizados los perfiles epidemiológicos de la población para poder estar preparados para las distintas casuísticas.
6. Hacer estudios comparativos de las cifras que se divulguen sobre aplicación de las normas sobre Seguridad Social, para poder cotejarlas con la realidad y hacer pronunciamientos, ponencias, declaraciones que permitan avanzar en la correcta aplicación de dicha legislación. Por ejemplo, frente a l tema concreto de los desplazados el sector salud no puede permanecer en silencio sino hacer sus aportes por cuanto esta sigue siendo una población que permanece en los cordones de miseria sin una solución de fono.

EL PULSO

-----8-----

“EL HOSPITAL”

El Hospital Universitario San Vicente de Paúl

Editó para la celebración de sus 85 años de fundación, un libro de lujo que combina la espléndida fotografía de su arquitectura, con lo que ha sido su acontecer a lo largo de casi un siglo, escrito de un manera profunda y amena el libro es un inmejorable regalo para cualquier ocasión, por su belleza y calidad y por que él recoge buena parte de la historia no sólo del Hospital si no de Antioquía ya que este recinto, como se afirma en el texto, vio crecer a su calidad, la observó cómo pasaba del tren al Metro con orgullo y valentía en medio de dificultades y penurias a las que el San Vicente supo responder hasta el punto de llegar fortalecido a sus 85 años, con la frente en alto y con el orgullo de ser patri monio de todos.

“El Hospital” es el nombre con el que lo conocen todos; propios y extraños. Así se llama este espléndido ejemplar que puede ser adquirido en las librerías de la ciudad.

En la próxima edición de “El Pulso” este es un espacio reservado para usted. Es nuestra sección de publibreportajes. ¿Tiene nuevo servicio que presentar y ofrecer a sus colegas o posibles clientes? ¿Está su empresa de plácemes por una nueva adquisición tecnológica? ¿Cree que sus productos altamente competitivos no son suficientemente conocidos por los usuarios? ¿Quiere que el sector salud se entere de lo que usted está haciendo por su desarrollo y por el progreso del país?. Comuníquese con nuestra sección de comercialización por que aquí está, en este periódico, la oportunidad que usted estaba esperando

EL PULSO

-----9-----

Publibreportaje

Corpaúl continúa innovando Con tecnología de punta

Cada vez que los diarios del país se ocupan de Corpaúl es para dar buenas noticias. Y ese sólo hecho es una buena noticia, porque esta entidad, nacida en Antioquía y que hoy tiene proyección nacional e internacional, Ha sido un ejemplo de que el sector salud puede y de ser eficiente y poner toda su energía en beneficio del cliente.

A Corpaúl esto no se lo enseñó la ley 100; se podría decir que la empresa se anticipó a la ley porque ella mostró que la tecnología de punta, la administración eficiente, el buen servicio y la rentabilidad, van de la mano.

Corpaúl entendió desde su nacimiento que para sobrevivir en el sector salud no era necesario esperar el giro del Estado, sino que se podían utilizar la inventiva y la buena gerencia para obtener resultados alentadores.

LIDER EN SOLUCIONES INTEGRALES

En esta ocasión cuando Corpaúl cumple sus 25 años de labores, la buena noticia que tiene para comunidad lega desde su planta Farmacéutica y de insumos Hospitalarios, Guillermo Echavarría Misas.

Esta plata, que produce soluciones inyectables para uso humano y veterinario, suturas quirúrgicas, soluciones concentradas de hemodiálisis y jabones desinfectantes, trabaja desde 1981 con un concepto de alta calidad y competitividad, para lo cual viene utilizando tecnología de punta.

En el área de soluciones inyectables, al avanzado sistema Bottelpack Aseptic System, que permite la formación, llenado y sellado de la bolsa automáticamente, en un ambiente estéril, sin la intervención del ser humano, se le agrega ahora el nuevo SISTEMA DE APERTURA “Euro”.

Este es un novedoso y seguro conjunto de dispositivos que se incorporan a la bolsa Corpaflex para brindarle mayor comodidad. El sistema fue desarrollado en Alemania para los envases de soluciones parenterales de gran volumen, elaboradas mediante el más avanzado sistema aséptico, Blow Fill Seal bottelpack. Corpaúl informa con orgullo que esta innovando, que tiene evidentes beneficios para los usuarios, es fruto no sólo de una inversión con recursos propios, sino que además es el resultado de una cultura Empresarial de seguimiento a sus productos y a sus clientes para avanzar siempre en el logro de mejores servicios.

VENTAJAS DEL SISTEMA DE APERTURA “euro”

El sistema de Apertura Euro tiene un aro cómodo y seguro; tiene un disco de látex de gran capacidad de autosellamiento y con fácil identificación del sitio para dilución de medicamentos y del sitio para insertar el equipo de venoclisis.

- En general este sistema aporta mayor versatilidad al momento del uso.
- Al destapar no se requiere desinfectar el disco de látex, para hacer inserción del equipo de venoclisis o hacer dilución de medicamentos mientras está evacuando la solución.
- Se puede utilizar cualquier equipo de venoclisis.
- El recambio se puede hacer en forma ágil y segura.
- No requiere de entradas de aire para la evacuación de la solución.
- Se facilita a un más el transporte y manipulación del producto.
- Es fácil identificar las bolsas en preuso (con dilución de algún medicamento previo a la instalación de venoclisis) porque aparece la bolsa sin el disco que protege el látex.

FRUTO DE UNA ACTITUD

Este nuevo logro de Corpaúl para nuestros es fruto de una actitud empresarial que se inició desde su fundación hace 25 años, cuando se creó esta empresa para administrar los recursos especiales del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, siempre poniendo de presente la búsqueda de soluciones en el campo de la salud a partir de la eficiencia administrativa.

El trabajo de Corpaúl en el área farmacéutica se inició en 1981 cuando el Hospital San Vicente de Paúl le traslado su incipiente plata de producción de sueros que hoy pronto de convirtió en una entidad de negocio altamente eficiente que entró a competir en el mercado nacional de las soluciones inyectables.

La planta fue dotada con tecnología de vanguardia:

- Tecnología lonpure: Las soluciones Corpaflex se elaboran con agua grado inyectable, de alta pureza, obtenida a través del sistema de ósmosis reversa y ultrafiltración lonpure.
- El proceso de esterilización de las soluciones cuenta con el respaldo de la tecnología Getinge de Suecia.
- Es la única plata farmacéutica del país que utiliza para el envasado de soluciones inyectables de gran volumen el sistema aséptico bottelpack de la casa Rommelag de Alemania.
- Corpaúl cuenta con un generador de vapor, marca Kemiterm (Dinamarca) que produce el vapor puro utilizado para esterilizar las soluciones y el autómeta de envasado.
- Para asegurar la calidad de dichas soluciones se efectúan todos los controles durante el proceso y análisis exigido por las farmacopeas vigentes de Estados Unidos y Europa.

Con toda esta tecnología a su favor y una gestión marcada por la pulcritud en los manejos, Corpaúl no sólo logró con la calidad y cantidad de sus soluciones inyectables llenar por completo las necesidades del Hospital San Vicente, sino también cubrir buena parte de la demanda nacional, logrando convertirse además en un regulador de precios de estos productos en el mercado nacional.

Ahora espera con el sistema de apertura Euro; agregar; un nuevo ingrediente de satisfacción al cliente para obtener un mayor cubrimiento nacional.

Tarjetas de Navidad para todos los gustos

Para este año hay muchas novedades en las tarjetas de Navidad de Corpaúl que desde 1971 acompañan las festividades de fin de año de miles de colombianos y personas de todo orbe que reciben en sus hogares un mensaje de paz concebido en tierra paisa.

Pensando en esos miles y miles de seres ansiosos en Navidad, Corpaúl ya tiene lista la colección de 1998 con 36 motivos diferente para complacer los gustos de todos: quienes prefieren los motivos tradicionales y las personas que desean ver la Navidad pintada con otros temas y colores.

Otra gran innovación es que los recursos que obtengan por la comercialización de las tarjetas en adelante estarán destinados exclusivamente a los niños. Este año estos dineros se invertirán en la modernización de la sala de Hematología del Pabellón Infantil del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, la cual es una necesidad sentida de la calidad si se tiene en cuenta que este es un nuevo servicio especializado para la niñez colombiana, donde acuden los niños pequeños de todos sectores sociales.

LOS ARTISTAS RESPONDIERON

La respuesta de los artistas este año no se hizo esperar y esa es otra gran innovación: se contó en esta colección con la obra de pintores consagrados como Rafael Sáenz, Ricardo Gómez Campuzano; Carlos Jacanamijoy; pero también se obtuvo la respuesta positiva de talentos jóvenes que son su innovación y su nueva mirada aportaron imágenes refrescantes, modernas y llenas de color. Fueron los estudiantes de las Facultades de Diseño de las Universidades Pontificia Bolivariana y Tadeo Lozano de Bogotá quienes se unieron al proyecto, así como los colegios ganadores del primer concurso de pintura infantil del Hospital: La Enseñanza, San José de las Vegas y San Ignacio. Todos ellos donaron los derechos de reproducción e sus obras.

LOS PRECIOS

El precio de las tarjetas varía según el mes de compra, así que no sobra el mensaje de adelantarnos a la Navidad llegar a tiempo con nuestros mejores deseos para los seres queridos que cada año esperan la expresión de nuestros afectos.

Las tarjetas pueden adquirirse en Corpaúl desde este mes de julio, carrera 60 No. 48 -62, teléfono 511-45-55, extensiones 73 y 12.

Gestión Hospitalaria

La gestión hospitalaria es un tema de palpante actualidad al cual el periódico "EL PULSO" quiere seguirle los pasos.

Las entidades del sector que tengan algo que compartir al respecto, los invitamos a que se comuniquen con el comité editorial, para incluir sus conceptos y aportes en próximas ediciones.

Hoy abrimos esta sección con registro de lo que ha ocurrido y está ocurriendo con el Hospital San Rafael de Girardota el cual, en años anteriores, fue distinguido por el Centro de Gestión Hospitalaria por sus logros en este sentido.

EL PULSO

-----10-----

Gestión Hospitalaria

“Siempre medidos lo que piensa el cliente externo”

Hospital San Rafael de Girardota

“El Hospital San Rafael de Girardota está pasando por una situación económica difícil lo que ha implicado recorte de personal y de gastos.

Se puede decir que, igual muchos de los Hospitales de Antioquía, está “sitiado” ante irregularidades de aplicación del nuevo Sistema Nacional de Seguridad Social y, en este caso, una vez más el ISS es señalado como uno de los causantes del descalabro.

¿Por qué se selecciono este Hospital y no otro para esta página en la cual estamos reseñando hechos y datos de la gestión hospitalaria en Antioquía?

La razón es que el Hospital San Rafael recibió el año pasado un reconocimiento nacional del Centro de Gestión Hospitalaria por los logros obtenidos en su proceso de transformación en Empresa Social del Estado y concretamente por su “Gestión al Usuario”.

Pese a la precariedad de la situación de la situación, los frutos de su deseo por hacer mejor las cosas frente al cliente permanecen y su director Luis Eybar López Salazar, médico, especialista en Economía de la salud de CES y docente universitario, dice que para ellos se volvió una tarea no sólo el tratar de entender mejor el cliente sino también el aplicar instrumentos de medición para comprobar su grado de satisfacción.

Así que, con el buen volumen encuestas ubicadas sobre el escritorio del director, seleccionamos al azar grupo de ellas y nos encontramos los siguientes:

Febrero de 1998, encuesta de satisfacción del cliente externo en el área de Hospitalización:

Personas hospitalizadas: 89.

Pregunta: En este servicio se le informa los derechos y deberes así como los pasos a seguir: sí 82; no 7.

La información fue suficiente: Sí 82; no 7

ESTRATEGIAS EMPLEADAS

Pero, vamos de lo positivo a lo negativo. Veamos cuáles son las estrategias de gestión que está viviendo el Hospital desde hace varios años – en palabras de su director – y cuáles han sido sus frutos, antes de entrar a plantear el porqué de sus crisis actual.

Desde 1995 el centro de Gestión Hospitalaria y la Fundación Corona hicieron un acompañamiento a los hospitales públicos para la aplicación de los procesos de descentralización del Servicio Seccional de Salud de Antioquia.

Después de un proceso de selección este seguimiento se centró especialmente en los hospitales de Sabaneta, Itagüí, Bello, Girardota y Caldas. Estos centros asistenciales hicieron su autodiagnóstico y según sus circunstancias se seleccionaron derroteros de acción.

Para el caso concreto del Hospital San Rafael hubo 3 estrategias centrales:

- La gerencia del Día a Día: Es decir, la certeza de que se puede ser todos los días el mejor.
- Creación de una cultura de planeación: Se trata de aprender a hacer muy bien el día a día para luego poder hacer mejor cosa a medio y largo plazo.
- Fortalecimiento del equipo humano: Lo que se inició con un grupo de personas seleccionadas se fue extendiendo a toda la organización para hacer cada día mejor equipo de trabajo.

Para lograr este último punto de administración instauró una política de puertas abiertas y una administración de la comunicación rígida, que fue suplantada por una comunicación directa, respeto, pero también de confianza.

En esta busca de una Cultura Organizacional que propenda por el beneficio del cliente interno y el cliente externo, el Hospital San Rafael se fue convirtiendo en un lugar más acogedor y amigable para el cliente externo y para los empleados. Algo fundamental fue la posibilidad que se les dio a los pacientes de seleccionar su médico lo cual en un principio generó angustia en alguno de los galenos que pronto comprendieron que el que no fueran aceptados y escogidos por los usuarios tenía que ver con actitudes personales y formas de trabajo que debían ser cambiadas; y muchos cambiaron para bien.

“Creo – dice Luis Eybar López – que cuando el empleado crece como persona también crece como funcionario y por eso en una correcta gestión no se puede desligar lo uno de lo otro. Es costumbre de esta administración que cuando alguien trae a la gerencia una queja de un compañero se le pregunte: ¿usted ya habló con él? ¿le ofreció ayuda? Inténtelo y cuando vea que no hay caso vuelva de nuevo y trataremos de hacer algo juntos; se trata de que todos entiendan que cada quien es gerente en su puesto de trabajo.

¿Por qué la crisis económica?

¿Cuál es la causa de la crisis económica del Hospital San Rafael? Esta es la explicación del director:

“Todos los hospitales públicos estamos pasando por situación similar por varias razones.

Una de ellas es que ante la respuesta inmediata que debemos hacer a los usuarios con buenos servicios, las EPS están pagándonos a 4 o más meses, como pasa con Instituto de Seguros Sociales.

En Girardota el 45% de la población de municipio está en el régimen contributivo de ellos un 80% son afiliados al ISS como EPS y el 15% pertenecen al régimen subsidiado.

El otro 40% son los pacientes vinculados que muchos de ellos tienen derecho al Sisbén no se han carnetizado.

Ellos se atienden vía Situado Fiscal y este año, pese a que hemos asistido a estos enfermos, solamente en junio recibimos \$20 millones por ese concepto y habíamos facturado \$43 millones. ¿El resto del dinero quien lo paga?

Nosotros, que vamos acumulando déficit.

El Hospital estaba dando rentabilidad en el año pasado, pero ahora está en déficit principalmente por causa de las políticas de ISS que este año renovó el contrato con nosotros y de esos afiliados del ISS que viene por urgencias y que nosotros atendemos, el Instituto no reconocen sino lo que ellos consideran urgentes y cuando paga algo tarda entre 120 y 180 días en hacerlo. En síntesis, estamos subsidiando al ISS, lo que quiere decir que se nos están escapando los recursos que eran para otro tipo de pacientes, a atender los que debía atender el Seguro Social. Es más, los pacientes de ISS que llegan niegan que tienen carnet del Instituto porque, necesitan y segundo quieren que sean asistidos en su Hospital local.

¿Soluciones?

“Una solución importante es que el ISS entienda la importancia de que contrate con los Hospitales de los municipios para que así el Instituto pueda cumplir con más eficiencia su deber con sus pacientes y de paso nos permita cumplir la misión que nos que nos corresponde con personas que pertenecen a nuestra razón de ser como Hospital del Estado.

el Estado debe asegurar el comportamiento de los actores del sistema, porque en casos como el del ISS está atentado contra la Ley 100 que es un Ley muy buena pero el Seguro está poniendo en peligro todos los avances de la Seguridad Social en Colombia.

El problema es que el ISS y otra EPS están impidiendo la adecuada gestión de los Hospitales y es increíble que el que nos está sosteniendo es la Cooperativa de Hospitales de Antioquía que no deja de proveernos de insumos, así también afectadas sus finanzas.

*“Pedimos al ISS y alas
EPS asumir una actitud
De más colaboración
Para permitir a los
Hospitales hacer gestión
Y cumplir su misión en el
Marco del Sistema de la
Seguridad Social en
Colombia”. Luis Eybar López.*

“Lo que le pasa a la medicina es lo mismo que le ocurre a todo el país: no hay liderazgo, no hay quien represente dignamente las instituciones. Pero es un hecho que debe existir una agremiación frente. Hay que seguir adelante y adecuarnos a los tiempos; con lamentarnos no se soluciona nada”.

EL PULSO

-----11-----

Perfiles

“La medicina tiene más futuro que nunca”

A Ignacio Vélez Escobar no lo asusta la ley 100, ni las voces que pregonan la proeza para los profesionales de la medicina, ni mucho menos se preocupa cuando la gente anda diciendo que el médico ya no es como un pequeño Dios o gurú o mago.

Él dice que no quiere hablar de lo que está pasando con la nueva ley de Seguridad Social y mucho menos dar consejos porque “ya dio todos los que tenía”

Y es que claro, con una hoja de vida como la suya, cualquiera puede decir que ya hizo bastante:

Fue profesor, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquía, Gobernador de este departamento, concejal, Rector del Alma Mater, Alcalde de Medellín, Senador, Presidente del Directorio Nacional Conservador.

Su corazón ha estado siempre muy cerca de la Universidad de Antioquía. Recuerda que cuando era Gobernador vendió el Ferrocarril y destinó 25 millones de pesos para construir la ciudad universitaria y , además le tocó posteriormente dirigir la obra “cuando fui rector recibí la Universidad con 1.497 estudiantes y la entregué con 10.300 y dizque era enemigo de los pobres y de los negros”.

Entre los 35 diplomas y condecoraciones ostentan en su oficina, hay una que dice:

“Testimonio perdurable de su magnífica dirección de la Universidad de Antioquía a la que no sólo rigió con eficiencia suma, sino que dio un diseño grandioso para su porvenir”. Homenaje de sus compañeros del Consejo Directivo. Julio de 1965.

Para él su principal aporte a la formación de los médicos en su paso por la decanatura de medicina fue haber instaurado el sistema de profesores de tiempo completo: “Para mi esa es la base de una Universidad seria, siempre y cuando los profesores no sean nombrados simplemente porque no tienen más que hacer y por pagar favores”.

TRANSFORMO LA ENSEÑANZA MÉDICA

Los estudiosos de la evolución de la Escuela de Medicina de Antioquía recuerdan a Ignacio Vélez Escobar porque estuvo bajo su iniciativa y dirección el cambio de la enseñanza de la Medicina Francesa a la Americana, con lo cual la docencia dejó de ser tan magistral, tan de “ojo clínico”, tan grandes maestros, para convertirse en una medicina más racional, más científica, más apoyada en la tecnología.

Pero él dice que esta versión es una mala interpretación de los hechos que realmente ocurrieron:

“Les ha dado por decir que Ignacio Vélez fue el enemigo número uno de la medicina Francesa, pero la verdad es otra: primero con la Guerra Mundial que cortó la comunicación de Colombia con Europa y después con la recesión de los años 30, los médicos colombianos, que no podían viajar a Francia por falta de plata, se habían encerrado en estas cuatro montañas y la medicina estaba estancada.

Fue entonces cuando yo me quise especializar y me sugirieron que viajara a Estados Unidos y allí me encontré con una medicina pujante que fue la que implanté en Medellín a mi regreso cuando todavía existía esa división entre medicina privada y medicina de caridad, sin lugar a puntos intermedios.

NACIMIENTO DE LA MEDICINA SOCIAL

•¿Cuándo se dio esa ruptura entre la medicina privada y la medicina de caridad que se practicaba en los hospitales públicos?

“Esa ruptura se dio con el nacimiento del Instituto de los Seguros Sociales con Mariano Ospina Pérez que fue algo totalmente revolucionario para este país – y eso no lo digo porque yo sea conservador -. Fue en ese momento, en 1946, cuando Ospina Pérez inventó aquello de la medicina social y todos los médicos, que ejercían con orgullo la medicina privada se asustaron y se opusieron y dijeron que era el fin del ejercicio médico independiente. Entonces Martiniano Echeverri Duque y yo, como miembros de la Asociación Médica de Antioquía fuimos a Cali a un evento de salud y dijimos que el pueblo necesita acceso a una medicina de calidad... Nos dieron una gran silbada y por poco nos linchan...”.

•¿Es por eso que usted perdió el miedo ante el tema y ahora no acepta el argumento de que la ley 100 va a acabar con el ejercicio privado de la medicina?

“Claro es que es mismo dijeron cuando nació el ISS, que la medicina se iba a deshumanizar, que la medicina privada había llegado a su fin, y nada de eso ocurrió... No estoy definiendo los detalles de la Ley 100 sino su esencia. Creo que el asunto es de una correcta aplicación. El ISS por ejemplo, pese a todas sus bondades, tiene un error garrafal y es tener esa gran cantidad de médicos como empleados. En el Japón la Seguridad Social es de inmensa cobertura pero sin médicos a sueldo; la estrategia es que el paciente busca el mejor médico y el Seguro le paga.

A la Ley 100 se le acusa de la explotación del médico, pero el problema no está en ella sino en su desarrollo. Si el usuario selecciona su médico con seguridad los que saldrán adelante son los que ejerzan una medicina de mejor calidad y más humanizada”.

•¿Eso quiere decir que no pertenece al bando de los pesimistas que piensan que el futuro de la profesión médica es la pauperización, las sandalias y la ponchera?

“No lo creo; es la época de la competencia, de hacer las cosas bien y la profesión médica tiene mejor futuro que nunca. Ella lo logró subir la expectativa de vida de 35 años a 75 y su reto es elevar la calidad de vida en una civilización mundial en la cual todas las disciplinas se están tocando, se están uniendo para hacer cosas más grandiosas. Al médico hoy le corresponde ser más interdisciplinario, abrirse caminos, buscar muchas áreas donde puede aportar al desarrollo de la humanidad.

•¿Tampoco está de acuerdo entonces con que el médico perdió su estatus de Dios, de gurú, de ser privilegiado dentro del contexto social?

“Siempre hubo, ha habido y habrá médicos grandes que despiertan todo el respeto y la administración por la forma como ejercen la profesión, por su calidad humana y científica; los puestos hay que merecerlos. Es el médico el que debe cuestionar su ejercicio, no arrojarle la culpa de lo que le pasa a una Ley o un estado de cosas”.

•¿A propósito de maestros, cuáles fueron los hombres que desde la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquía más contribuyeron a forjar su carácter y su manera de ejercer su profesión?

“Recuerdo a Miguel María Calle, a Emilio Robledo; a Gil J. Gil, a Braulio Henao. Yo no los evocó como dioses ; incluso a veces se equivocaban; ni rememoro de ellos frases lapidarias, lo que me dejaron fueron actitudes: Disciplina, honestidad, orientación humanitaria en su vida personal y profesional”:

•¿Respecto a la formación académica de los médicos que usted contribuyó a formar a los que se forman hoy, cuál sería su principal objeción o sugerencia?

“Primero que todo hay que devolverle a la Universidad de Antioquía el liderazgo que tuvo. En la formación de sus gentes hay un principio básico que yo quise dejar plasmado desde lo conceptual e incluso desde el mismo diseño físico de la Universidad, que fueron los estudios generales. Ese concepto no se ha entendido. Lo que yo siempre quise es que todos los estudiantes pasaran 3 04 años estudiando una serie de disciplinas comunes para todos como humanidades, idiomas, ciencias básicas y que después, en otros 3 años o más que el estudiante dirigiera su formación hacia la profesión más afín con sus aptitudes y deseos.

De esta manera estarían formando profesionales más integrales en todo: en periodismo, en química, en ciencias sociales, en medicina ... Pero hoy a muchachos de 15 ó 16 años los ponemos a estudiar medicina y no tienen ni idea de lo que está ocurriendo en el mundo. Hay una gran cantidad de médicos que no tienen una visión integral de la vida, del ejercicio médico, del hombre, del país, por eso fracasan.

En la Universidad de Antioquía cuando tuve la dicha de construirla, se levantó un bloque central para que fuera como un gran laboratorio al cual llegara vía satélite – entonces no existían todas las tecnologías de hoy – formación desde todos los rincones del mundo para los estudiantes, para que ellos adquirieran una visión holística del mundo. Ese bloque no recibió el uso para el cual fue diseñado. Esa es una gran frustración. A la

educación superior hay que darle un timonazo y hay que formar a los jóvenes integralmente antes de especializarlos.

•¿Se ha deshumanizado la medicina al intentar hacer un cubrimiento universal?

No es que se haya deshumanizado ni que los servicios estén más malos que antes. Es que antes no había cobertura y las gentes se tenían que morir sin poder acceder a nada. Ahora hay más extensión de servicio que es lo que se busca inicialmente y lo que sigue es ajustar los procesos”.

Los temas del medio ambiente estarán siempre presentes en EL PULSO, como concepto esencial de salud. Esta página también está abierta para noticias, comentarios y recomendaciones sobre el tema. Y recordemos un principio general en este campo: hay que pensar globalmente y actuar Locamente.

EL PULSO

-----12-----

Medio ambiente

El planeta agua

Por: Ing. Giovani Orozco A.
Jefe Postgrado en Ciencias del Ambiente. U.P.B.

Se llama “tierra” a nuestro planeta azul, aunque la realidad es que mas del 75% de nuestra superficie está cubierta por agua. Este elemento es fundamental para la vida tal como la conocemos, pero también se puede convertir en un agente altamente peligroso contra ella. Históricamente, lo anterior lo anterior se ha demostrado con algunos ejemplos que a continuación se relacionan.

Narran las escrituras bíblicas que las aguas del Nilo se tiñeron de sangre para que el Faraón dejara en libertad al pueblo de Israel.

En la huída, las aguas del mar significaron la muerte para los Egipcios y la libertad para los Israelitas. En la edad media, la “peste negra” prácticamente redujo a la mitad la población del continente Europeo. De tal epidemia sólo se sabía que provenía de la aguas negras que corrían libres por las calles de las villas de entonces.

En nuestros tiempos, una de las más macabras formas de terrorismo es justamente la de contaminar o destruir las fuentes de agua.

Nuestro país fue extrañamente privilegiado en cuanto su riqueza hídrica. a pesar de no tener gran extensión, figuramos entre la mayores potencias mundiales. Poseemos gran disponibilidad superficial y sistemas únicos en el mundo como las ciénagas.

Lo anterior, en lugar de habernos convertido en una potencia, como debería ser históricamente, nos ha permitido convertirnos en un buen ejemplo para aquellos que estudian la llamada “paradoja suramericana”. Según los estudios de los temas de la economía, la política y la geopolítica, aquellos países que dispongan de mayor cantidad de agua, deberían ser los más desarrollados económicamente, pero sin embargo ello ocurre así en nuestro continente.

A pesar de lo anterior, en nuestro territorio, solamente se bebe agua de buena calidad en las grandes ciudades capitales. El gran conglomerado de municipios pequeños no disponen de tratamientos adecuados para sus agua de consumo doméstico y lo que es peor, aproximadamente el 60% de los colombianos, no cuenta con el servicio de alcantarillado. Esto conlleva a que las aguas residuales de todas estas personas están contaminando las fuentes de donde se captan las aguas que otros colombianos beberán más adelante.

La contaminación, gran enemiga de los agentes de tránsito

Datos preocupantes de un estudio divulgado por el Servicio Seccional de Salud de Antioquía

Un estudio realizado en Medellín en 1997 encontró altos niveles ambientales y biológicos de monóxido de carbono CO; el 87% de los puntos muestreados presentaron niveles superiores a los permitidos en Colombia y el 46% sobrepasaron la norma de Asociación Americana de Higienistas Industriales para laboral durante 8 horas.

El muestreo buscó relacionar monóxido de carbono ambiental y carboxihemoglobina en agentes de tránsito municipal, además de identificar algunos síntomas asociados a la exposición del gas. El 87% de los agentes iniciaron su jornada laboral con niveles biológicos superiores a 3.5% de carboxihemoglobina COHb, y la totalidad presentaron niveles superiores al finalizar. La concentración de CO ambiental a la que estuvieron expuestos los agentes produjo un aumento estadísticamente significativo del nivel COHb.

La investigación fue realizada por estudiante de Especialización en Salud Ocupacional de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad y divulgada por el Servicio Seccional de Salud.

LOS HALLAZGOS

El monóxido de carbono tiene gran afinidad con la hemoglobina; una vez unidas forman la carboxihemoglobina, que es 200 veces más estable que la oxihemoglobina; es decir, la velocidad de disociación es menor, lo que interfiere con la liberación y el transporte de oxígeno hacia los tejidos produciendo, entre otras cosas, un descenso del umbral en la angina del pecho.

La concentración final de HbCO está determinada por las concentraciones de CO en el aire inhalado, la duración de la exposición, la ventilación alveolar en reposo y en ejercicio, la producción endógena de CO, la presión barométrica y la capacidad de difusión relativa de los pulmones que a mayor edad se hace más densa y con menos membranas de intercambios de gases.

Las mujeres al parecer hacen una excreción más rápida y los sujetos que han estado expuestos por más de 3 años al gas, hacen una excreción más lenta. En términos generales, la eliminación inicialmente es más rápida,

pero a medida que la concentración cae, se hace más lenta; del mismo modo se comprobó que cuando más baja es la concentración, más baja es la eliminación.

Se sabe que en reposo HbCO requiere por lo menos tres horas para alcanzar el 50% del valor de equilibrio; sin embargo, el ejercicio y el aumento de la presión parcial de oxígeno aceleran su eliminación. Es por esto que en los países en donde la intoxicación por CO es frecuente, las cámaras hiperbáricas juegan un papel definitivo en el manejo de estos pacientes.

LOS EFECTOS

Los efectos agudos y probablemente crónicos desencadenados por la intoxicación con CO dependen de la cantidad y duración de la exposición y de la susceptibilidad previa debido a las enfermedades preexistentes. La sintomatología varía según las concentraciones de HbCO y de la susceptibilidad individual. Es así como con niveles del orden del 2.5% podría presentarse cierto deterioro de la vigilancia y de otras formas de percepción; además se han comprobado alteraciones en la función cardíaca y del momento de iniciación de la angina de pecho durante el ejercicio cuando las concentraciones de HbCO superan el 12.5%.

Síntomas como la Cefalea, la visión borrosa y debilidad son frecuentes cuando la concentración alcanza valores entre el 20 y el 30 %; las náuseas, el vómito y el colapso sobrevienen con valores del 40% y se consideran mortales las concentraciones entre el 50 y el 70%.

Para las OPS las cifras críticas para toda exposición no transitoria en la población general corresponden a un nivel de COHB del 5% y para los susceptibles 2.5%.

En el estudio citado, se seleccionaron 10 agentes de tránsito hombres y 5 mujeres.

Para el CO ambiental los valores mínimos y máximos encontrados fueron 1 y 47 ppm respectivamente, para un promedio de 26.1ppm y una desviación estándar de 11.88. El 50% de los cruces muestreados presentan niveles superiores a los 25 ppm. Los valores más bajos se encontraron en las zonas de taxis de la terminal del sur y la del norte y fueron las únicas que no sobrepasaron los límites máximos permitidos en Colombia; es decir, 13 de los 15 lugares estudiados presentaron niveles superiores.

Con respecto a la hemoglobina, 3 de las 5 mujeres y 5 de los 10 hombres presentaron niveles superiores a los normales – poliglobulia – el promedio fue de 15.54 g/dl y la DE de 1.35. el 50% de los agentes tuvieron valores superiores a los 15.4 g/dl, el valor mínimo fue 12.9 g/dl y el máximo 18.2 g/dl. No se presentaron casos de anemia.

Con respecto al índice de exposición biológica, únicamente dos agentes no lo superaban en las muestras de la mañana, pero en las muestras de la tarde los 15 agentes presentaron niveles superiores.

Las palpitaciones 2/15, la cefalea 1/15, la visión borrosa 1/15, fueron los síntomas relatados por 4 de los 15 agentes al inicio de la jornada laboral. Después del período de exposición, 7 de los 15 relataron algunos de estos síntomas: palpitaciones 4/15, visión borrosa 3/15, astenia y náuseas 2/15, más no correlacionaron con los niveles de COHb. No se relató cefalea.

Desde el punto de vista biológico el hecho de que la mayoría de los agentes iniciaron su jornada laboral con niveles superiores al índice de exposición biológica (3.5% de COHb, según la ACGIH) puede indicar que están metabolizando muy lentamente el CO o que el medio está tan contaminado que no alcanzan a eliminar completamente el CO cuando nuevamente se exponen a concentraciones altas de este.

Puede influir también el ambiente domiciliario ya que se ha demostrado que una persona no fumadora pero expuesta a un ambiente de fumadores tiene niveles –basales de COHb significativamente más altos que los no fumadores expuestos.

RECOMENDACIONES

Los investigadores recomiendan vigilancia epidemiológica de CO para los agentes de tránsito, que incluya como exámenes de preempleo la hemoglobina, el hematocrito y el recuento de plaquetas, el perfil lipídico y el electro; además, orientar la historia clínica hacia la detección de susceptibles anémicos, con enfermedades hematológicas o neurológicas.

Alcohol y violencia

la marihuana, los inhalables, la basuca, el Éxtasis y la heroína son, en su orden las Sustancias ilícitas de mayor consumo entre Los jóvenes en problemas con la justicia, en Un estudio realizado por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Vespa, en Medellín. Así mismo, un 52% de ellos Reportó “necesidad intensa de consumir alcohol”. El reto social es enorme. La Violencia y la desesperanza parecen ir muy de la mano.

El triage

Es un proceso de caracterización de lesionados en masa, aspecto sobre el cual todo el sector salud debe tener una preparación adecuada, sobre el tema consultamos una ponencia del médico Jorge Iván López Jaramillo, experto en la materia, de la cual presentamos una apretada síntesis con un enfoque didáctico para nuestros lectores.

. ver parte inferior de esta página

Son muchas las investigaciones de diversa índole que adelantan el sector salud que no logran ser conocidas y compartidas para potenciar sus resultados. Este periódico tiene entre sus objetivos la difusión de esos estudios no sólo para Que sus lectores estén al tanto de lo hallazgos, sino para propiciar una retroalimentación, con el ánimo de cotejar resultados y buscar aplicaciones Prácticas.

EL PULSO

-----13-----

El pulso de la investigación

Más datos sobre la asociación alcohol y violencia

Existe un incremento de los indicadores de consumo de alcohol y otras sustancias adictivas, asociado con el hecho de cometer actos fuera de la ley, según reveló una nueva investigación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Vespa, adscrito al Plan Municipal de Prevención, que depende de la Secretaría de Salud y Seguridad Social del Municipio.

El estudio, realizado en el mes de noviembre de 1997, se aplicó a una población de jóvenes que se encuentran en problemas con la justicia, bien como sindicados o como acusados.

En general la alta frecuencia de respuestas positivas frente al alcohol demuestra la posible dependencia a esta sustancia; es de resaltar el primer síntoma sobre la necesidad intensa de consumo de alcohol, con casi el 52% de respuesta positivas, así como el 49.6% de respuesta positivas a la pregunta sobre la dificultad de decir no cuando le ofrecen alcohol.

A la pregunta ¿Ha pasado por alto reglas o quebrantado la ley bajo efecto del alcohol?, el 45.5% de las respuestas fue positiva. Así mismo, el 31% respondió sí a la pregunta ¿ha cometido algún delito por estar bajo

el efecto del alcohol? y el 31% también contestó afirmativamente a la pregunta ¿ha consumido alcohol para cometer algún delito?

Sobre los accidentes y el consumo de alcohol y ante la pregunta ¿tuvo algún accidente de tránsito bajo el efecto de alcohol? Las repuestas positivas llegaron al 20.4%.

El Vespa también aplicó instrumentos de medición de consumo entre personas jóvenes ubicadas en centro de rehabilitación e igualmente se corroboró que existe un alto consumo de drogas combinadas en estas personas. “cuando uno observa en los hallazgos el consumo de tantas drogas de manera tan sistemática se sorprende”, afirma la doctora Yolanda Torres de Galvis, epidemióloga y asesora de la OPS, la OEA y las Naciones Unidas en el área de Investigación y Epidemiología aplicada al consumo de drogas y salud mental en general. Fue ella quien coordinó este estudio de noviembre de 1997, conjuntamente con el médico José María Maya, decano de la Facultad de Medicina del CES.

IMPORTANTES HALLAZGOS

En el estudio cuyos resultados estamos resaltando, se consideraron jóvenes entre 10 y 20 años, casi uno de cada 5 tiene 12 años y el 60% se encontraron entre los 10 y los 15 años y no debe olvidarse que son seres humanos ya ubicados en situación irregular ante la sociedad y la ley.

En 5.3% no ha tenido contacto con entidades educativas. el 75% tiene 8 o menos años de escolaridad y en promedio solo han alcanzado 6 años.

El 75% de los consumidores de cigarrillo han empezado a usarlo a los 13 años.

Casi un 90% de ellos ha sido consumidor de alcohol en algún momento de su vida. en el día anterior 8 de cada 100 jóvenes lo habían consumido y la semana anterior más de 43 de cada 100. El índice de abstinencia es de sólo 10% y el de exconsumo de 8.8%, lo cual confirma el consumo de bebidas alcohólicas en este grupo. El 25% informa haber empezado el consumo de alcohol a los 8 años o menos, siendo el promedio de edad de iniciación los 10 años, pero la moda a los 8 años.

La prevalencia en vida del consumo de bebidas alcohólicas hasta la embriaguez es de casi el 80%, lo que evidencia no sólo el alto consumo de esta sustancia sino también su severidad. La prevalencia semanal, con el 22.1% muestra como más de uno de cada cinco jóvenes consumen semanalmente bebidas alcohólicas con este patrón de severidad.

La prevalencia diaria de tranquilizantes sin fórmula médica, de 2.6% es muy alta. Al comparar el comportamiento de este indicador según sexo, en el masculino llega a 5.4% y en el femenino al 1.8%. la prevalencia semanal también es más alta en el hombre con 16.1% con relación al 8.6% en la mujer.

La alta prevalencia de consumo de tranquilizantes se ha venido encontrando en los estudios relacionados con el grupo de jóvenes de alto riesgo para problemas judiciales, al compararlos con los jóvenes estudiantes de la misma edad, considerados como grupo de bajo riesgo. En este estudio su prevalencia se encontró por encima de la del cigarrillo; también llama la atención el mayor consumo en los hombres, contrario a lo esperado con el conocimiento sobre el tema.

Todas las drogas ilícitas estudiadas (marihuana, cocaína, basuca y éxtasis) presentan una prevalencia anual de consumo superior al 20%

El triage, para salvar vidas

Una correcta priorización de la atención cuando se presentan heridos en masa, disminuye, sin lugar a dudas, la mortalidad dentro los lesionados críticos.

Estamos hablando de triage término de origen francés que se define como “el proceso de caracterización de lesionados basados en la urgencia de sus lesionados y la posibilidad de supervivencia”, diferente del criterio de atención en condiciones normales, en las que el lesionado más grave tiene prioridad sin tener en cuenta el pronóstico inmediato o a largo plazo.

La palabra priorizar indica que se está dando preferencia y por lo tanto alguien tendrá que esperar su turno, lo cual quiere decir que incluso algunos lesionados no recibirán atención alguna, con el supuesto de que no

podrán sobrevivir, a pesar de que en otras circunstancias y contando con recursos suficientes podrían salvar su vida.

EL PROCEDIMIENTO

La selección se basa en procedimiento asistencial de carácter diagnóstico, que luego debe ser complementado con cuidados iniciales de urgencia, estabilización del lesionado, supervivencia y transporte hacia los demás eslabones de la cadena de socorro y niveles de atención en salud.

La clasificación de los heridos en masa debe tener en cuenta:

- El tipo de desastre y sus efectos sobre la salud, número de heridos, disponibilidad, acceso y categoría de los recursos hospitalarios entorno a la zona de desastre, posibilidades de evacuación, transporte y remisión de los lesionados, grado de control local sobre la emergencia, tipo, gravedad y localización de las lesiones, recuperación inmediata y el pronóstico.

La mayor demanda de atención en salud se presenta en las primeras horas de la fase de la emergencia; es durante estos primeros momentos en los que se debe asumir la filosofía y protocolos precisos para la atención en salud de un gran número de los lesionados.

PREPARACIÓN PREVIA

En la práctica médica el concepto de triage se puede utilizar tanto para la clasificación de los lesionados y establecer de esta forma un orden de prioridades en su tratamiento y evacuación, como también para la evaluación de un solo paciente con múltiples lesiones, con el objeto de decir cuál de ellas debe ser tratada con prioridad. Las acciones se complementan entre sí:

- La evaluación de los lesionados según su gravedad. – La asignación de prioridades según las posibilidades de supervivencia.
 - La identificación. – La estabilización. – La asignación de su destino inmediato y final.
- El procedimiento de triage debe ser aprendido y practicado tanto por el personal de socorro como por el personal de salud.

CATEGORÍAS DE TRIAGE

La clasificación de los lesionados y la asignación de un código de colores identifica no sólo la gravedad de su lesión (categoría) sino también el orden en que debe ser atendido o evacuado (prioridad):

- Prioridad tipo I o Roja: Se aplica a los lesionados de cuidados inmediatos, quienes requieren una atención médica urgente, ya que por la gravedad de sus lesiones pueden perder la vida y con los recursos disponibles tienen probabilidad de sobrevivir.
- Prioridad tipo II o Amarilla: Se aplica a los lesionados de cuidados intermedios o diferibles, que requieren una atención médica que da lugar a espera.
- Prioridad tipo III o Negra: Se aplica a los lesionados de cuidados mínimos, es decir, aquellos cuyas lesiones son de tal gravedad que existen poca o ninguna posibilidad de sobrevivir, pero que merecen algún grado de atención médica.
- Prioridad tipo IV o Verde: Se reserva para aquellos lesionados de cuidados menores, o sea los que presentan lesiones leves o que su atención puede dejarse para el final, sin que por ello se vea comprometida su vida.
- Prioridad tipo V o Blanca: Este color se utiliza para las personas fallecidas.

ETAPAS DE TRIAGE

Los criterios para la clasificación de los lesionados por colores implica una elección, la cual se ve complementada por un diagnóstico preliminar, cuidados iniciales, estabilización, medidas de supervivencia y transporte los cuales se realizan siguiendo una serie de etapas de triage, como son:

- Etapa diagnóstica: que conduce a la categorización por colores en cada nivel de triage, según el orden de atención.
- Etapa terapéutica : que permite adoptar los primeros pasos en el manejo de las lesiones según su gravedad.
- Etapa de preparación: en la que se prepara y organiza la evaluación de los lesionados hacia el siguiente eslabón de la cadena del socorro o el nivel de triage.

Uno de los ingredientes más importantes dentro del proceso de triage es la identificación de los lesionados mediante el uso de etiquetas o tarjetas, las cuales se colocan a los lesionados durante la etapa de diagnóstico, en las que se consigna sucesivamente toda la información sobre la categoría o prioridad del lesionado, diagnóstico inicial y consecutivo, medicamentos aplicados, hora de aplicación, etc.

NIVELES DE TRIAGE

Los distintos niveles en los que debe ser realizado el triage están directamente relacionados con la organización de la cadena de socorro, obedeciendo cada nivel al establecimiento de cada uno de sus tres eslabones:

- Nivel I de triage: Es el que se realiza directamente en la zona de impacto (eslabón I). – Nivel II de triage: Es el que se realiza en el Centro de Atención y Clasificación de Heridos (Eslabón II) asignado en la cadena de socorros.
- Nivel III de triage: Es el que se realiza a nivel hospitalario (Eslabón III), en aquellas unidades de salud a las que son remitidos los lesionados precedentes del Centro de Atención y Clasificación de Heridos (Eslabón III).

RESEÑA

La dimensión social de

La práctica de la enfermería

Autora María Consuelo Castrillón Agudelo, Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquía.

Este libro busca respuesta a la pregunta por la especialidad de la Enfermería en el contexto de las profesiones en salud, Desde un enfoque psicológico. Comprende 6 capítulos en los que se muestran, entre otros temas, una visión general de la formación de las enfermedades en Colombia y en América Latina. Editorial Universidad de Antioquía, Medellín, 1997, 128 p.

Historia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquía

Autora: Cecilia Mabel Restrepo de A.

ISBN-958800845-X

Edición limitada: 50 mil ejemplares.

Rústica- 17x24.629 p.

Esta obra es el resultado de una investigación teórica y documental, destinada a resolver interrogantes de estudiosos interesados en la cultura e historia de la profesión de enfermería.

Es una reconstrucción de procesos pasados e integración de los mismos en el tiempo; captura el sentido de las experiencias particulares Para presentar los planos de subculturas donde han estado inmersos los practicantes de la profesión

EL PULSO

-----14-----

Cultural

Póngale a la vida más música, doctor

“Los Galenos” han demostrado que sí se puede

Cuando un funcionario del sector salud sabe, a ciencia cierta, porque se lo cuenta y se lo confirma el periódico “El Pulso”, que un grupo musical, conformado por médicos, tiene 47 años de existencia ininterrumpida, entonces tiene que empezar por romper varios paradigmas:

Que la profesión médica es muy esclava y no da tiempo para más; que los médicos no saben sino de medicina; que es imposible ejercer paralelo a la medicina otro arte u oficio; que para ser músico hay que ser bohemio y vivir levantado de copas ...

El grupo vocal e instrumental “los Galenos” de fe y testimonio de que estos paradigmas y muchos otros que los médicos conocen mejor que nadie, no son ciertos.

“Los Galenos” desde el año 1951 han pasado la vida con una mano tendida hacia sus pacientes y con la otra rasgando cuerdas de guitarra, para sacarles lo mejor de la música colombiana, lo mejor de nuestro folclore y lo mejor de la bohemia, entendida no como una botella de aguardiente para consumir, sino como la actitud alegre, la apertura de corazón y de alma, la sensibilidad, las ganas de vivir y de servir.

Hoy integran este grupo de médicos Iván Duque, internista y diabetólogo, jubilado profesor de cátedra y director del club Diabéticos del Hospital San Vicente de Paúl y uno de los fundadores del grupo y primera voz en el mismo. Jorge Enrique Soto, radiólogo vinculado a Serad, Servicio de ecografía y radiología; él hace la guitarra puntera y también acompaña y es la tercera voz del conjunto y Juan Guillermo Naranjo, ortopedista, vinculado a la Clínica de Fracturas de Medellín, quien interpreta la guitarra y hace segunda voz.

ARTE EN LA MEDICINA Y EN LA MUSICA

Con ellos se entabla un dialogo bastante constructivo en torno a un tema que se ha puesto de moda: la medicina como arte.

¿Creen los Galenos que la medicina es un arte?

“Sin duda – afirman – la medicina y el arte son muy afines. Se tocan, porque ambas son manifestaciones del conocimiento ejercidas o practicadas por personas que pueden captar lo que aparentemente no se ve. En términos concretos por ejemplo, un buen médico es intuitivo, sabe ir más allá, entrar en el alma del paciente, tiene la capacidad de percibir lo que anda mal en el cuerpo y aún en el alma de ese ser humano, de una forma directa o indirecta.

El músico, igual que el buen médico, tiene la habilidad de entablar comunicaciones más espirituales, más sensitivas”.

A propósito de arte y medicina Jorge Enrique Soto, quien además siempre fue solista estrella de un colegio, recuerda como en la época que decidió aprender radiología esta profesión exigía una muy alta dosis de creatividad, de sensibilidad artística, porque era muy difícil hacer una buena radiografía, no había tanta tecnología como hoy y contaba mucho la capacidad del médico para captar el ángulo perfecto, las proyecciones adecuadas y para hacer un buen revuelo.

En otras palabras, una buena placa tenía que cumplir con todos los parámetros fotográficos para que quedara bien.

Pero hoy, aclara, la escanografía está volviendo a retomar algo de aquello, al igual que la resonancia magnética. Una vez más el arte y la medicina se encuentran aún en momentos de alta tecnificación.

Iván Duque también apela a esta relación arte- medicina cuando argumenta que a los diabéticos para llegarlos adecuadamente, para recuperarles la fe en que es posible llevar una vida normal conviviendo con su enfermedad, se requiere tocar su alma, tener la sensibilidad para hacerlo y tener la sinceridad para actuar, para aconsejar, para hablar.

Juan Guillermo Naranjo por su parte argumenta que “no es la medicina la que está aportando al artista un elemento más para el buen ejercicio de este hobby u oficio, sino que por el contrario, el hecho de cultivar el arte de la música, es una manera de enriquecer el ejercicio médico. El cultivar el arte y a través de ella el espíritu, hace que la persona – y en este caso médico- sea más abierto a recibir estímulos y a captar mensajes que quizás otras personas más frías, más mecánicas en su acción, no lograrían comprender”.

LOS MÚSICOS ANTE LA LEY 100

¿Se podría hablar en nuestro medio que la música es, una buena alternativa financiera para los médicos, acosados ante las bajas tarifas que la mala aplicación que la ley 100 ocasiona? “No, este hobby no da dinero”. ¿Es la ley 100 un obstáculo para que el médico pueda ejercer oficios relacionados con el arte? “La profesión está aporreada, el medico está teniendo que trabajar más para conseguir lo mismo o menos que antes. Esto significa sin duda que tiene y tendrá menos dinero para capacitarse en su profesión y por su puesto también tienen menos recursos para prepararse en otros hobby, para recibir clases de música, de pintura... En síntesis, cada vez es más arreglárselas para poder nutrir su espíritu con otras manifestaciones y para liberarse del estrés y de la angustia de la rutina diaria del ejercicio de su profesión”.

¿Es la música para los Galenos una terapia entonces? “Sí, sin duda, para nosotros es el calmante, el psiquiatra. Es un complemento espiritual, no material”.

¿Eso quiere decir que no hay remuneración por su trabajo? “No, el nuestro ha sido un ejercicio del arte por el arte, por el gusto de recrearnos y recrear a los demás, por las ganas de servir, de contribuir a obras benéficas. No cobramos ni hemos pensado en cobrar pese a que cada día piden más nuestra presencia no sólo los colegas sino distintas entidades sin ánimo de lucro”.

EL DISCO

“Los Galenos”, ese simplemente es el nombre del CD de este grupo, en el cual se incluyen melodías que ya son tradicionales en el repertorio de la música colombiana:

Ruego, pasillo; Rumores, bambuco; Dolor sin Nombre, bambuco; Romance de mi Destino, pasillo; Me olvidaste muy pronto, bolero; El día de la fuga, pasillo; Ausencia, bambuco; Dos Palabras, Vals; Para Siempre, bolero; Adoro Niña tus ojos, bambuco; Villa Luz de Medellín, bambuco; Ansias de Amar, criolla; Esperando que Vuelvas, bolero; Raza, bambuco; soñar y nada mas, vals; Anhelos, pasillo; Invernal, pasillo; sin saber porque, bolero; Ojos Negros, pasillo; Serrana, vals; Escucha, bambuco; Silencio, bolero.

Los arreglos son del trío y en algunas de las melodías fueron acompañados por Johns Castaño, interpretando el requinto.

Otro 9 de abril

Por Augusto escobar Mesa
Universidad de Anti oquía

Como decía Heráclito: “la violencia es padre y rey de todo” y entre nosotros a forjado su séquito. A la Guerra de los Mil Días (1899 – 1902), una de las cincuenta que hubo en el siglo XIX y la más catastrófica con sus más de 10 mil muertos y daños incalculables materiales, morales e históricos (separación de Panamá), se le suma la no declarada en este medio siglo que, entre la muerte de Gaitán en 1948 y la caída de la dictadura de Rojas Pinilla en 1957, produjo más de 200 mil muertes por, entre otras causas, acentuados odios partidistas. Pero ninguna de las anteriores guerras o períodos de conflicto supera lo que el país ha vivido en esta última década del siglo. En estos últimos 8 años y según cifras oficiales, se han cometido más de 1.600.000 delitos. En el sólo año pasado en cada minuto se cometieron dos delitos y cada 24 horas 2.880. el 34% de todos los ataques terroristas que azotaron al mundo ocurrieron en Colombia. Ante este panorama, no hay ninguna palabra que pueda dar cuenta mínimamente de tal estado de desmoronamiento institucional.

Ni en el período más álgido de la violencia se produjo tantas muertes como en uno solo de estos 8 años. En el 97 se registraron 31.806 homicidios como consecuencia del fuego cruzado de paramilitares, guerrilla,

narcotráfico y delincuencia común. Por la manera de actuar de unos y otros, y el equívoco ideológico del presente, todos terminan pareciéndose. No en vano, y no es retórica, el país ha recibido el calificativo del “más violento del mundo”. Estas cifras sorprenden a los analistas nacionales y extranjeros. Ni en los países en guerra ni durante las cruentas dictaduras del Cono Sur en los años 70, ni en las guerras civiles centroamericanas hubo tantas muertes, tantas masacres, tantos secuestros y lo que es más dicente, tanta impunidad y tanto silencio aquí y ahora.

Con tal base nos preguntamos ¿cómo no se ha dado una Insurrección, o muchas? Sin embargo, nada en este país pareciera conmover a sus habitantes, salvo unas cuantas escaramuzas verbales en los medios de comunicación, incluídas las consabidas palomas. Es paradójico que en el mismo lugar donde se congregan miles de personas para ver el mejor teatro del mundo y escuchar poetas de cincuenta países, otros miles de víctimas desfilan silenciosos en sus féretros ante nuestros ojos impasibles.

¿De qué piel nos hemos revestido para no sentir el flagelo que nos acosa en el espejo y nos deja indiferentes? ¿Será acaso por lo repetido del gesto de la caída fatídica o por el exceso de pérdidas humanas que, como ante las enfermedades, hemos generado el anticuerpo y la obvia deshumanización social y por ende, la enajenación moral y el olvido del ser?

Definitivamente se han roto los hilos morales. Hasta la frontera entre el sentido de la muerte convencional propia de una sociedad cristiana como la nuestra parece asimilarse a aquella de la joven generación sicarial que se guía por otro orden de valores. A la pregunta de un joven sicario de comuna sobre el significado de la muerte, éste responde sin artificio alguno:

“Uy... si me la puso de pa” arriba, parece. La es la vida , porque esta no vale nada: no ve que todos los pelaitos del barrio se han ido “diuna”. Por lo menos ellos están tranquilos reventando espalda, mientras uno aquí sigue espantando moscas”.

A la moral nuestra le pasó lo mismo que a la sociedad, que hemos dado el salto, sin preámbulos ni aprendizaje, del manuscrito al computador, sin que sepamos los reales beneficios de este último. De una moral cerrada, ritualista, aparential, se ha pasado, por reacción, a una sociedad amoral y de frágil fundamento ético como consecuencia de la conveniencia individual e inmediata.

Se han fracturado todos los diques de convicción íntima por que consentimos que los males sociales—como un espejismo - nos invadieran abierta o sutilmente. Hemos sido cómplices con nuestro silencio y no pocos por el lucro que les reportó. El rasgar de vestiduras de ahora no es más que un mero lamento jeremíaco. Se necesita otro 9 de abril, estructural y moral. Estamos en mora de hacerlo.

El grupo de Economía de la Salud se conformó en la facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquía principales aspectos teóricos en esta área, y de manera especial, al seguimiento de la reforma al sistema de salud colombiano

Este grupo se hará cargo en cada edición de “EL PULSO” de esta sección denominada Observatorio, en la cual el sector salud encontrará siempre aspectos profundos, novedosos y de actitud nacional e internacional sobre los temas anotados.

Observatorio

Perspectivas de la Seguridad Social en Salud

- *El gasto público en salud aumentó en 0.9 puntos de PIB entre 1993 y 1995, variación que resulta significativa si se compara con lo sucedido en educación, en cuyo sector solamente se produjo un aumento del 0.1.*
- *A partir de las leyes 60 y 100 de 1993 los gobiernos municipales han tenido una participación creciente en el gasto público en salud: En 1993 lo hacían con el 12.9% y en 1995, con el 20%.*
- *Los profesionales de la salud han aumentado su esfuerzo laboral, movidos especialmente por los cambios de modalidades de pago y buscando mantener su nivel de ingresos. Primero, mediante aumentos en las jornadas de trabajo; segundo, aumentando el número de pacientes atendidos y tercero, ocupando puestos de trabajo relativos.*

Jairo Humberto Restrepo Zea
Departamento de Economía
Universidad de Antioquía

Mediante la Ley 100 de 1993 el congreso colombiano adoptó una de las políticas públicas más trascendentales de los últimos tiempos, la misma que se distingue de las reformas del mismo tipo adelantadas en América Latina. En materia de salud, la Ley estableció un seguro único para toda la población, de carácter público y con la participación del sector privado en su administración y en la prestación de servicios.

Cuatro años después de haberse iniciado la implementación del sistema general de seguridad social en salud, resulta conveniente analizar el balance obtenido hasta el momento.

Régimen contributivo:

Los desarrollos del régimen contributivo enseñan la imposibilidad de expandir su cobertura a toda la población con capacidad de pagar la cotización del 12% del ingreso, de manera que lo sucedido a nivel nacional parece ser el haber cubierto a las familias de los empleados públicos y quienes venían cotizando al seguro social, ISS, presentándose además el traslado de algunos cotizantes desde este último hacia las nuevas empresas promotoras de salud, EPSs, y registrándose un efecto negativo importante debido al aumento del desempleo en los últimos años y al aumento mismo de la cotización.

La población cubierta por este régimen habría pasado de 6 millones de personas afiliadas al ISS en 1993, cuando el organismo ofrecía cobertura familiar a un 18% de los afiliados, a 12.2 millones en 1997, sin tener en cuenta los regímenes especiales (militares, empleados de Ecopetrol y maestros, entre otros). Esta nueva cifra resulta muy similar al producto obtenido del número de cotizantes al ISS en 1993 por un tamaño familiar de 2.5 personas, es decir, 11.5 millones de personas, en cuya diferencia debe considerarse de manera especial

a los empleados públicos que ingresan al nuevo sistema y , en este sentido, se descarta cualquier posibilidad de un aumento en la cobertura.

Ahora bien, si se realizan aproximaciones a la información regional se encuentran algunos fenómenos muy preocupantes.

En primer lugar, este régimen continúa anclado sobre la población urbana ocupado; si bien en las grandes ciudades y los departamentos más urbanos se han registrados aumentos importantes en la afiliación (caso Bogotá, Valle y Antioquía), en los departamentos más pobres y rurales se aprecia una disminución (Choco, Sucre y Córdoba, entre otros) y se sospecha que en estos últimos casos se presentan traslados hacia el régimen subsidiado, propiciados por los propios empleadores de pequeños negocios y del sector agropecuario.

Lo anterior pone de manifiesto un problema realmente grave que amenaza la estabilidad financiera del sistema en su conjunto, con dificultades para aplicar los principios de universalidad y solidaridad y es que no se cumple con el supuesto de la afiliación obligatoria establecido en la Ley 100, además de que se detectan casos en los cuales se realiza un subregistro de los ingresos para calcular la cotización.

El caso ISS

En segundo lugar, en el desarrollo de la reforma se observan discrepancias importantes entre quienes por una parte defienden el papel del ISS y buscan mantener su papel protagónico y quienes, por la otra, critican su gestión y demandan su articulación al nuevo sistema, denunciando además la práctica de una competencia desleal por parte de aquel. El punto más problemático en medio de esta discusión se encuentra en la realidad financiera del sistema, la cual apenas comenzara a aclararse y allí podrían resultar sorpresas para mantener el equilibrio (la suma de la unidad de pago por capitación, UPC, igual a las cotizaciones), ya que si bien hasta la fecha se observa un superávit en la subcuenta de compensación del fondo de solidaridad y garantía (17 mil millones en 1995 y 88 mil en 1996), el resultado podría ser otro una vez que el ISS comience a aplicar la compensación .

En tercer lugar, es importante referirse a la continuidad de la afiliación al régimen. Los problemas del desempleo reciente, así como las tendencias del empleo (temporal e independiente), permiten advertir que no todas las personas registradas en el régimen estarían cotizando durante todo el año (por ejemplo, las EPS estarían registrando entre 2,3 y 4,1 millones de personas).

Y... qué hay con los Pobres?

La meta fundamental establecida en la ley 100 se refiere a la afiliación a la seguridad social de la población más pobre y vulnerable en el año 2000, a la cual se ofrecería un plan de beneficios que sería creciente hasta igualarse con el correspondiente al del régimen contributivo.

En este frente se observan avances importantes, medidos principalmente a través del número de personas afiliadas y gracias al volumen de recursos nuevos que generó la reforma para el sector, pero se advierte que en 1998 apenas se alcanzaría un 70% de la meta del gobierno del presidente Samper.

Por otra parte, un examen sobre manera como se han distribuido los recursos para afiliar a los pobres muestra cómo los mayores avances relativos se presentan en los departamentos en los cuales se tienen menores niveles de pobreza, de manera que se estarían contrariando los principios de equidad y solidaridad con una desprotección notoria en departamentos en donde hay una mayor peso de la pobreza.

La dificultades para continuar afiliando población resultan explicadas en buena medida por los problemas inherentes a la transformación de los recursos públicos hacia la afiliación de población pobre a las denominadas administradoras del régimen subsidiado, recursos que antes eran entregados directa y discrecionalmente a los hospitales; también, se aprecia un deterioro financiero producido por la situación económica del país y las medidas de ajuste fiscal que, como se sabe, se profundizarán a partir de agosto.

Hacia dónde orientar las acciones?

Para mejorar la situación en el régimen contributivo requiere acciones importantes que busque la afiliación de por lo menos un 25% de la población nacional, ahora descubierta por el plan obligatorio de salud, POS, y que en realidad posee capacidad de cotizar al sistema, además de garantizar una declaración de ingresos acorde con la realidad económica al igual que la continuidad de todos los afiliados al régimen.

Un par de propuestas que merecen consideración, adicionales a la necesidad de hacer efectivos los controles para evitar la evasión y la elusión, se refieren, por una parte, a la promoción de afiliación de los independientes e informales mediante algún subsidio en la cotización o la vinculación en tal propósito de organismos públicos y privados que tienen injerencia sobre esta población (cooperativas, Federación de Cafeteros, ONGs, entre otros); y, por la otra, a resolver el carácter de la medicina prepagada en su relación con el nuevo sistema, de manera que ella pueda ser gravada con algún tipo impositivo para garantizar la solidaridad y propiciar su conversión en los planes complementarios.

Por su parte, en el régimen subsidiado se encuentran las principales decisiones que debe adoptar el nuevo gobierno, toda vez que las medidas de ajuste fiscal hacen muy vulnerable su financiación y algunas de ellas podrían implicar reformas a la Ley 100 o, en cualquier caso, darle una nueva dirección a su implementación. En especial, es necesario evaluar la pertenencia de las ARSs y considerar otras alternativas para el aseguramiento principalmente en área distinta a las grandes ciudades y en donde no operan los supuestos de la competencia y existen barreras al acceso que no resultan superadas con la simple entrega de un carné.

También habrá de revisarse el esquema actual de distribución de recursos, de manera que se decida sobre los mecanismos tendientes a garantizar la equidad y la solidaridad entre regiones, proceso que resultará doloroso en especial en los casos en los cuales se presentaron resultados favorables en los primeros años.

Igualmente, merece la atención nacional el plan de beneficios del régimen, de manera que también pueden evaluarse los alcances de su aplicación a más servicios, así como las perspectivas de los hospitales públicos en donde persisten los principales problemas que los agobiaba anteriormente.

**Prepárese desde ahora
para recibir la mejor
época del año...**

¡la navidad!

CORPAUL tiene lista para la venta, la **Colección de tarjetas de Navidad 1998**. Una tradición que cumple 25 años de labor continua llevando mensajes de optimismo y felicidad a muchos hogares Antioqueños. Ahora usted puede

elegir entre 36 nuevos motivos representados en: Obras de arte, diseño gráfico y los más bellos pesebres, con un precio especial si las adquiere antes de diciembre.

Además tenemos otros productos: Mini – tarjetas “De:/ Para:”, Cajas decorativas, Paquetes Económicos y Bonos de Condolencia y Felicitación

INFORMES Y VENTAS:

Cra. 60 N° 48 – 62. Conm:(094) 511 4555. Fax (094) 514 1085. Medellín

Al comprar la tarjetas de **CORPAUL**, está haciendo un aporte significativo a la sala de Hematooncología del Pabellón Infantil San Vicente de Paúl.