

**No hay información
Precisa para evaluar
Nuevo esquema de salud**
Ver página 7

**Miasis cerebral
tratada con
Ivermectina**
ver página 15

**La ecoeficiencia
llega a
los hospitales**
ver página 16

**Creada unidad
Exportadora de
Servicios de Salud**
ver página 12

Periódico
para el sector
de la salud

EL PULSO

Nº 1. SEPTIEMBRE – 1998. VALOR: \$500

“Las Empresas Sociales del Estado, se verían abocadas al cierre de servicios”

“De no poderse solucionar la situación de iliquidez de las Empresas Sociales del Estado, poco a poco nuestros hospitales se verán abocados a cierre de servicios y a liquidación de personal, por no tener capacidad ni para cumplir con las responsabilidades laborales”, dijo a EL PULSO, el presidente de la Junta Directiva de la Asociación de Empresas Sociales de Antioquía, Leopoldo Giraldo Velásquez.

En términos similares se refirió al tema en un detallado informe presentado por dicho organismo ante la Asamblea de Antioquía en las últimas semanas, donde lanzan un S.O.S. por una serie de problemas de manejo, especialmente por parte del Estado, al flujo de dineros en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Así mismo, protestan por falta de control de la Superintendencia de Salud frente a las EPS, las ARS, y en especial el Instituto de los Seguros Sociales que ha puesto al borde de la quiebra a varias Empresas Sociales del Estado y sostienen que la Dirección Seccional de Salud de Antioquía bajó la guardia en la asesoría a sus procesos de descentralización quedándose la ESE casi para continuar con este empeño que apenas se iniciaba.

MENOS PESIMISMO

POR SU PARTE, LA CABEZA DE LA Dirección Seccional de Salud de Antioquía, Guillermo Franco, acepta que las irregularidades anotadas por las Empresas Sociales de Estado son evidentes, pero insiste primero en que ellas no están solas y que se les ha dado la mano cuando lo han requerido, y segundo, en que ser optimistas porque, al menos en Antioquía, la mayoría de esas Empresas han ido evolucionando hacia una gestión más eficiente.

NO HAY CONTROLES

Las Empresas Sociales del Estado, las Clínicas particulares y la propia Dirección Seccional de Salud de Antioquía ven con preocupación la falta de control por parte de la Superintendencia de Salud y del Minsalud, para que el Sistema General de Seguridad Social funcione como se debe. Foto Manuel Hormaza Trujillo.

VEA EN ESTA EDICIÓN

¿Ha mejorado la atención a los pacientes con la Ley 100?

Una encuesta con directores de Clínicas y Hospitales sobre el impacto de la Ley 100 en la atención a los usuarios ratifica un respaldo de dicha legislación en la medida que ha aumentado la cobertura y ha obligado a mejorar la gestión hospitalaria, pero hay serios reparos al funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PÁGINA 5

De nuestro editorial: La cara social de la seguridad Social

“Todas las EPS están confundiendo el resultado de la empresa con sobre uso y sobre costos y en consecuencia niegan servicios y están confundiendo calidad con cobertura. La cara económica de la seguridad social está tapando la cara social de la seguridad social ...”, dice el director de EL PULSO en su editorial.

PÁGINA 4

¿Qué pasa con los hospitales?

El Centro de Gestión Hospitalaria hace un análisis de lo que está ocurriendo con los hospitales del país y sostiene que al interior de los públicos hay problemas relacionados con baja capacidad de administrar.

PÁGINA 10

“Al dengue no se le puede dar un manejo conservador”

“El llamado urgente que hacemos a los funcionarios de salud es que piensen en dengue y como tal le den un manejo correcto y ajustado a los protocolos muy precisos que tenemos, porque si dejan para última hora las medidas de urgencia puede ser tarde”, advirtió Armando Galeano, Jefe de Epidemiología de la Dirección de Salud de Antioquía (E). Así mismo dijo a EL PULSO que “la situación es de mucho cuidado y al sector salud le está haciendo falta un mayor seguimiento a los casos y ser más agresivos en las medidas, lo que contribuye a que la mortalidad por dengue en el departamento sea alta. Ella no debe sobrepasar el 1 ó 2% de los casos y tenemos ya 18 muertes reportadas”.

No al manejo conservador

Por su parte, el médico Fernando Montes de la oficina de epidemiología de la Unidad de Salud Pública de la Secretaria de Seguridad Social en Salud, dijo que “el manejo conservador del dengue no es conveniente; hay que ser más intervencionistas en el sentido de entender que el dengue se puede complicar de un momento a otro.

La gran recomendación es que ante un paciente con cuadro de dengue lo informemos sobre los signos de alarma y que en presencia de cualquier señal de peligro sea hospitalizado, porque en cuestión de 12 horas puede pasar a una situación crítica”.

Problema creciente

Ambos funcionarios señalaron que este año reporta un aumento importante el número de casos y que el problema no es sólo de Medellín sino del Área Metropolitana y de todo el departamento, ante lo cual es urgente que la comunidad en general colabore con la eliminación de aguas recogidas en estanques ó recipientes ó estancadas en diversos sitios, que son un criadero para el zancudo que transmite el dengue. Al respecto la enfermera Marta Arroyave, Jefe de Epidemiología del Hospital Universitario San Vicente de Paúl pidió con urgencia mayor vigilancia epidemiológica, más fumigaciones masivas y la utilización de todos los medios de comunicación para hacer una campaña agresiva de educación, porque el Hospital ve con alarma el incremento del número de casos.

En ese sentido las autoridades de salud local y departamental anunciaron el inicio de una agresiva campaña de educación y de reforzamiento de información sobre el manejo del dengue, para los funcionarios de la salud.

PÁGINA 13

¿AL BORDE DE LA QUIEBRA?

En documento enviado por la Asociación de Empresas Sociales del Estado a la Asamblea de Antioquía sostienen que de no solucionarse su situación financiera “poco a Poco nuestros hospitales Se verán abocados a cierre de servicios y a liquidación de personal”.

EL PULSO

-----2-----

Debate

CIFRAS

Para pensar

El panorama económico de las Empresas Sociales del Estado presentando por ellas mismas ante el gobierno departamental en julio, es lamentable:

Según la Supersalud, en 1997, se tenía un promedio de 70 hospitales que enviaron información. Sólo a ellos se les adeudaba \$36.729.908.222, así:

| | |
|---------------|------------------|
| Contributivo: | \$13.596.204.579 |
| Subsidiado: | \$13.010.554.764 |
| Soat: | \$2.088.074.624 |
| Vinculados: | 2.537.682.107 |
| Otras IPS | 684.942.462 |
| Otras: | 4.812.442.687 |

Con un índice de rotación en subsidio de 2.83 y contributivo 2.68 lo que quiere decir que el pago es a más de 127 días.

Según información recogida por la E.S.E. a mayo 31 de 1998, para 26 hospitales, la deuda era de \$13.519.827.613, así:

| | |
|---------------|-----------------|
| Subsidiado: | \$3.177.746.531 |
| Contributivo: | \$6.809.809.375 |
| Vinculado | \$2.411.920.062 |
| Otros: | \$1.156.071.563 |

Si se pudiera inferir ese dato a todas las E.S.E. se estaría hablando de \$60.000.000 aproximadamente.

A pesar de todo, sí a la Ley 100

A pesar del panorama descrito, la asociación de E.S.E. afirma que la ley 100 es positiva especialmente por aumento de cobertura de la Seguridad Social.

¿Qué hay que modificar entonces?

“Si la ley lograra equilibrar la parte financiera dentro de la UPC, que es muy baja, y si se consigue que los recursos fluyan como se debe, la ley sería local.

De otro lado hay que hay más control porque la gente está prefiriendo afiliarse al régimen subsidiado y no al contributivo que es el que sostiene el sistema, al menos este período.

Y lo más urgente: que la Superintendencia de Salud cumpla o desaparezca y que las Direcciones Seccionales de Salud hagan control, porque de lo contrario se quiebra el sistema”, sostiene el presidente de la Junta de la Asociación.

“Estamos abocados a un cierre de servicios”

Dice la Asociación de Empresas Sociales del Estado

POR LOS MÁS NECESITADOS

Las Empresas Sociales de Estado piden un flujo expedito de los recursos de salud para que ellas puedan cumplir su misión con quienes corresponde: los más necesitados. Foto cortesía programa Urabá, Cruz Roja de Urabá

“ Los intermediarios financieros están haciendo caótico el flujo de dinero hacia los prestadores de los servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, y esa es una de las causas por las cuales las Empresas Sociales de Estado están abocadas a situaciones cada vez más críticas. Por lo tanto hay que pedir que esa intermediación se modifique o exigirle a la Superintendencia de Salud que cumpla su deber de control”, dice la Asociación de Empresas Sociales del Estado, a través del presidente de su Junta Directiva, Leopoldo Giraldo V.

Esta entidad agrupa 55 de la 130 empresas que están incluidas en esta categoría y hace un llamado para que todas se unan en torno a un mismo objetivo que es urgente en el momento: buscar la forma de solucionar los problemas que las están llevando a la quiebra, según palabras de Giraldo Velásquez, quien en su vez de Director del Hospital San Juan de Dios de Marinilla.

Su pronóstico es desalentador, especialmente para los Hospitales de primer nivel, y la afirmación es que el próximo año, a medida de que el sistema se sedimente, la situación será más crítica ya que en el 98 están sostenidos gracias a un superávit de la vigencia anterior y no se están haciendo inversiones en renovación de tecnología, ni se ha podido atender el pasivo presupuestal.

“Desde 1994 estamos negociando el aporte del Estado para el problema del enorme pasivo presupuestal y teóricamente se ha dicho que el dinero saldrá de los pozos petroleros de Cusiana y Cupiagua, pero no ha habido luz blanca, con el agravante de que si no hay inversión y mejoramiento de nuestra situación general cada vez estaremos en mayor dificultad para competir, ya que lo que facturamos apenas sirve para sostenernos y así se crea un déficit operacional acumulado”, sostiene Giraldo.

El problema es tan apremiante que ya no se trata sólo de pasivo presupuestal sino de incapacidad para pagar los compromisos con los trabajadores y de deudas con los proveedores lo que hace perder los descuentos por pronto pago.

“Un sistema donde no hay dinero ni para pagar la nómina es inmanejable”, dijo Leopoldo Giraldo al periódico EL PULSO órgano desde el cual ha querido lanzar un nuevo SOS al estado.

SITUACIÓN FINANCIERA

La situación de iliquidez y las causas de esta crisis de las E.S.E. (Empresas Sociales del Estado) en Antioquia fue planteada así por la Asociación de E.S.E. ante la Asamblea Departamental en julio último:

Los recursos de Fosyga no habían llegado a julio a los municipios para el pago del porcentaje correspondiente para el régimen subsidiado, contando únicamente con los recursos del situado fiscal e ICN, que son aproximadamente del 50%.

- El situado fiscal para el primer nivel apenas empezó a llegar en junio a los municipios y en muchos casos en julio ellos no lo habían transferido a los hospitales a pesar de tener las facturas por los servicios prestados.
- Los recursos del situado fiscal vía subsidio a la oferta fueron desmontados en su totalidad. Se ha pensado en exigir la justificación del situado fiscal prestacional, lo que agravaría la situación.
- Se tiene servicios de baja rentabilidad y alto impacto social, que no pueden ser desmontados como son las urgencias, que en gran parte de los hospitales dan pérdidas, pero es necesario mantenerlos. En este caso se debería pensar en conversar recursos vía oferta, para su sostenimiento.
- Las administraciones de régimen subsidiado A.R.S., han encontrado con Empresas Sociales del Estado, múltiples servicios. En algunos casos reciben los dineros por parte de los municipios y bajo justificación de no recibo o de manejo centralizado de los recursos, se quedan con ellos un tiempo, obteniendo los rendimientos financieros posibles, pagando posteriormente los servicios al prestador y en el peor de los casos, los municipios no se les transfieren ágilmente.
- Las EPS dilatan los tiempos para los pagos de cuentas (en algunos casos mayores de 120 días). La Supersalud no hace cumplir la norma en este caso.
- Dentro de estas es notoria la forma como el ISS ha venido restringiendo, por medio de planillas, la atención a los usuarios lo cual se traduce en atención no oportuna a los usuarios, quienes entonces utilizan el servicio de los hospitales como vinculados, con cargo al Situado Fiscal, lo que a mediano

plazo afecta la capacidad financiera de los municipios y departamentos para la atención de los pacientes realmente vinculados, con lo que el ISS es subsidiado por el Estado.

- Es notoria la forma como las cuotas moderadoras, copagos y cuotas de recuperación no son canceladas por los usuarios, teniendo que ser asumidas por las E.S.S.
- El incremento tarifario para este año fue de 18.5% comparado con un 8% en promedio que se incrementó el situado fiscal. Esto se contrapone con incrementos salariales que en muchos casos fueron por encima de 18.5%, con el aumento del 16% en los insumos del sector y que se proyecta entre el 23 y 26 % al finalizar el año.
- El actual sistema estimula la afiliación al régimen subsidiado ya que está dando atención más oportuna y con planes amplios a los vinculados a este régimen, que a los afiliados al contributivo.

EL CASO ISS

El ISS es la EPS que más cartera genera a las E.S.E. por su volumen de afiliados; el rango de sus pagos está en el promedio de 120 días; así que esta empresa sola “puede quebrar el sistema”, dice Giraldo V.

“sin embargo, agrega, la actitud de Supersalud con el ISS muestra una gran debilidad y el gran compromiso del ISS con el gobierno Samper”.

APLAUSOS PARA CLÍNICA NOEL

El Hospital Infantil Clínica Noel recibió el XII premio Nacional de Solidaridad en categoría institución. El galardón le fue otorgado por el periódico El Colombiano, como reconocimiento a la labor que un equipo interdisciplinario, comandado por Gustavo Jaillier, viene adelantando por los niños del país.

EL PULSO

-----3-----

Debate

“La Supersalud no ha asumido su tarea de vigilancia y control”

Sostiene la Dirección Seccional de Salud de Antioquía

ARREGLANDO CUENTAS

Según la dirección de salud, la situación económica real de las E.S.S. es que se les paga lo que se les adeuda, el balance muestra que sus resultados no son tan negativos; es decir, el déficit no es tan alarmante como se pretende mostrar:

La Dirección Seccional de Salud de Antioquía, en cabeza de su director Guillermo León Franco, está de acuerdo con la mayoría de las quejas de las Empresas Sociales del Estado frente a la forma como se está desarrollando la aplicación de la ley 100, pero entre ella y ellos hay una diferencia de fondo: mientras las E.S.E. ya hablan de quiebra, él afirma: “veo muy bien la situación de la Salud en el departamento”.

¿Cómo es esto posible?

La posición optimista de Franco está fundamentada así:

“Veo a las Empresas Sociales del Estado en proceso de transformación; empezando a cambiar y lo están haciendo por sí mismas; el Sistema de Salud en Antioquía se encuentra en la mejor situación al resto del país; el departamento es líder en Colombia y Colombia en el mundo por que ha logrado llegar en poco tiempo a una cobertura que se acerca al 60% y esto en una nación en vía de desarrollo con necesidades básicas insatisfechas.

En cuanto a las E.S.E. la Dirección de Salud se siente orgullosa de ver 130 hijos que se lanzaron a sobrevivir y estamos seguros que lo van a lograr. Ellos están manejando la incertidumbre y por esos piensan que se van a morir, pero, ellos saben que con una buena administración se ofrecen buenos servicios, se factura y se cobra. Algunas de estas empresas han tenido problemas serios y la Dirección les ha tendido la mano para sobreaguar. Pero es un hecho que ellas tienen que seguirse depurando por que algunas están mostrando fallas administrativas, caos en los sistemas de información, equivocaciones en la facturación y los errores se pagan con plata”

PERO... TIENE RAZÓN

Sin embargo el director de la Seccional acepta una verdad irrenunciable: “yo también denuncié un problema de flujo de dineros en el sistema. No tenemos un Ministerio ágil que haga los presupuestos con la debida anticipación y pone a penar los hospitales los primeros meses del año. Además sostengo que Antioquía viene siendo golpeada por esta cartera de salud con los recursos del subsidio a la oferta y aplicación de coberturas, a pesar de que este departamento ha venido jalonando el proceso y comprometiendo recursos para el desarrollo de la Dirección de Seguridad Social.

Por lo tanto, cada vez es más urgente la descentralización en salud y así lo aprobó el Consejo Nacional de Seguridad Social. Pero yo definitivamente no tengo una visión fatalista y si todos hacemos lo que tenemos que hacer esto se regula. Los problemas de hoy son de transición. Antioquía va muy bien y solita.

Es esto tan cierto que cuando yo pregunto: ¿Nos devolvemos? Todos tenemos que contestar ¡No, no y no!. El problema de fondo es la cultura de la autogestión. El paternalismo desapareció en la salud; algunos están esperando que les hagan el milagro y eso no va a ocurrir. Entidades como el Hospital San Vicente de Paúl han mostrado los frutos de un trabajo serio y sin miedos”.

LOS PROBLEMAS REALES

Sin embargo la Dirección de salud reconoce que hay problemas reales principalmente de irresponsabilidad administrativa por parte de entidades como el Minsalud, la Superintendencia de Salud, las EPS, y en general los organismos que no están ejerciendo el control debido y están reteniendo dineros para ganar más a costa de la salud del pueblo colombiano.

“hay un problema político es que la Supersalud en lugar de descentralizar se ha centralizado. Estos son actos de irresponsabilidad del Estado colombiano. El fracaso no está en el sistema sino en la irresponsabilidad de los actores”.

EL CASO ISS

“Entre los actores irresponsables sin duda está el ISS ¿Por qué? Porque el ISS ni antes ni en la gestión que acaba de culminar, ha respondido al llamado general: necesita una reestructuración con el fin de que se convierta en un organismo descentralizado, atendiendo la estrategia del sistema mundial de salud. De otro lado, el ISS debe ofrecer sus servicios a través de sistemas de contratación para evitar el gigantismo. En la gestión del doctor Wolff no se dio la madurez financiera institucional y lo que ocurrió fue una congestión en los pagos, lo que puso en crisis los sistemas contributivo y subsidiado y el sector privado pasó a financiar al ISS.

Todo esto ocurrió, reitero, por un gigantismo impresionante. Si no se da descentralización del ISS. Esta institución se muere”.

OPCIONES

Estas son las propuestas de Guillermo León Franco para poner a funcionar eficientemente el sistema de Salud:

1. Que la Superintendencia de Salud actúe.
2. Implementar un sistema de información a través de redes virtuales. Este sistema debe permitir un flujo financiero oportuno, la información en línea de todos los usuarios, un sistema de acreditación expedito por medio de tarjetas magnéticas así como funcionan los bancos.
3. Implementación de un sistema de salud familiar.

En estos dos últimos frentes la Dirección Seccional de Salud va a dirigir todos sus esfuerzos en los próximos meses para crear un sistema modelo para el país .

De otro lado se va a insistir en el programa de Municipios Saludables por la Paz, donde se trabajarán los conceptos fundamentales de salud mental, con estrategia de no violencia, no maltrato al niño, ni a la mujer ni al adulto en general y establecimiento de una cultura de la salud”.

Puntos críticos del sistema

Según mirada de la Dirección Seccional de Salud

- La situación financiera del sector ante el flujo no oportuno de fondos por parte de fondos como Fosyga y Situado Fiscal que no se transfieren oportunamente.
- Freno de estos fondos en los municipios y en las ARS, que se quedan con los rendimientos financieros.
- La cuotas moderadoras en el régimen contributivo y de recuperación en el régimen subsidiado no son asumidas efectivamente por el usuario, quedando como deudas irrecuperables en las Empresas Sociales del Estado.
- Algunos servicios como urgencias no son rentables, pero son responsabilidad del estado y es necesario mantener en esos casos el subsidio a la oferta.
- El manual de tarifas se encuentra estancado en cuanto a incrementos, comparativamente con los costos del recurso humano y los suministros.
- En los actuales planes de beneficios se ve un estímulo perverso para no afiliarse al régimen contributivo, al ser atendido con mayor oportunidad y mejores beneficios en los casos de las maternas y los menores de un año, que no pagan cuotas de recuperación en los regímenes subsidiado y vinculado, lo que sí deben hacer en el contributivo.
- El régimen contributivo que es el que teóricamente sostiene el Sistema General de Seguridad Social, debe ser estimulado; de lo contrario, no se mejorarán las coberturas.
- En promoción y prevención el sistema contributivo no está invirtiendo los rublos que corresponden por Ley, poniendo en peligro programas esenciales como la vacunación, etc. Las EPS no están garantizando programas especiales en este sentido en los municipios, lo que es un atentado contra la salud pública en general.
- Se ven con preocupación las acciones de vigilancia y control, que no han sido asumidas por Supersalud, siendo supremamente lentas y alejadas sus acciones y en muchos casos no sentidas por los usuarios del sistema.
- Es necesario agilizar los procesos de convención del Fondo del Pasivo Presupuestal.

EL PULSO
Septiembre de 1998

Director
Julio Ernesto Toro Restrepo

Comité editorial
José María Maya Mejía, Decano Facultad de Medicina del CES
Alberto Uribe Correa, Decano Facultad de Medicina Universidad
De Antioquía
Augusto Escobar Mesa; Escritor, Universidad de Antioquía
Juan Guillermo Maya Salinas, José Humberto Duque Z., Alba Luz
Arroyave Zuluaga, del Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

Editora
Periodista Sonia Gómez Gómez

Dirección para envío de correspondencia
Hospital Universitario San Vicente de Paúl
Calle 64 con carrera 51D
e-mail: husvp@medellin. Impsat.net.co
Departamento de Comunicaciones
Teléfono 263-78-10, Fax: 263-44-75
Dirección Comercial
Departamento de Comunicaciones
teléfono 263-78-10
Diagramación: Byron R. González M.
Impresión: la Patria, Manizales

*Esta es una publicación mensual, sin ánimo de lucro,
orientada al sector salud y a la dirigencia política y
económica de circulación nacional e internacional.*

EL PULSO

-----4-----

La cara social de la Seguridad Social

Por Julio Ernesto Toro Restrepo

Una es la opinión de las entidades de salud, llámense ministerio, direcciones, secretarías, EPS o IPS y otra muy distinta es la opinión de los pacientes, no sobre el sistema de salud, sino sobre el servicio que ellos están recibiendo. La opinión pública no se adentra a analizar el sistema. A ella le interesa solo su aplicación, sus resultados, como funciona cuando tiene la necesidad de buscar sus servicios.

En cambio los primeros se preocupan por coberturas, costos, procesos, etc. Y desde su punto de vista pudiera llegar a decirse que el sistema, en términos generales va bien, principalmente en Antioquía y en lo que tiene que ver con el régimen subsidiado.

Pero desde el punto de vista del derechohabiente, de quien está enfermo y afiliado a una EPS, las cosas se ven diferentes. No hay que hacer una gran discusión de esto. Esta clara la situación, o si no remitámonos a lo que recientemente ha pasado en el ISS. Por situaciones que no se le han aclarado a la opinión pública, se limitó de manera ostensible la atención de los enfermos a la disponibilidad de planillas y "RP", cerrando los ojos a lo que de allí obligatoriamente tiene que desprenderse: una caída vertical en la atención.

La ciudadanía, las clínicas y los hospitales y todos los profesionales de la salud son testigos de este recorte de derechos, porque eso fue lo que finalmente sucedió. El problema no es solo para afiliados y beneficiarios de ISS. Existe también en muchas de las EPS privadas allí los enfermos también están teniendo problemas, lo

cual pone a pensar de si se trata de un problema mas de la “industria” que de la empresa como tal o si es que el flujo de caja se esta aplicando a la inversión en infraestructura.

Pero lo que si esta claro es que todas las EPS están confundiendo el impacto de la seguridad social con su información estadística, información que además no esta sometida a ninguna validación. Están confundiendo también el resultado de la empresa con sobre uso y sobre costos y en consecuencia niegan servicios y están confundiendo calidad con cobertura. La cara económica de la seguridad social, esta tapando la cara social de la seguridad social.

Con la seguridad social, en la salud específicamente, hay pacientes contentos; muchos. Hay resultados mostrables; muchos, es el caso del departamento de Antioquía como ya lo mencionamos pero todo está bien.

No se puede estar viendo menos negras en los reclamos que hace la gente y menos, mucho menos, se pueden tapar los ojos quienes tienen la obligación social y moral de solucionar los problemas a quienes tienen los derechos y están sufriendo indeciblemente angustia y dolores. La gente tiene razón y derecho. De esto dan cuenta las tutelas que ya se cuentan por cientos. Hay que mantener la serenidad y con buen tono corregir los problemas y autorizar las atenciones que necesitan los enfermos. Esto debe hacerse oportunamente. Es lo que la ciudadanía espera no es más.

No perder el rumbo

Por Andrés Aguirre

Jefe División Médica
Hospital Pablo Tobón Uribe

La actual crisis hospitalaria puede llevar a muchos a cuestionar la ley 100 y a pregonar la necesidad de su derogación o de ajustes radicales. Pero no debemos permitir que las crisis nos haga perder el rumbo, sino que hay que aprovechar para analizar con objetividad y claridad cuales son sus verdaderas causas. Veamos: Es la crisis derivada de la finalidad de la ley 100? Imposible afirmar que sí; es bueno que una ley haya pretendido garantizar el derecho a la salud de los colombianos, de procurar el acceso universal a la salud basado en los principios de eficiencia y solidaridad. No puede sostenerse que la crisis se debe a una equivocada finalidad. Habría entonces que buscar el origen de las crisis en las causas materiales y eficientes, más no en las causas finales de esta reforma. Si entendemos que en el Sistema de Seguridad Social las causas materiales son las EPS, IPS, ARS, ARP y POS, UPC, igualmente no percibo absolutamente nada que indique que cada uno de estos elementos sobre los cuales se estructura la ley 100, sea estrictamente malos. Creo que a frente de la crisis hay que encontrarla en las causas eficientes, es decir, la forma como se interrelacionan los elementos, el modo y la actitud de quienes los dirigen y orientan. Hay dos actitudes que percibo y son comunes en los actores del sistema: la falta de confianza y el exceso de confrontación. Cada una de las actitudes por sí solas puede ocasionar serios estragos en cualquier sistema, volverlo ineficiente e ineficaz. Igualmente, la pérdida de la credibilidad ocasionada por compromisos no cumplidos, por posturas “guerristas”, por afirmaciones y señalamientos con “segundas intenciones”. Creo que lo que está haciendo falta reglamentar es un código autoimpuesto de buen comportamiento, de un ánimo positivo y una indeclinable decisión de contribuir al éxito de esta reforma con un gran contenido social. Tengo la absoluta convicción que la eficiencia de este sistema no se logra racionando servicios, disminuyendo calidad, disminuyendo las justas retribuciones económicas, dilatando los pagos, desorientando a los usuarios, en fin, con mecanismos que generen conflictos y confrontaciones exagerados.

No es que se requiera de firmeza en el manejo de las cosas, pero ello no puede confundirse con la altanería, no ese que no se requiera mentalidad y flexibilidad estratégica, pero ello tampoco puede confundirse con oportunismo; no es que no requiera de innovación y cambio, pero ello no puede confundirse con incumplir los compromisos adquiridos. Es importante adicionarle a la nueva reforma de Seguridad Social, un decreto reglamentario sobre actitudes y comportamientos constructivos”. En el mediano y largo plazo es más exitosa la cooperación que la confrontación; o si no, ¿qué estamos anhelando en Colombia?.

Cartas a la Dirección

Este espacio está abierto para usted.

El periódico El Pulso recibirá con agrado sus comentarios, sugerencias observaciones y propuestas que, planteadas dentro de los principios del respeto y la tolerancia, os lectores quieran remitirlos a la Dirección. Les rogamos eso sí ser breves para poder dar cabida a todas las comunicaciones que nos lleguen y que siempre serán bienvenidas.

Medellín, agosto de 1998

Doctor
Julio Ernesto Toro
Director EL PULSO

He conocido el periódico EL PULO, ,medio de expresión para el sector de la salud, en especial para Hospitales y Clínicas.

Dadas las circunstancias actuales de incertidumbre y dificultades económicas, de mercadeo, legales y otros que afrontan las instituciones hospitalarias, me parece muy oportuna la aparición de un medio que permita canalizar y manifestar nuestras preocupaciones.

Reciba mi felicitación y mi voz de apoyo.

Estoy seguro de que igual que en otras oportunidades, saldrán airoso con este proyecto,

Atentamente,
Luis Fernando Bravo
Gerente Clínica El Sagrado Corazón

Santafé de Bogotá , agosto de 1998

Doctor
Julio Ernesto Toro Restrepo
Director EL PULSO

Ante todo felicitaciones por esta obra, no del todo sencilla, pues ya podemos imaginarnos las dificultades monetarias, técnicas y en tiempo que se deben contrarrestar, no sólo para dar inicio sino continuidad a este periódico; tuve la oportunidad de asistir al seminario de Trauma en Medellín por la cual me hice al primer

ejemplar. Actualmente estoy en mi servicio social obligatorio en Bogotá y sería un honor poder colaborar con artículos para los próximos números.
Cordialmente,

Dr. Alejandro Martil Samper.

Medellín, julio 31 de 1998
Doctor Julio Ernesto Toro Restrepo

Hospital Universitario San Vicente de Paúl ¡Felicitaciones! EL PULSO hará posible monitorear el estado informativo de nuestro querido acontecer en el sector salud. Es un verdadero acierto.

Suerte y Pulso

Clara Vásquez de B.
Gerente I.A.T.M.

Medellín, agosto 18 de 1998

Doctor Julio Ernesto Toro Restrepo
Hospital Universitario San Vicente de Paúl
Medellín

Apreciado doctor Toro:

Muy oportuno el envío del periódico EL PULSO; como usted bien sabe, estamos en un momento crucial para la aprobación del proyecto de acuerdo que transformara a Metrosalud. De verdad estoy con usted al manifestarse respecto a los nuevos conceptos sobre Seguridad Social.
Muchas gracias y auguro éxitos con este periódico.

Cordialmente,

Luis Carlos Díaz Mora
Vicepresidente Primero
Concejo Municipal

Medellín, agosto

Doctor Julio Ernesto Toro Restrepo
Director General
Hospital Universitario San Vicente de Paúl

Permítame agradecerle el valioso envío del periódico EL PULSO, publicación que como usted bien expresa, debe servir para elevar la calidad de vida de los colombianos, pues con los aporte sobre seguridad social, descentralización en salud, autoeficiencia económica de las entidades que ofrecen sus servicios de salud, contribuyen de manera ágil y amena a su divulgación.
Reciba mi felicitación y mi deseo por que el éxito lo acompañe siempre.

Atentamente,

LA GRAN PREGUNTA

Directivos de Clínicas y Hospitales responden a una pregunta muy concreta de EL PULSO: ¿Las reformas al Sistema Nacional de Seguridad Social han sido benéficas para los pacientes? Algunos además se refieren a la actual crisis del ISS, como tema obligado.

¿ EL PULSO ? -----5-----

Ley 100: mejor cobertura, pero...

“Sin oportunidad de atención no hay calidad”

Iván Darío Vélez A.

Director Hospital Pablo Tobón Uribe

“Para evaluar el impacto que ha tenido en los usuarios las reformas en salud hay que mirar la cobertura, calidez en el servicio, y la posibilidad de elección del prestador de servicios por parte del usuario.

- En cobertura hay logros y eso lo dicen las estadísticas.
- En calidez en el servicio hay varios factores en contra y uno de los más importantes es que a los pacientes no se les está dando la potestad de elegir la empresa que los va a atender, puesto que las EPS hacen contratos con unas específicas selecciones a su voluntad. Eso va en contravía de la confianza necesaria entre el usuario y su equipo de salud.
- Tampoco hay oportunidad en la atención y para que un servicio sea de calidad tiene que ser oportuno. También la calidad está afectada por exigencia que se hace a los profesionales de ver un número determinado de pacientes en tiempo limitado.
- En síntesis, hay más cobertura pero no mayor calidad en el servicio, máxime cuando la ley 100 puso a una tercera persona a mediar entre el médico y el paciente; esa tercera persona es la entidad a la cual él se afilia y que tiene unos compromisos y finalidades económicas. Soy amigo de la ley 100 y creo que debe continuar pero con una revisión de fondo que incluya: UPC, que tiene topes muy estrechos; el respetar el derecho al paciente a elegir quién y donde atiendan. Y como algo muy importante, hay que propiciar la acreditación de las IPS de manera que ellas realicen los esfuerzos necesarios para ser más atractivas para los pacientes, dentro de un mercado de libre competencia”.

“los pacientes ganan y las clínicas aprenden”

Gustavo Restrepo Nicholls
Director, Clínica del Prado

“Para los pacientes la reforma ha sido muy positiva en términos de cobertura y acceso a los servicios. Esto último por cuanto hay un mayor directorio de Clínicas y Hospitales; hay también un mayor número de EPS y está mayor oferta significa más competencia y la competencia bien manejada y bien entendida redundan en mejores servicios para los usuarios.

En el caso concreto de la Clínica del Prado fue una decisión difícil entrar a trabajar con el POS, pero desde el punto de vista social y económico era necesario hacerlo y los resultados han sido positivos, empezando porque nuestras puertas se abrieron para un sector más amplio de la población y los empleados de la Clínica sienten que están trabajando por el bienestar de todas las gentes, no de un sector más privilegiado.

Sin embargo hay que insistir en que para nosotros el costo de adecuarnos a una nueva manera de trabajar ha implicado modificar todas las estructuras, mirar procesos de costos, etc. En otras palabras, todo el mundo se ha tenido que involucrar en lo administrativo para ser más competitivo. De esta manera la ley ha generado un proceso educativo para todos los actores. Desde luego que la rentabilidad se ha sacrificado, pero creo que el volumen puede compensar buena parte de esa menor rentabilidad, en la medida que se de un mejor manejo, procesos adecuados, mejor facturación, etc.”.

-¿Qué opina de la actual crisis del ISS y en qué medida los ha afectado?

“El ISS Tiene que mirar una reestructuración de fondo en su interior y debe entrar a competir con las demás EPS en igualdad de condiciones porque hoy ejerce una competencia desleal. Considero que su actual situación está afectando el Sistema de Seguridad Social en general y está demostrando que la ley es para unos y para otros no”.

“lo mejor: el aumento de cobertura”

Luis Fernando Bravo Múnera, economista,
Gerente Clínica del Sagrado Corazón

“Las reformas de Seguridad Social han sido muy benéficas para los pacientes principalmente por el aumento de coberturas y por la posibilidad de escogencia de su EPS. Al interior de las clínicas, y este es el caso de nuestra, ha habido un mejoramiento en los servicios en cuanto nos ha obligado a considerar nuevos elementos de manejo como el aspecto de mercadeo, la tecnificación de procesos, de la facturación, etc. Así que en términos generales creo que ha sido benéfico el cambio para las IPS.

Pero a su vez, globalmente también se han presentado otras desventajas: las tarifas han caído y no se compensan con el volumen de atención. Se está trabajando más para ganar menos”.

-¿Los ha afectado la crisis del ISS?

“No mucho, porque hemos tratado de disminuir la dependencia que teníamos de esta entidad. Hace dos años le facturábamos el 50%, deliberadamente se bajó al 15%. Es importante que las IPS aprendan a no depender de una sola EPS; hay que diversificar el riesgo. Así que en cuanto a ingresos por cuenta del ISS estamos ganando menos, pero cambiamos eso por una mayor estabilidad y creo que en este momento esa seguridad es muy importante porque está luchando por sobre vivir”.

“Hay más cobertura, pero los ajustes económicos son urgentes”

Francisco Villegas,
director Clínica Cardiovascular
Fundación Santa María

“Indudablemente la reforma a la Seguridad Social permitió que accedieran a servicios de salud quienes antes no lo tenían y eso es lo más positivo de cuanto se ha logrado.

Pero sin duda, no todos los problemas están resueltos. Lo primero es hacer los ajustes económicos para que las entidades podamos cumplir, porque la UPC está cerca de un 30% por debajo. Lo más importante que hay

que lograr es que el dinero fluya más rápidamente por el sistema por que va muy lento y esto es aún más grave en un sector salud que es débil en tesorería”.

“O pago oportuno o quiebra”

Gustavo Jailler
Director Clínica Noel

“El sistema implantado ha sido bueno para los pacientes pero todos estos logros se pueden ir al traste si se continúa como va, con moratoria en los pagos. Está ordenado que la EPS paguen en un lapso de unmes las deudas con las clínicas, Hospitales, etc. Y no se cumple, con el agravante de que las tarifas están por debajo de lo justo. En estas condiciones, si no se cambian las cosas vamos a la quiebra. Eso no quiere decir que esté abogando por quitar la ley 10. Esos sería un retroceso.”.

-¿Los ha afectado la crisis del ISS?

“Sí nos ha afectado y mucho, especialmente por esa cartera enorme y eterna. Creo que es la crisis más fuerte que ha padecido el ISS y es preciso algo de fondo y con urgencia.”

“Hay que cumplir nuestra misión, no solucionar problemas de ISS”

Nicolás Aguilar
Director Hospital
Marco Fidel Suárez, de Bello

“Definitivamente el paciente ha ganado, pero hay muchos ajustes qué realizar, en su beneficio. Por ejemplo, las Empresas Sociales del Estado debemos enfocarnos en atender la población que nos compete, que son los más desprotegidos, y no a solucionar los problemas de atención que tiene el ISS con sus afiliados, como a venido ocurriendo.

En nuestro caso decidimos, para evitar lo anterior, hacer negociaciones con el ISS y en cambio sí con otras EPS que estén respetando la ley. La situación nuestra es de déficit, pero estamos diseñando una estrategia; estamos aprendiendo a subsistir y creo que se pueden hacer cosas; sin ser optimistas no sería pesimista sobre nuestro futuro”.

-¿ Como los ha afectado la crisis del ISS?

“No es sólo el ISS el que está creando crisis en los hospitales, hay otras EPS y ARS que nos tienen en aprietos; definitivamente el control se está quedando corto en todo el Sistema de Seguridad Social”.

UNA REFLEXIÓN SOBRE EL TEMA

Una de las grandes conclusiones del Seminario Taller Internacional sobre avances en el manejo del trauma es que ciudades como Medellín necesitan un sistema regionalizado de atención de estas patologías y que hay que insistir en el tema desde las propuestas metodológicas. El evento, realizado por el Hospital San Vicente de Paúl en sus 85 años, tuvo una asistencia de más mil personas que valoraron la coordinación y la alta calidad científica del mismo.

EL PULSO

-----6-----

“En Colombia no hay violencia: hay barbarie”

- Dijo Saúl Franco en el Seminario Taller de Trauma,
HUSVP – 85 años

Hay que destacar cuatro aspectos de la violencia en Colombia, hoy:

- Reconocer que se está pasando de la violencia a la barbarie. Hay barbarie en los actores de la violencia y en el silencio del país ante esos hechos.
- La generalización de la violencia como mecanismo para resolver conflictos.
- Es grave la complejidad que está tomando el problema: cada vez hay más actores en conflicto y las redes se entrecruzan peligrosamente.

Pueden encontrarse muchas explicaciones como la implantación de modelo neoliberal en la economía, en la concepción del estado, en la hipervaloración del éxito individual y en la pérdida de referencia de la solidaridad colectiva, en la disminución del tamaño y presencia del Estado.

Algo positivo: empieza a haber una sensación de saturación y cada vez se tiene más claro que la paz es más rentable que la violencia.

Y algo todavía mejor: “La violencia no es una fatalidad, no es un marcador genético; es una construcción social y por lo tanto, es superable. Podemos dejar de ser un país violento”.

Estos fueron planteamientos del salubrista Saúl Franco, en el Seminario Taller, Avances en el tratamiento del Trauma, celebrado en el Hotel Intercontinental de Medellín, y organizado por el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, con expositores nacionales e internacionales y una respuesta excelente del sector salud.

DATOS DE LA VIOLENCIA

Franco, quien ha dedicado mucha parte de su esfuerzo profesional al estudio del tema de la violencia, presentó datos que hacen un recorrido por la historia de Colombia.

Al mirar las cifras de homicidios se evidencia un problema creciente: mil en 1975; más de 28 mil en 1991 y 27.700 en 1997. Llevamos más de 10 años con promedio anual de 25 mil homicidios. Eso parte de la barbarie. Con esos 25 mil perdemos un millón de vidas al año si se tiene en cuenta que el promedio de vida es de 70 años. Hay 75 homicidios por cada 100 mil habitantes en Colombia y la mayoría son personas entre los 15 y 45 años y de ellos 13 hombres por cada mujer que muere violentamente. Pero, la mujer, no se escapa de la violencia: ella es la principal víctima de la agresión no homicida. En el país hay 400 casos de maltrato conyugal por cada 100 mil habitantes y las principales afectadas son las mujeres entre 25 y 34 años. Colombia tiene un solitario primer lugar como escenario de muerte: tiene la tasa de homicidios más alta del mundo. Estados Unidos con su tasa de 9.8 homicidios por cada 100 mil es una vergüenza dentro del contexto de países industrializados y la nuestra está cerca de los 80 por cada 100 mil.

En nuestro país los departamentos más violentos son: Antioquía, Valle del Cauca, Risaralda, Putumayo, Caquetá, Bogotá y Arauca. Los menos violentos son: Córdoba, Chocó, Nariño, Amazonas, Vichada y Boyacá. El Valle de Aburrá aporta el 16% de los homicidios de país.

Algo muy grave es que a medida que crece el número de homicidios ha descendido el de los detenidos.

ALGUNAS CAUSAS SON

Las causas de la violencia son de diversa índole:

Ausencia del Estado, pérdida de lazos solidarios, razones económicas (hay relación directa entre la inequidad y la violencia, aspectos culturales (pérdida o cambio de valores, entre ellos el respeto a la vida), la impunidad. Por donde empezar:

Hay en mucha medida una solución política que tiene que ver con la recuperación del Estado, la conformación de un plan de paz estratégico, el generar una cultura de tolerancia, la creación de valores nuevos, la reducción de las iniquidades, soluciones jurídicas (enfrentar la impunidad por ejemplo).

EL SECTOR SALUD

Según Saúl Franco, la violencia está impactando el sector salud; de un lado como víctima; de otro lado, la violencia está cuestionando los valores, los sistemas de atención, la eficacia de los mismos. Por ejemplo, la violación a una mujer destruye más que el cuerpo el alma y lo médicos no han podido entender esto y tratan a este paciente como si fuera víctima de una enfermedad cualquiera.

Es preciso hacer ajustes en la formación del profesional de la salud, en los modelos de atención, las políticas, los valores. Hay que ayudar a entender a la sociedad que sin equidad y justicia la paz seguirá siendo un show, unas palabras, una quime ra.

NOVEDADES

EN LA CLÍNICA DEL PRADO

En septiembre se abrirán 17 camas para el servicio del PIS en la Clínica del Prado, con 51 cama. Adicionalmente, se realizó una alianza con

Coomeva EPS para la creación de una IPS para ofrecer servicios del Nivel I. Funcionará en el primer piso de la Clínica. También en septiembre, se inicia la ampliación de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.

EL PULSO

-----7-----

Observatorio _____

No hay información precisa para evaluar el nuevo esquema de salud

Por Jairo Humberto Restrepo Zea

Centro de Investigaciones Económicas
Universidad de Antioquía

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, adoptado en Colombia a finales de 1993, busca que toda la población acceda a un paquete obligatorio de servicios de salud (POS) con calidad de eficiencia. Con esta declaración, emanada de los derechos y principios consagrados en la Constitución, se reconocen unos problemas característicos del anterior sistema de salud, a la vez que se adoptan elementos que hacen parte de los sistemas de salud más avanzados del mundo. La escasa cobertura de la seguridad social, la falta de solidaridad y de oportunidad en la prestación de los servicios, la utilización inadecuada de la capacidad hospitalaria, eran, entre otros, los principales problemas que impedían unos mejores resultados del anterior sistema de salud existente en Colombia. En ese contexto, el usuario era tratado bajo los parámetros de la caridad cristiana en el caos de subsistema público de salud; o era remitido a las colas del ISS o, en últimas, era lanzado a la compra de servicios privados sin contar con información sobre aspectos básicos de la enfermedad y su tratamiento.

OTRA ALTERNATIVA

La alternativa seleccionada por el Congreso colombiano mediante la ley 100 de 1993 reúne, principios de la competencia, administrada (managed competition), así como de la atención administrada (managed care). Para Enthoven, exponente importante de ambos conceptos, se trata de la definición de las reglas de un juego en el participan los pacientes, los proveedores y un intermediario (sponsor), en el lenguaje de managed competition que busca contener costos, mantener la calidad y satisfacer al paciente.

El en caso colombiano, la conformación de las EPS, se asimilan al agente sponsor, planteado por Enthoven: un comprador colectivo, con información sobre los determinantes de la enfermedad, diagnóstico, alternativas de tratamiento, costos y posibles resultados. En consecuencia, este agente representa al consumidor individual, administra su plan de salud y contrata su atención con los proveedores ofreciendo libre elección entre un grupo de ellos.

Siguiendo los principios teóricos de un sistema de esa naturaleza, con la aparición de las EPS se controlan fenómenos importantes que preocupan a otros sistemas en el mundo y, en nuestro caso, a la medicina prepagada. Como intermediario entre el proveedor y el paciente y al estar remunerado mediante una capitación, un monto fijo de recursos por persona afiliada, la EPS busca contener los costos mediante la inversión en promoción y prevención; la prestación directa de los servicios básicos mediante médicos propios que constituyen en la entrada al sistema (gate – keepers); el control al riesgo moral, con el establecimiento de formas de pago a los proveedores y el cobro de copagos a los pacientes.

COMPETENCIA RESTRINGIDA

Es importante anotar que, a diferencia del sistema norteamericano en donde predominan las organizaciones de mantenimiento de la salud (HMOs), en Colombia existe una regulación pública importante y la competencia entre EPSs es más restringida.

En nuestro caso, el plan de beneficios es definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (el POS, en el cual se incluye un plan de medicamentos), el precio del mismo también se encuentra definido (la Unidad de pago por Capitación), UPC), se debe disponer de un reaseguro para los tratamientos de alto costo y se dispone de un manual tarifario que sirve de referencia para la contratación de los proveedores.

Así las cosas, la competencia entre EPS no se da, en sentido escrito, por precios o plan de beneficios. Más bien predominan elementos propios de la calidad como la oportunidad en el servicio, el trato a los afiliados (cita por teléfono, por ejemplo), el prestigio de los proveedores con los cuales se contrata, el tratamiento que se hace del plan de medicamentos, entre otros. Además, también pueden considerarse elementos que de algún modo se relacionan con las variables mencionadas inicialmente, como es el caso de la oferta de planes complementarios y tratamiento de los copagos.

DIFICULTADES

Este esquema, que parece atractivo, también presenta algunas dificultades y exige una profundización analítica para sugerir correctivos en torno a los principios rectores de universalidad, solidaridad y eficiencia. En especial, es importante evaluar los efectos distributivos con la implementación de este tipo de atención administrada, en el que unos ganan y otros pierden en relación con el sistema anterior.

No existe información precisa sobre el particular, aunque en los medios de comunicación y en diversos espacios de discusión se manifiestan descontentos y señalan privilegios como un aporte para abordar un usuario el asunto, se plantea los siguientes interrogantes:

- ¿Cómo se ha modificado el acceso de la población a los servicios de salud (urbana, rural, por estrato socioeconómico)?.
 - ¿Qué cambios se han presentado en el gasto que realizan los hogares en la atención de salud?
 - ¿De qué manera se viene consolidando la oferta de EPS y qué pasa con los planes alternativos (medicina prepagada)?.
 - ¿Qué pasa con la gente que aún no está cubierta por el POS?.
 - ¿Qué efectos se han producido sobre los proveedores de servicios y los profesionales de la salud?
 - ¿Ha variado la calidad de los servicios de salud?.
-

Referencias bibliográficas:

Enthoven, Alain C. "Market-Based Reforms Of U.S: Health Care Financin and Delivery: Manged Competition"(Stanford University).

Restrepo, Jairo Humberto "Monitoreo Local de la reforma en el sector salud". Coyuntura Social. Santafé de Bogotá. Fedesarrollo, mayo de 1998.

Noticias de seguridad social

- El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, mediante acuerdo 92 de 1998, declaró como evento catastrófico la difícil situación de salubridad de las cárceles del país y asignó para financiar la situación integral en salud de la población carcelaria, la suma de \$5.500 millones.
- En el período 1996 – 1998 se observa una estabilización en el número de EPS en el país, con la creación de una privada y la liquidación de dos también privadas. En total hay 30 EPS.
- Muchos de los ajustes, especialmente de carácter procedimental, y algunos de contenido en cuanto a la operación del sistema mismo, podrán llevarse a cabo dentro del seno del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, sin necesidad de acudir al legislador para modificar la estructura de la Ley de Reforma, para el caso de la Salud. Los intento de reforma que se presentaron al Congreso, han sido más de carácter puntual que de fondo.

CLOFÁN 15 AÑOS

La Clínica Oftalmológica de Antioquía, Clofán celebra sus 15 años con dos eventos académicos centrales: 25 de septiembre, Taller de Focae-

desde los quirófanos de Clofán. El 26 habrá un seminario sobre Facoemulsificación, Cataratas y Glaucoma y Topografía por Elevación.

mulsificación, a cargo de Eduardo
Chávez M., con 4 cirugías transmitidas

Será de 8 am a 4 pm en el Country
Club Ejecutivos. Informes teléfono
513-35-31.

EL PULSO

-----8-----

Eventos

25 años del primer trasplante renal

El 29 de agosto de 1973, la Unidad Renal del Hospital Universitario San Vicente de Paúl realizó con éxito su primer trasplante renal, en un paciente que, a partir de entonces, pudo llevar una vida normal por 24 años (falleció los 47 por complicaciones relacionadas con un accidente). Y así como este caso, ha habido centenares de otros similares, de personas de muy diversas edades y lo que es más importante, de todos los sectores económicos, que han encontrado una posibilidad de vida en manos de este equipo humano. En estos 25 años de trabajo sin tregua, la Unidad Renal de Hospital San Vicente de Paúl ha logrado, más que 1.541 trasplantes renales, conformar una filosofía de trabajo en equipo. El director actual de la Unidad, Mario Arbeláez, a la hora el balance señala que “lo que ha mantenido vivo este trabajo es que no hemos perdido la vista el concepto de investigación y docencia, ya que estamos enmarcados en contexto Hospital - Universidad y, sobre todo, que nunca hemos mirado nuestra labor como un negocio sino como un servicio es por eso que, en lo posible, hemos tratado de responder a todos, con criterios de igualdad y solidaridad”.

EN SU MEJOR MOMENTO

En esta celebración, EL PULSO no quiere insistir en un pasado meritorio, la gran pregunta para el director de la Unidad Renal es:

¿Cómo se llega a los 25 años? ¿qué visión de futuro se tiene?

“Estamos en el mejor momento. Veamos porque:

- 1. Se espera concluir al finalizar el año, dentro del área hospitalaria, el Centro Internacional de Diálisis y Trasplantes más completo y moderno del país e incluso del área Andina, con tecnología de punta para trasplantes de hígado, riñón, páncreas y corazón. Este sueño fue posible realizarlo mediante el contrato del Hospital con la empresa multinacional de origen alemán Fresenius Medical Care, que además de producir materiales para diálisis, tiene en el mundo 45 mil pacientes a los cuales les aplica los procedimientos de diálisis.
- 2. En esa misma edificación, el Hospital y la Universidad conformarán el programa de cirugía cardiovascular, que tiene entre sus programas el trasplante de corazón. De esta forma este centro hospitalario, que vio nacer en sus quirófanos la cirugía cardiovascular, vuelve a fortalecer este programa, contando con la experiencia acumulada del Equipo de Trasplantes de la Ciudad.
- 3. se están preparando en el exterior cirujanos de trasplantes y la idea es que en el Hospital también imparta más adelante esta formación, una vez se reinicien los programas de trasplante de Páncreas e hígado.

- 4. Se continúa y se pretende ampliar el programa de formación de especialistas, que hoy se adelantan en la Unidad Renal, para aportar personal calificado a todo el país. En este sentido, también la Unidad Renal seguirá siendo centro de prácticas para estudiantes de medicina de las facultades de la ciudad y del país.
- 5. Una meta es ofrecer el servicio de trasplante de una manera sistemática para países de América Latina, especialmente trasplante de riñón y de hígado. Así que la Unidad Renal del Hospital y toda la comunidad científica del país tiene motivos para estar de plácemes con esta celebración.

Nueva facultad de medicina

La Fundación Universitaria San Martín abre sus puertas en Antioquía.

Para 1999 en Antioquía habrá una nueva Facultad de Medicina. La Fundación Universitaria de San Martín, entidad privada con 20 años de existencia con sedes en Santafé de Bogotá y Barranquilla, ofrece este programa a partir del mes de febrero del próximo año, lo mismo que la carrera de Finanzas y Relaciones Internacionales.

La Universidad tendrá sede en Sabaneta y funcionará bajo la rectoría de Antonio Yepes Parra, quien ha vivido la enseñanza de la medicina de la formación superior en general, desde la práctica y desde la dirigencia empresarial y política.

Yepes Parra es optimista sobre el futuro de este gran proyecto educativo que él considera responde a la trayectoria de un departamento donde la educación superior ha sido siempre de alta exigencia.

EL PERFIL QUE SE BUSCA

En el caso concreto de la Facultad de Medicina, la Fundación Universitaria San Martín, con base en la experiencia acumulada y los análisis de la situación actual del país de la formación médica, ha tenido para sus alumnos un perfil que incluye la combinación de alta preparación científica con orientación humanística y de trabajo comunitario, de salud familiar y de promoción y prevención de la salud.

“consideramos- afirma Yepes Parra- que el país necesita un mayor número de profesionales de la salud, especialmente médicos, por cuanto la Ley 100 ha aumentado coberturas y lo seguirá haciendo; pero el médico que el país requiere debe ajustar en su formación al nuevo esquema de la Seguridad Social y en este sentido las facultades de Medicina deben renovarse”.

FINANZAS Y RELACIONES INTERNACIONALES

Igualmente, en el caso de la carrera de Finanzas y Relaciones Internacionales, la Universidad busca llenar las expectativas de la comunidad estudiantil que pretenda formarse según el contexto de globalización, de aprendizaje de la negociación y del manejo de las relaciones internacionales en un sentido integral.

La sede administrativa de la Fundación está ubicada en el Poblado y su teléfono es el 313-98-79.

Sexto aniversario de Las Vegas

El mes de agosto fue la celebración de los 6 años de la Clínica Las Vegas. En el balance presentado por la clínica, fruto de una ardua tarea de sus 190 socios y 350 empleados, se reportan logros significativos. 184 consultorios, 80 camas, 8 salas de cirugía, una sala de partos, una sala de cesáreas, laboratorio clínico, laboratorio patológico, urgencias médicas y odontológicas, imagenología, unidad de cuidados intensivos adultos y Neonatal.

En medio de un panorama complejo para el sector privado de la salud, Las Vegas a logrado cumplir con su misión de prestar servicios integrales de salud, dentro de un alto nivel científico, ético y humano. Y su visión de futuro es llegar al año 2000 como un organismo de salud sólido y humano, donde se respeten los valores éticos, la vocación de servicio, el profesionalismo y la calidad. Como parte de su celebración Las Vegas lanzo su nueva estrategia publicitaria basada en el Slogan: "Sentimos lo que usted siente". Es decir, que cada miembro de su equipo de trabajo está dispuesto a lograr que los usuarios tengan un acompañamiento cálido y un servicio óptimo.

También para Las Vegas, un aplauso de EL PULSO.

Simposio sobre nuevas tecnologías en Cardiología

El sábado 24 de octubre, de 8 AM a 1 PM., en el auditorio de la Clínica Cardiovascular, simposio sobre Nuevas Tecnologías en Cardiología, evento organizado por la Universidad Pontificia Bolivariana; Acobian; Asociación Colombiana de Bioingeniería y Electrónica Médica y la Clínica Cardiovascular.

Algunos temas serán:

Nuevos Cardiodesfibriladores; Caos y Fractale en Cardiología; Redes Neuronales en Cardiología; Bioinstrumentación Electrónica y Cardiología.
Infórmese en la Escuela de Información Avanzada de la UPB.

En la Cardiovascular

Prevención del ataque cerebral

Septiembre es el mes de la prevención del ataque cerebral en la Clínica Cardiovascular – Fundación Santa María.

El objetivo será promocionar la capacitación y actualización médica, con miras a agilizar la consulta temprana y al intervención terapéutica precoz y la prevención primaria y secundaria en la población con riesgo de ataque cerebral.

El evento académico central es un Simposio de actualización sobre ataque cerebral, en las instalaciones de la Clínica.

También habrá jornadas académicas y de atención médica especializada, gratuita, en Apartado el 5 de septiembre; Cauca el 12; Quibdó el 19; puerto Berrío el 26 y Montería el 3 de Octubre, coordinadas con las entidades de salud de cada una de estas ciudades.

En estas jornadas se lanzará la Red Nacional de Enfermedades Cerebrovasculares, Rednec, que propiciará un flujo de información entre clínicas y hospitales, que sirva de soporte para prevención y tratamiento de enfermedades cerebro vasculares.

CIFRAS DEL NUEVO COMITÉ

Durante 25 años, el Comité y el Hospital San Vicente, han realizado 2.836 cirugías reconstructivas y de habilitación o rehabilitación,

25.163 usuarios recibieron ayudas ortopédicas para facilitar su movilización e independencia. 3.154 jóvenes se ubicaron

a niños y adolescentes con discapacidad.
El comité ha capacitado y sensibilizado a 45.127
personas a la prevención y manejo de la discapacidad.

en empleo dependiente y 1.273 más en empleo
independiente.
En los municipios, El Comité ha atendido
18.148 personas y ha hecho promoción
directa de la buena salud a 120.614 antioqueños

EL PULSO

-----9-----

“Para ser rehabilitador sólo se necesita querer al hombre”

El 24 de julio último al caer la tarde, el Comité Regional de Rehabilitación de Antioquía recibió del gobierno colombiano colocó su máxima distinción: la Cruz de Boyacá, de manos del entonces Ministro de Defensa, Gilberto Echeverri Mejía.

La motivación inicial fue reconocimiento a 25 años de trabajo incansable en beneficio de los discapacitados, tiempo en el cual, según el balance presentado por la institución en aquel día, se atendieron 134.472 y se presentaron 244.992 servicios de diversa índole, todos ellos relacionados con la misión de ayudar a quienes han sufrido alguna limitación.

Pero, más allá de estas cifras ¿qué es lo que se está reconociendo a esta entidad que está en el corazón de los antioqueños? La pregunta la responde su inspirador y motor, Ricardo Restrepo Arbeláez:

“ Lo que está premiando es el trabajo de un equipo de personas que han trabajado todos estos años para dar una atención lo más óptima e integral posible a las personas que padecen el estigma y el señalamiento de una sociedad por el hecho de ser discapacitados.

Siempre he dicho que estas personas que atiende el Comité vienen de los estratos más pobres y por lo tanto llevan el doble estigma de ser personas sin recurso y discapacitados. Son seres en los cuales precisamente sus carencias son fruto de una marginalidad social donde son frecuentes las enfermedades congénitas provenientes de embarazos en malas condiciones de alimentación y salubridad; así mismo, la falta de educación y por lo tanto de una cultura de la prevención, la desnutrición, la violencia, el no recibir ayuda a tiempo en una emergencia, y en general el olvido, son factores que se suman para coadyuvar a la aparición de la discapacidad por diferentes causas.

Son estas personas la razón de ser del Comité y su anhelo de devolverles la fe, no hace a la vez a nosotros sentir deseos de vivir de seguir adelante, y por eso quisiera 150 cruces de Boyacá para dárselas a cada una de las 150 personas que conforman este equipo de trabajo”.

NACIO POR UN “GOLPE DE ESTADO”

La historia del Comité se remonta a la década del 60. Fue entonces cuando Jaime Cano Álvarez, pionero de la rehabilitación en Antioquía empezó a mover una corriente a favor de los limitados. En 1964, a raíz de una intoxicación masiva en Medellín, un número alto de personas quedaron discapacitadas al ingerir ortocresil fosfato, lo que motivó la creación de un pequeño servicio de Fisioterapia en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, por que no había otra entidad que asumiera dicha tarea.

Fue por aquel entonces, en 1996, cuando se vinculó al programa Ricardo Restrepo A., especialista en medicina Física y Rehabilitación, quien se dio a la tarea de dinamizar la creación de un Departamento de

Rehabilitación, lo cual se logró en 1968, contando, como siempre, con la unión indisoluble del Hospital y la Universidad.

Por aquel entonces el gobierno creó el Concejo Nacional de Rehabilitación, mediante la ley 3132, que tenía entre sus objetivos constituir Comités Regionales de Rehabilitación. A esta legislación se unió el sueño y el empeño de Ricardo Restrepo por dar vida en Antioquía el Comité, para lo cual contó con el respaldo de la dirigencia local.

“Fue entonces cuando di una especie de “golpe de Estado” en la Sociedad Colombiana de Medicina y de rehabilitación y asumí la presidencia y con la asesoría de la OTI y la ayuda de la Andi, Fenalco, Acopi, Sena, el Hospital y la Universidad de Antioquía, fundé el Comité el 14 de noviembre de 1973.

LA HUELLA DE LOS MAESTROS

El que fuera Ricardo Restrepo quien recibiera, en nombre del Comité, la Cruz de Boyacá es apenas el fruto esperado de una lucha sin tregua por una causa.

¿Dónde y por qué nació este sueño?

“Desde mi juventud he sido convencido de la misión de ser médico como maestro, educador, orientador y humanista, para poder dar al paciente una atención integral en lo físico, emocional, social y espiritual. Tuve un padre humanista por esencia; me guiaron maestros como Miguel Roberto Téllez y Conrado Gonzáles que me dieron una enseñanza impregnada de amistad, afecto y libertad de pensamiento. Luego vino la huella de los maestros de la Universidad de Antioquía y del Hospital San Vicente, entidades a las que debo todo lo que soy que me enseñaron que el objetivo de la profesión médica y de cualquier otra no puede ser otro que el hombre mismo”.

LOS LOGROS

¿Cuáles son los grandes logros del Comité?

“Con el Comité hemos logrado – aunque no totalmente- derrumbar la barreras de la discriminación hacia el discapacitado y también la barreras físicas de una ciudad que levantó estructuras sin pensar en ellos. Es increíble pero ha habido quienes me preguntan para qué y por qué hacer tanto por seres que tienen tantas limitaciones; expresiones como esta ya no son tan frecuentes, pero hay muros y la educación aún rechaza niños con algunas carencias físicas o mentales”.

¿Las mayores satisfacciones?

- La conformación de un equipo humano que trabaja por objetivos humanos.
- El derrumbe de barreras culturales.
- Crear el primer programa de formación profesional en rehabilitación. Ya hay médicos preparados por nosotros haciendo lo propio en el resto del país.
- Ver integrados socialmente adultos que recibimos como niños, a sus 2 ó 5 años, y que hoy son profesionales. Esto produce una felicidad incomparable.

¿Metas inmediatas?

“Dar cobertura total con el Comité a toda Antioquía; seguir luchando por la igualdad de oportunidades para los discapacitados”.

¿Qué no ha podido lograr?

“Tengo dos sueños sin cumplir: una aldea para unos 200 niños abandonados y limitados que hay en nuestro medio y un lugar campestre para que los ancianos discapacitados puedan pasar hasta sus últimos días teniendo dignidad y autonomía”.

¿CÓMO CALCULAR SUS COSTOS?

Este título es el nombre de una nueva publicación del Centro de Gestión hospitalaria, escrita por Sergio Castaño Convers. Se trata de una guía para

BIBLIOGRAFÍA SOBRE GESTIÓN

El Centro de Gestión Hospitalaria aprovecha las páginas de EL PULSO para ofrecer a todo el sector salud sus servicios de consulta de materia bibliográfica y búsquedas bibliográficas

profesionales de la salud que busca desmitificar de una manera didáctica las bases del cálculo y análisis de costos. Algunos temas: ¿Qué son los y cómo operan? ¿Me sirven tarifas y los precios que me pagan? ¿Cuánto debo facturar para no perder?:

impresas sobre temas de gestión, calidad y administración en salud. Fax 6161794; E- mali: cghosp @ cable.net.co en Santafé de Bogotá.

EL PULSO

-----10-----

Gestión _____ -

¿Qué está pasando con los hospitales?

La evasión del Estado el régimen subsidiado, superaría los \$600 mil millones

Por Manuel Camacho
Sergio Castaño y Henry Gallardo

Centro de Gestión Hospitalaria

El Sistema de Seguridad Social propuesto por la Ley 100 de 1993 planea una transformación en la forma de entregar y utilizar los recursos del Sector Salud.

Tradicionalmente los hospitales públicos hacían un recuento de sus gastos anuales, le agregaban la inflación y tenían listo el presupuesto para el año siguiente, independiente de su eficiencia.

La ley plantea una transformación de estos recursos de “oferta de servicios” a un pago por “demanda de servicios”, en el cual no se le dan los recursos al hospital sino a cada persona (en manos de una Empresa Promotora de Salud), con lo cual los hospitales recibirán solo los recursos relacionados con la atención y servicios que presten, buscando con ello que se preocupen por aumentar sus servicios, mejorar su eficiencia y ser así más productivos, entendiendo productividad como el bienestar total realmente generado a los usuarios y como lo que tradicionalmente se ha pensado: número de pacientes y procedimientos realizados.

DEL DICHO AL HECHO

En el papel aquello se ve perfecto; sin embargo, el proceso de práctica ha sido dispendioso, lleno de dificultades y algunos errores por parte del sector público (tanto el responsable de las normas como el prestador de servicio), el cual ha sido sobre todo carente de liderazgo y articulación.

Veamos 4 escenarios concretos que ilustran lo anterior:

- 1. En cuatro años, el Ministerio de Salud ha dado “bandazos” y cambios de orientación. El primer ministro del cuatrienio no nombró temporalmente su director de Seguridad Social y dio varias señas equívocas en contra de la ley (como por ejemplo, permitir que los servicios territoriales se convirtieran en EPS transitorias sin arrancar con el régimen subsidiado). Además, aprobó una nivelación salarial que no podía financiar y que comprometió la autonomía de las nacientes empresas sociales del Estado.
- 2. Para que los hospitales reciban recursos es importante que la gente se sirva de ellos a través de una aseguradora (es decir se afilien al régimen subsidiado) y así las personas puedan acceder a los servicios de salud. El régimen subsidiado no arrancó hasta 1996, entre otros por el papel transitorio que asumieron los antes territoriales, y por la evasión de los aportes por parte del Estado, hecho que se formalizó con la ley 344 de 1996, que recorta los aportes del Estado a sólo un 25% de lo planeado (y que aún así en 1997 tampoco cumplió).
Si se comparan los aportes hechos por el Estado contra lo planeado por la Ley, la evasión estatal superaría los \$600.000 mil millones (constante 1998) (1).
Sin embargo, no todo es problema del gobierno Central. Los alcaldes, en la mayoría de los casos, (en los años de 1996 y 1997) desviaron y atesoraron recursos de obligatorio uso en el subsidiado, para financiar otros campos. Así mismo, muchos contratos con las ARS, y ESS han tenido problemas de corrupción y fallas de entrega de carnet para los beneficiarios.
- 3. Aquí vale la pena explicar un problema más profundo que vislumbra en torno los “beneficiarios”. La ley 100 plantea un sistema de “Seguro de Salud Subsidiado”, para las personas de más bajos ingresos. Sin embargo, esto sólo soluciona la barrera económica para acceder a los servicios. Existen otras barreras de acceso que deben ser consideradas, dado que el objetivo es que las personas usen racionalmente los servicios.
Estas barreras se superan con la creación de conciencia y generación de una cultura de derechos y deberes; la superación de las barreras culturales (de lenguaje y costumbres, etc.) la consideración de las barreras geográficas y de la distribución de los servicios, etc.
Es decir que para que fluyan más recursos hacia los hospitales se debe hacer un trabajo integral. Se debe identificar y trabajar en las otras barreras que tienen las personas para acceder; es fundamental que el Estado cumpla con sus aportes; que las alcaldías gestionen adecuadamente y con alto grado de responsabilidad social, el sistema local de salud.
- 4. En el interior de los hospitales públicos hay varios problemas, casi todos relacionados con una baja responsabilidad de gestión, una preparación insuficiente de su personal administrativo y climas organizacionales inadecuados, asociados por la poca libertad de acción (coartados por la planta de personal intocable y el poder de los lobbies locales, entre otros).
La raíz de todo esto puede estar en la expectativa de que la ley sea reformada (idea promovida incluso desde algunos sectores oficiales) y en la cultura de trabajo que se traía, en la cual el Estado pagaba las quiebras de salud por ser un “sector social”.
El otro gran problema, que es el que más afecta a los hospitales privados, radica en la ineficacia administrativa de las EPS públicas (las cuales pueden tener más del 70% de la cobertura del sector contributivo) y que hace que sean pagadores irregulares.
El ISS, principal contratista del contributivo, no tiene estudio de costos, y sus esquemas de provisión de servicios son inadecuados e incontrolables, con unos costos administrativos que superan el 26% lo que hace que tenga una pérdida acumulada de recursos en los últimos 3 años, que supera los 500 mil millones de pesos (el doctor Juan Pablo Uribe con base en el estudio de la OIT la calculó de más de \$40 mil por afiliado) (2). Este inmenso déficit hace que el sector hospitalario “financie” al ISS (en un porcentaje importante) y esto a su vez con los proveedores, poniendo al sistema en riesgo de colapso financiero.

(1) Cálculos de los autores)

(2) Cita de Juan Pablo Uribe

“El ISS, principalmente contratista del contributivo, no tiene estudios de costos y sus esquemas de provisión de servicios son inadecuados e incontrolables, con unos costos administrativos que superan el 26%, lo que hace que tenga una pérdida acumulada, en los últimos 3 años, que supera los \$500 mil millones.”

¿Y QUÉ HACER?

Los gobiernos centrales y locales, deben comprometerse con mantener el financiamiento del sector salud. Es decir, desmontar la reducción “paripassu” ordenado por la ley 344; garantizar que se paguen cumplidamente los aportes planeados, y que con ellos se afilien nuevos usuarios. Así mismo, promover y hacer una capacitación muy eficiente en gestión integral para las instituciones del sector público.

A la Super le acusa de desarrollar y poner en funcionamiento un sistema de información, y al mismo tiempo ser más estricta en sus sanciones con la EPS y ARS, y velar por que se cumplan los pagos a los hospitales. Los hospitales públicos deben iniciar un plan de austeridad enmarcado en una gestión, un enfoque de identifique procesos fundamentales, que permitan ver integralmente la institución, facturar, controlar los insumos, y monitorizar conjuntamente el funcionamiento buscando mejorar la productividad y la calidad. Lo último es que a todos nos corresponde tener confianza y luchar por un mejor sector salud y si hay una mejor alternativa plantearla. De lo contrario, ayudar en la construcción de este sistemas, que hasta hoy, a pesar de las dificultades, es lo mejor que se ha propuesto.

“Integración de la gestión hospitalaria”

Libro del Grupo de Hospitales y Clínicas de Medellín

El libro “Integración de la Gestión Hospitalaria”, Una experiencia positiva, es una gran novedad literaria para el sector salud, que EL PULSO reseña con enorme satisfacción.

La obra resume la actividades del Grupo de Hospitales y Clínicas de Medellín, “ejemplo singular de concertación e integración gremial” este grupo se empezó a reunir en 1974, con la participación de los directivos de Hospital Universitario San Vicente de Paúl, el Hospital Pablo Tobón Uribe, la Clínica el Rosario, la Clínica Santa María, la Clínica Medellín, la Clínica Soma, la Clínica CES, la Clínica el Sagrado Corazón, el Hospital General de Medellín, la Clínica del Prado, la Clínica San Juan de Dios de la Ceja y la Clínica las Américas. No tiene este equipo humano estructura jurídica, pero ha tenido un moderador y motor desde su primera reunión, Iván Darío Vélez, director del Hospital Pablo Tobón Uribe.

En sus encuentros de cada mes se tratan temas de interés común buscando llegar a un consenso de opiniones y de acciones. Precisamente la obra que acaban de publicar contienen un resumen de las actas de 287 reuniones, desde el 12 de septiembre de 1974 hasta febrero de 1998, organizados por temas y en cada tema se tocan distintos aspectos, con el fin de hacer de ellas un verdadero texto de gestión en el sector salud.

El libro contiene además una información general de las Clínicas y Hospitales que conforman el grupo.

“Creemos, dicen sus editores, Oscar Bermúdez B. Y Bernardo Chica M., que este documento des de verdadero interés para todos los estudiantes de la Administración Hospitalaria, expertos o neófitos, pues en él están consignados los profundos cambios históricos de los hospitales y clínicas en los últimos años.

Para los administradores en general es buen ejemplo de integración gremial, amplia y generosa, dentro de un concepto de alianza estratégica y de adaptación de cambio social e institucional”.

Este texto fue financiado por la Dirección de Salud de Antioquía y los 13 hospitales y clínicas del grupo, a través de la Corporación para Investigaciones Biológicas -CIB-.

EL VINO TINTO AYUDA A PREVENIR EL INFARTO

El vino es un elemento presente en la dieta mediterránea y si se consume con moderación puede tener efectos cardiovasculares beneficiosos, según han comentado a DM Antonio Bayés de Luna, presidente de la Sociedad Internacional de Cardiología de Madrid, que han participado en los congresos sobre Vino y Salud, celebrado en esta ciudad.

EL MONO TRASMITE SU VIRUELA

En los últimos años, los agentes patógenos propios de algunos animales han saltado al hombre, causando epidemias en algunos casos circunscritas a una pequeña zona geográfica y otras veces de escasa magnitud que han alertado a la comunidad científica. Estos casos han llevado a los expertos a reconsiderar actitudes como conveniencia de retomar las campañas de vacunación contra la viruela.

EL PULSO -----11-----

Primera acreditación a un programa de medicina en el país

Por José María Maya M.D.

Decano Facultad de Medicina del CES

El programa de medicina del Instituto de Ciencias de la Salud; CES, se constituyó, para todas las áreas del conocimiento, en el primer programa acreditado en la historia de la educación superior en el país. El ministerio de educación nacional, Jaime Niño Díez, hizo entrega a la institución, en ceremonia realizada en el auditorio del CES, el pasado 17 de julio, de la resolución que lo acredita como “un programa que ha demostrado niveles de calidad suficientes como para que, de acuerdo con las normas que rigen la materia, le sea reconocido públicamente este hecho a través de un acto formal de acreditación”, según concepto del Consejo Nacional de Acreditación.

¿Qué es la acreditación?

Acreditar significa “dar fe”. Entonces, la acreditación es un testimonio ante la comunidad que da el Estado o un agente autorizado por él mismo, sobre la calidad de un programa o institución académica, con base en un proceso previo de evaluación en el cual intervienen la institución, la comunidades académicas y el Consejo Nacional de acreditación. El reconocimiento, la búsqueda y la promoción de la calidad educacional superior son la razón de ser de la acreditación.

Este es un proceso nuevo en el país y con escaso desarrollo en América Latina. Tiene una importante historia en los Estados Unidos, Canadá y Europa. En Colombia se inicia con la ley 30 de 1992 que al organizar el servicio público de la educación superior, creó el sistema Nacional de Acreditación, determinó que ésta sería voluntaria y temporal e evitó a las instituciones de educación superior a acreditar sus programas.

En 1995, el acuerdo 06 expedido por el Consejo nacional de educación Superior, CESU, organismo rector de la educación superior en el país, definió la políticas generales de la acreditación, determinó que el Consejo Nacional de Acreditación estaría compuesto por académicos reconocidos y explícito cada uno de los componentes del proceso.

Constituido el Consejo por 7 académicos de las más altas calidades, se formulan los lineamientos o parámetros para acreditación, esto es, los criterios orientados de la evaluación, los factores de análisis y las características de calidad que deben ser examinadas.

OBJETIVOS DE LA ACREDITACIÓN

Los objetivos de la acreditación son:

- Propiciar el mejoramiento de la calidad de la educación superior.
 - Propiciar la idoneidad y la solidez de las instituciones que presentan el servicio público de la educación superior.
 - Ser un mecanismo para que las instituciones rindan cuentas ante la sociedad y el estado sobre la calidad de los servicios que presentan.
 - Ser un incentivo para que la instituciones verifiquen el cumplimiento de su misión, sus propósitos y sus objetivos.
 - Propiciar el autoexamen permanente de las instituciones y sus programas académicos en el contexto de una cultura de la evaluación.
 - Ser un instrumento mediante el cual el Estado de fe pública d la calidad de las instituciones.
 - Brindar información confiable a los usuarios del servicio educativo.
-

Importancia de la acreditación

Los procesos de desarrollo de los países de América Latina y en particular el momento histórico que vive Colombia, exige de las instituciones de educación superior un compromiso cada vez más fuerte y explícito con el servicio público que brindan y con la función social que cumplen. Es así como la acreditación se convierte en un valor académico y en un medio que las instituciones emplean para hacer visible el modo como asumen sus responsabilidades con la sociedad.

El proceso de acreditación a comenzado en firme en Colombia. Es muy satisfactorio que una entidad educativa antioqueña y de salud, a sido la pionera colocando en alto el nombre de la medicina y la educación paisa.

Es destino de esta importante experiencia de la educación superior dependerá de la profundidad de compromiso de las instituciones con la más altas exigencias de calidad, de la comprensión del proceso como un medio para mantenerse en la búsqueda de la excelencia y del estímulo que el Estado y la sociedad le den a las entidades que hagan el esfuerzo de mantenerse acreditadas.

Salud en Internet

Notas medicas preparadas por José h. Duque Z.

Fuente: Diario Médico de España

web site: www.recoletos.es/dm

PARA PREVENIR MUERTE SÚBITA

Los pacientes que presentan marcadores de elevado riesgo de sufrir muerte súbita arrítmica podrían ser candidatos al implante de un desfibrilador automático antes de que se produzca el primer evento de estas características. El debate es determinar con claridad cuáles son los beneficios y los riesgos y si el coste estaría justificado en estos casos, según Antonio Asso, del Hospital Miguel Servet, de Zaragoza.

UTILIDAD DEL ACEITE DE OLIVA

Un grupo de investigadores del Hospital Reina Sofía de Córdoba llevará a cabo el primer ensayo clínico controlado sobre el afecto de dieta mediterránea, rica en aceite de oliva, en la reducción del riesgo coronario en pacientes con cardiopatía isquémica, comparado con la dieta baja engrasas que proponen los especialistas del ámbito científico anglosajón.

ENFERMEDADES CARDÍACAS ENTRE HERMANOS

Los hermanos de la persona s afectadas por enfermedades cardíacas antes de los 60 años de edad tienen mayor riesgo de sufrir de hipertensión arterial y procesos cardíacos que la población general, incluso aunque no sean hipertensos, según un estudio publicado en el último número de la revista Hipertensión por un equipo de científicos dirigido por Lisa Yanek, de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore, en Maryland, Estados Unidos.

LA DEPRESIÓN MASCULINA INCREMENTA LA ENFERMEDAD CORONARIA

Los hombres con depresión clínica tienen dos veces más posibilidades de desarrollar enfermedad coronaria que los no depresivos. “ La depresión clínica parece ser un factor de riesgo independiente de enfermedad coronaria, incluso varias décadas después del primer episodio”, comenta Daniel E. Ford, profesor de Epidemiología de la Universidad John Hopkins, en Boltimore, que ha coordinado un estudio que se publicó recientemente en Archives of Internal Medicine.

PREVENCIÓN DE TROMBOEMBOLISMO PULMONARES

La enfermedad tromboembólica venosa y , en concreto, la embolia pulmonar continúa siendo la principal causa de muerte evitable en los hospitales. En las últimas décadas se ha avanzado mucho en la prevención, pero aún mucho en la prevención, pero aún quedan pacientes con trombosis venosa profunda muy resistentes que requieren un cambio de estrategia terapéutica, según Juan Ignacio Arcelus, que ha participado en un congreso sobre el tema en Barcelona.

PRESIÓN SISTÓLICA ALTA PRESENTA MAYOR RIESGO DE MORBI - MORTALIDAD

El aumento en las cifras de presión sistólica o máxima representa un mayor riesgo de morbi – mortalidad que las de la presión diastólica o mínima. De hecho, su pronóstico es peor, ya que causa más daño sobre los órganos diana de la hipertensión (cerebro, corazón, riñón y sistema vascular) y es una importante causa de hipertrofia ventricular izquierda, produciendo también más repercusión renal y muerte súbita.

EL USO DE COCAÍNA PRODUCE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL

El uso de cocaína provoca la contracción de los vasos sanguíneos cerebrales, además de problemas en el proceso cognitivo y trastornos en el proceso del pensamiento y de memorización, según han demostrado por primera vez científicos del Hospital McLean y de la Escuela Médica Harvard, en Boston.

CUMPLEAÑOS

DEL HOSPITAL LA MARÍA

El Hospital La María está celebrando sus 75 años el 17 de septiembre es la fecha clásica. EL PULSO expresa su reconocimiento a este fructífero centro asistencial que trabaja, como ellos lo expresan, “con amor por la vida” y se une con todo el sector salud para darle un aplauso.

EL PULSO

-----12-----

Unidos, para exportar servicios de salud

Fue creada en Medellín la Unidad Exportadora de Servicios de Salud, dispuesta a demostrar, más allá de los límites del país, que la capital paisa tiene mucho que decir y ofrecer, cuando de servicios de salud de primera calidad se trata. Esta Unidad fue conformada por 6 clínicas y hospitales de la ciudad: La Clínica Cardiovascular Santa María, la Clínica del Prado, la Clínica las Américas, el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, el Centro de Diagnóstico de Alta Tecnología Médica– I.A.T.M.- y la Corporación para Investigaciones Biológicas – C.I.B.-

Tales entidades, apoyadas por el Fondo Mixto de Promoción Turística de Medellín y Antioquía, está promocionando a Medellín en el exterior como toda una capital de la salud. Tal propósito está ahora focalizado en Panamá y Aruba, países escogidos para iniciar estrategia de mercado de servicios de salud paisas.

AYUDAR A COMPETIR

La filosofía de trabajo es no competir con otras entidades de salud de los países objeto, sino ofrecer lo mejor de la prestación de servicios de salud en Medellín, a precios competitivos y sobre todo, llenando vacíos existentes. Así mismo, las 6 entidades agrupadas para tal propósito, definieron sus fortalezas, para que cada una ofreciera productos en áreas distintas y algunas veces complementarias.

En esta fase de arranque ya se han realizado vistas de reconocimiento y acercamiento en los mercados señalados y la conclusión es que, si bien hay mucho por hacer, hay buena receptividad y un público potencial significativo.

Hospital San Vicente de Paúl

Mención especial como empresa con mejor proyección social

La cámara Junior de Colombia, capítulo Antioquía, otorgó al Hospital Universitario San Vicente de Paúl una mención especial como empresa con Mejor Proyección Social del país, en la decimotercera versión de este concurso.

Esta organización otorgó el gran premio a la firma Manuelita S.A. e igualmente concedió dos menciones para Cementos Río Claro S.A. y la Cooperativa lechera de Antioquía.

El acta del Jurado señala respecto al Hospital que, esta entidad, sin ánimo de lucro con sus recursos limitados ha hecho accesible la medicina de alta tecnología a sectores populares de la población, para que cuenten con un tratamiento especializado.

El jurado estuvo integrado por Ignacio Espinosa de la OTI, Silverio Gómez de Portafolio de El Tiempo y Ricardo Correa de la Andi.

Los Galardonados

La motivación para otorgar a Manuelita S.A. el gran premio fue centrada en los esfuerzos de la empresa por el desarrollo integral de los trabajadores, la creación de empresas asociativas, el ofrecimiento de educación a los hijos y esposas de los trabajadores, el aporte permanente al desarrollo de obras sociales para los sectores de

escasos recursos, el mejoramiento de obras de infraestructura, la generación de empleo directo e indirecto y su visión global de desarrollo sostenible, todo lo cual “es muestra de una gestión social planeada y reflejo de que el cumplimiento de su responsabilidad va más allá de las obligaciones legales y laborales”.

Al otorgar este premio La Cámara junior tuvo en cuenta los siguientes criterio: continuidad en la política social de las empresas; el esfuerzo voluntario de ellas para asumir la responsabilidad social más allá del cumplimiento de las obligaciones legales; su contribución al desarrollo integral del hombre; el impacto social de la empresa y la contribución voluntaria de las empresas a la conservación del medio ambiente.

Felicitaciones EL PULSO para el Hospital como empresa galardonada del sector salud y para las demás entidades premiadas.

¡ MÁS CUIDADO!

La Dirección Seccional de Salud y Metrosalud iniciaron en este mes de septiembre una profundización de conocimientos con personal de salud, en cuanto al manejo del dengue. Ambas entidades hacen un llamado para que se cumplan los protocolos de manejo.

EL PULSO

-----13-----

Piden autoridades de salud

Cumplir el protocolo de manejo del dengue

El dengue es una enfermedad febril aguda que se caracteriza por un comienzo repentino con fiebre que dura de tres a siete días, cefalalgia, dolores retrooculares, articulares, musculares y en ocasiones exantema máculo papular.

Las complicaciones son excepcionales en el dengue clásico y consisten principalmente en convulsiones, trastornos de conciencia y trastornos motores.

Una variedad grave es el dengue hemorrágico que se caracteriza por los mismos síntomas descritos, más la presencia de hemorragias principalmente en la piel, mucosas y tracto gastrointestinal, trastornos de la coagulación, trombocitopenia y aumento de la permeabilidad capilar. Puede llegar a presentarse acidosis, coagulación intravascular diseminada y hemorragias masivas.

El síndrome de choque es la forma más grave de dengue hemorrágico y se caracteriza por signos de falla circulatoria aguda que se suman a los hallazgos descritos. La letalidad varía entre el 1 y el 50%, dependiendo principalmente de la accesibilidad, la oportunidad y la calidad de la atención.

La enfermedad se transmite por la picadura de un mosquito infectado (*Aedes aegypti*) y un huésped susceptible.

El período de incubación es de 3 a 15 días; generalmente de 4 a 8 días.

Se transmite de persona – mosquito – persona. Los enfermos son infectados para los mosquitos desde el día anterior al comienzo de la enfermedad y hasta el 5º día de ésta. El mosquito se vuelve infectante de 8 a 11 días después de alimentarse con sangre infectada y continúa siéndolo durante toda su vida.

DEFINICIONES OPERATIVAS

Caso probable de dengue clásico:

Paciente que presenta cuadro febril agudo acompañado de algunas manifestaciones: cefalea, mialgias, dolor retroocular, artralgias y en algunos casos presencia de exantema o alguna manifestación hemorrágica.

Caso confirmado de dengue clásico:

Es un caso probable a quien se le detecta:

- Cualquier título de anticuerpos IgM contra el virus del dengue, o
- Títulos de inhibición de hemaglutinación mayores o iguales a 1: 1280 en cualquier muestra (aguda o convaleciente) o
- Alza cuádruple (dos soluciones) en los títulos de inhibición de hemaglutinación entre la muestra en fase aguda y convaleciente.
- Aislamiento viral positivo en suero.

Caso probable de dengue hemorrágico:

Paciente que presenta los cuatro criterios siguientes:

- Cuadro febril agudo que puede acompañarse de cefalea, mialgias, artralgias y en algunos casos exantema.
- Alguna manifestación hemorrágica o prueba de torniquete positiva.
- Alteraciones en la coagulación que se manifiestan por el recuento de plaquetas igual o menor de 100.000 por milímetros cúbico.
- Hemoconcentración: la cual se demuestra por aumento del hematocrito mayor o igual a un 20% comparado con uno normal tomado antes o después (4-5 días) del inicio de la sintomatología o una relación Hto/Hb mayor o igual a 3.5 o presencia de derrames serosos (pleural, peritoneal) o signos de choque o hematocrito superior a 48.
- El aumento del hematocrito se debe documentar realizándolo al momento del diagnóstico y con controles cada 6 horas en los pacientes con signos de shock y una vez al día para el resto.
La prueba del torniquete se realiza con un tensiómetro, colocándolo en el punto medio entre la presión

sistólica y la presión diastólica del paciente, se deja por 5 minutos y luego se cuentan las petequias. La prueba de recuento de petequias mayor de 20 en un cuadrado de 2.5 centímetros de lado se considera como positiva. Un caso confirmado de dengue hemorrágico es un caso probable con confirmación de laboratorio

Un caso compatible de dengue hemorrágico es un caso probable de este, sin confirmación de la infección viral por laboratorio o con resultados no concluyentes.

EL PULSO -----14-----

Cultural

Una vida de aventura por las palabras

Homenaje a Manuel Mejía Vallejo
(Jericó 1923 – Medellín 1998)

Por Augusto Escobar Mesa

Universidad de Antioquía

Nada hay en el novelista que haya pasado por el crisol de la imaginación, remarcaba Henry James en 1907 y esto pudiera aplicarse a Manuel Mejía Vallejo: en su mundo imaginario tuvo asiento una realidad que por lo desbordante rompió la fronteras de lo real. Su obra fue mirada solícita a tiempos que se ahincaron definitivamente en la memoria y puerta de escape de ese mundo real que se abrió paso a empellones, mediante un lenguaje que lo identifica en el concierto de la literatura colombiana y latinoamericana, y se hace partícipe a los lectores con historias de seres humanos y acontecimientos que parecieran brotar de una fuente inagotable: de la vida asomada siempre al borde de la muerte. por la pasión de una entereza por la vida, pero desesperanzada que impide su reconciliación con el mundo y consigo mismo, lo que les reserva, casi desde su nacimiento, una naturaleza trágica que hará resaltar su singularidad y también su vocación de hundimiento.

75 AÑOS DE VIDA INTENSA

En sus 75 años de intensa vida, vivida y 51 de escritura sin pausa, esta no fue una cosa distinta para Mejía Vallejo que ejercitar esa otra manera de vivir y de comunicarse, que no es más que la expresión del deseo de permanencia en el tiempo a través de la memoria colectiva.

Sus numerosos textos publicados: 11 novelas, 209 cuentos y relatos, 575 poemas, 19 ensayos y conferencias, 28 prólogos, 81 artículos en revistas y periódicos, 38 entrevistas y reportajes, 13 audiovisuales y un sin número de materiales inéditos y aún no registrados, están plagados de demonios interiores, de fantasmas personales y son el testimonio de su lucha ante un mundo con sentido de arrasamiento total. En ellos y desde ellos, combatió el Maestro ese sentimiento de desaparición que lleva el hombre consigo mismo buscando afianzar una conciencia en los otros de que la muerte del autor no es la muerte de la obra, sino la garantía de su presencia en la tierra.

Pocos escritores han dedicado tanta vida a un oficio como él, cual es el de magnificar la palabra, que no significa única y exclusivamente sublimación de la misma. Mejía supo inventarla, recuperarla con nuevo aliento, obligarla a su absoluto arbitrio, rebujarla hasta lograr de ella sus más inusitados y recónditos sentidos. Desde la novela “La tierra éramos nosotros” en 1945, publicada en medio del escándalo hace 53 años, hasta “Los invocados”, 1997, Mejía Vallejo no transigió ni un instante en liberar las palabras de su caja de Pandora. Jugó con ellas a las mil y una posibilidades y lo siguió haciendo hasta que el último soplo del olvido abrió el cerrojo y dejó entrar la que fue su más próxima y cómplice vecina y ahora su compañera inseparable: la muerte.

UN TOQUE DE DISTINCIÓN A LA VIDA

Este encantador de las palabras y las cosas, le dio un toque de distinción a la vida menuda que pasa intrascendente para nosotros, los seres cotidianos, y mientras hoy se nos descubre la vida de nuevos seres en la relectura de sus novelas, cuentos y poemas que se solazan con el pasado, nosotros festejamos a esos recién venidos por ser portadores de un aire que trascenderá la huella del maestro.

El maestro de Jericó declinó a toda actividad pública como dedicación y a cualquier ejercicio del poder por que ganar, como él decía, era vano empeño; ganar no pasa de ser más que una brega por la soberbia, por el efímero reconocimiento, ilusión que brilla fugazmente, porque un poco más allá de ese poder, la realidad es otra, la de la continua verdad, espejo de nuestros actos que no mienten.

Mejía Vallejo permaneció ajeno a todos los ajetreos de la fama – teniéndola toda – para recluirse solitario en su santuario de Ziruma, rodeado de innumerable prole: los fantasmas vivos del pasado.

Desde allí se dedicó a las únicas actividades a las que ha sido fiel: la literatura, la amistad y a ser maestro de los jóvenes que inició en el oficio más arduo y solitario: el de la imaginación. A casi todo renunció, menos a las palabras, esas hechiceras que una vez, a los veinte años, lo embrujaron y no lo liberaron jamás.

Museo de Antioquía: A la altura del reto

Por Pilar Velilla, directora

Especial para EL PULSO

No es posible avanzar hacia el futuro sin reflexionar en el pasado, muchos menos frente al reto del nuevo siglo y de insondable y vaticinado milenio. Pero, al mismo tiempo, ya no asombran tanto los vertiginosos cambios del mundo moderno, ni los alcances tecnológicos presentados por la más codiciosa ciencia ficción. Estos dois extremos nos enfrentan a la importancia de reconocer el pasado, mientras encaramos el ritmo y el desafío de los nuevos tiempos. Los museos no escapan al reto y deben replantarse hasta sus cimientos y el Museo de Antioquía no podía quedarse al margen de los acontecimientos. Desde hace más de un año la institución comenzó a mirarse a sí misma y después de una reflexión autocrítica y valiente, surgió una lista de preocupantes realidades: el Museo no está en capacidad de prestar el servicio

para el que fue creado; permanece anclado en la década del 40 mientras las exigencias culturales de la región han crecido descomunadamente y la ignorancia abre espacio a la más absurda violencia; la entidad trabaja para una sociedad sin apego, hábito ni cultura de museo; no cuenta con el espacio adecuado; su ubicación lo expone a los efectos de graves problemas sociales que a corto plazo no está en sus manos solucionar y las tendencias de las nuevas políticas estatales, no paternalistas, lo sometieron a una permanente ausencia de recursos hasta ponerle la etiqueta de entidad mendicante e imposibilitada.

¿QUE HACER ENTONCES?

Replantearse conceptualmente; adaptarse a los nuevos tiempos y a las crecientes necesidades de la población; crecer física e intelectualmente; equilibrar su manejo entre una completa, consciente y comprometida acción intelectual y una gerencia moderna, competitiva y eficiente, conseguir el espacio y la ubicación adecuadas y, sobretodo, exigir a los gobiernos Nacionales, Departamental y Municipal, el cumplimiento de la ley que los obliga a proteger el patrimonio cultural, acrecentarlo y ponerlo al servicio de la educación.

Solo de esta manera el Museo de Antioquía estaría preparado para enfrentar el reto de un futuro que le pisa los talones y de una comunidad afectada por las enraizadas injusticias sociales cuyas soluciones competen a todos, incluidos los museos.

Su preocupación y su lucha está en convertirse en un Centro Cultural Multifacético, con espacio para todas las bellas artes, vital, entretenido, capaz de acoger las más modernas tecnologías y tendencias culturales, mientras guarda y divulga la historia. Un museo interesado en la investigación de colecciones y fenómenos culturales, pero simultáneamente con toda su curiosidad abierta hacia un presente-futuro innovador y cada día más revolucionario, con la versatilidad suficiente para detenerse en la comprensión histórica, sin dejar de avanzar hacia el mañana.

¿QUE PASA CON LOS GOBERNANTES?

Los últimos acontecimientos generados por el Alcalde de Bogotá quien tuvo el oportunismo y buen tino de tomar un ofrecimiento al que Antioquía había desdeñado por más de un año; la indolencia de unos gobernantes que no dieron la importancia a una donación del más importante artista colombiano de todos los tiempos ; la indiferencia de una empresa privada preocupada por sostener un bajo perfil en un lugar enarbolar una valiente responsabilidad social; la determinación de muchos empresarios de no involucrarse en la discusión , posiblemente por el temor a comprometer sus bolsillos y, finalmente, la natural indiferencia de una sociedad civil a la que se le ha negado, como tantos otros, el derecho a la educación completa, nos llevaron a perder una oportunidad de tener el centro cultural que necesitamos y merecemos, hecho que será mirado con una imborrable negligencia que la historia juzgará.

Sin embargo, no todo está perdido y parte de esta donación sigue en pie, esperando por la capacidad de nuestros actuales gobernantes de ponerse a la cultura del reto. Ahora el museo dejo de hablar de ladrillos, de edificaciones o lotes, para dedicarse al replanteamiento intelectual, hasta convertirse en el Centro Cultural que necesita Antioquía, no importa el lugar que finalmente se le destine; lo importante será su utilidad social.

Museo de Antioquía 117 años

Un espacio para vivir la cultura

Por Carlos Velásquez
Comunicador

Medellín, ciudad mundial de la salud, industria, el comercio, las flores, los congresos y otras tantas fortalezas de igual importancia, también lo es de las artes. En ella se encuentran el Museo de Antioquía, la institución cultural más importante del departamento y la segunda del país, porque su colección de pinturas, escultura y obra gráfica, cuenta los últimos 400 años de la historia del arte del departamento y gran parte de la evolución

del arte nacional. La ciudad ha crecido con el afán de sus habitantes por encontrar la satisfacción a sus necesidades actuales y dentro de esas necesidades se cuentan las culturales, que son a la vez urgencias del espíritu de una comunidad que en los últimos años no ha vivido sus mejores momentos, pero que igualmente se apresta a superar sus dificultades.

CENTRO CULTURAL

Por esta razón, y como una exigencia del milenio que se acerca, el museo orienta hoy todos sus esfuerzos a la construcción del gran Centro Cultural Museo de Antioquía, un proyecto abierto a toda la comunidad, para que disfrute de las artes.

Para lograr sus objetivos, el museo de Antioquía de hoy y el futuro Centro Cultural, se disponen como un escenario más para que la comunidad local, nacional e internacional, observe, estudie, investigue y, principalmente, se entretenga y disfrute sanamente. El proyecto Centro Cultural Museo de Antioquía, incluirá servicios integrales con el objeto de propiciar un adecuado acercamiento en el que miden las artes como una vía para la sensibilización y el logro de unas relaciones más cordiales para la civilidad.

Queda entonces abierta la invitación para que desde ya la comunidad se acerque al Museo de Antioquía; en él se encuentra la colección más importante del arte antioqueño, desde los primeros pintores del departamento, hasta los artistas más actuales más representativos, como el maestro Fernando Botero, de quien la institución posee la colección más completa e importante en todo el mundo.

ESTE ESPACIO ES SUYO

Esta página, reporta un caso clínico que el Hospital Universitario San Vicente de Paúl quiere compartir con los lectores. Hace referencia a una entidad de muy escasa ocurrencia: la miasis cerebral y algo más novedoso aún: el tratamiento utilizado. Este espacio está abierto a todos los profesionales del sector salud que deseen compartir con sus colegas

EL CASO

El comité Editorial de El pulso invita las entidades y personas del sector salud a remitir los casos que considere de interés por su novedad científica en cualquier área o porque aporten ideas para el mejor desempeño profesional o empresarial.

El Caso

Miasis cerebral tratada con éxito con Ivermectina

Caso 1

Paciente de 26 años, masculino, procedente del área rural de Necoclí (Antioquia) quien consultó por múltiples heridas penetrantes por arma cortocontundente a nivel del cráneo superior izquierdo. Recibió manejo quirúrgico consistente en desbridamiento esquilectomía, tratamiento de la meningitis bacteriana asociada. 28 días después se observó un fungus cerebral y la presencia de larvas, por lo cual fue llevado a cirugía para resección de fungus y extracción mecánica de las larvas. En el acto quirúrgico se evidenció una manifestación masiva por larvas del parénquima cerebral.

Se identificaron larvas *Cochliomyia hominivorax* de cuarto estadio por lo que se inició el manejo con ivermectina 20 mg subcutáneos c/24h, por 3 días, dexametasona 4 mg, intravenosos c/12 h. Por tres días y antibióticos.

Después del tercer día de tratamiento se observó salida de larvas y no se presentaron reacciones secundarias atribuibles al uso de ivermectina. El paciente fue dado de alta después de terminar el tratamiento antibiótico para la infección bacteriana.

Caso 2

Agricultor de 20 años procedente del área rural de Remedios (Antioquia) a quien se le había realizado hacía 3 años una craneotomía para drenaje de hematoma; dos años después empezó a presentar secreción purulenta por la herida quirúrgica u una semana antes de la consulta noto presencia de larvas en la herida; refería además cefalea y somnolencia. El examen físico demostró una herida frontal derecha con drenaje purulento fétido y masiva infección de larvas. Se realizó una tomografía cerebral con medio de contraste donde observó captación leve cortical y subcortical subyacente al sitio de la craneotomía.

El paciente recibió ivermectina 10 mg, subcutáneos en dosis única y fue llevado a cirugía para desbridamiento del tejido necrótico. Se identificaron larvas *Cochliomyia hominivorax* de cuarto estadio. Durante el posoperatorio se evidenció miasis activa por la herida quirúrgica y el desarrollo de un fungus cerebri, por lo que el paciente fue reintervenido. Nuevamente recibe ivermectina 10 mg, subcutáneos en dosis única, esteroides y antibióticos sin presentarse reacciones secundarias. Después de la segunda dosis de ivermectina no se observó salida de larvas por la herida quirúrgica. Una vez terminado el tratamiento para la infección bacteriana, fue dado de alta.

Por Rafael Valderrama

Ingeniero agrónomo y entomólogo, departamento de microbiología y parasitología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia; médico Jorge William González, profesor de la sección de neurocirugía del Hospital Universitario San Vicente de Paúl y Juan Mario Franco, residente del 5° año de neurocirugía en el mismo centro asistencial.

Resumen

La miasis cerebral es una infestación de parénquima por larvas de moscas que produce sintomatología dependiendo de la intensidad y localización de estas. No es una enfermedad frecuente en humanos. Varias especies de moscas pueden causar miasis cerebral; sin embargo, en nuestro medio la manifestación más

frecuente es por *Cochliomyia hominivorax* y está estrechamente relacionada con una herida abierta o infección acompañada de secreción purulenta que atrae las moscas adultas. El tratamiento incluye la cirugía o la quimioterapia.

La ivermectina es un macrólido de amplio espectro antiparasitario de uso veterinario, utilizado experimentalmente en humanos en el tratamiento de la oncocercosis, la pediculosis y la escabiosis humana.

En este caso que hoy se publica en EL PULSO se reporta por primera vez la utilización exitosa de la ivermectina en el manejo de dos casos de miasis cerebral.

INTRODUCCIÓN

La infestación de tejidos por larvas de moscas se denomina miasis (1). La miasis cerebral es causada por larvas de moscas que desovan directamente en heridas úlcera de la piel de animales o del hombre como ocurre en *Cochliomyia hominivorax*, o que son transportadas por mosquitos u otros artrópodos hematófagos como en el caso de *Dermatobia Hominis*, *Cochliomyia hominivorax* es la especie más importante que produce este tipo de miasis en América tropical(2); las moscas muestran una gran atracción por cualquier tipo de herida abierta, en donde depositan sus huevos. Las larvas se alimentan de tejido vivo mamíferos, que por acción mecánica del y por la acción proteolítica de las enzimas salivares, extienden las heridas de manera considerable (3).

En nuestro medio la consulta por invasión al parénquima cerebral no es frecuente; la letalidad es menor del 10% y por lo general se debe a lesiones del sistema nervioso (4). No se conocen medicamentos para el tratamiento de la miasis cerebral aprobados para su empleo en humanos; los compuestos comerciales con acción larvicida son de uso veterinario.

Para definir el manejo adecuado de la miasis se debe tener en cuenta el tipo, la localización y el estado de las lesiones, el tiempo de evolución, las infecciones agregadas y el estado del paciente (5).

DATOS CLÍNICOS

En los últimos cinco años, se han avaluado dos pacientes con miasis cerebral en el servicio de neurología del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín.

Discusión

La infección masiva de tejidos por larvas de *Cochliomyia hominivorax* ocurre de forma activa, cuando las moscas adultas atraídas hacia el hospedero por secreciones purulentas o por otros estímulos odoríferos, desovan sobre las lesiones (5). La invasión al cerebro puede ser concomitante con miasis al oído o nasofaríngea (8.9) o como en los casos relatados, a exposición directa del tejido cerebral por trauma.

La ivermectina tiene potente actividad contra varias especies de nemátodos, garrapatas e insectos que parasitan a los animales domésticos, de uso frecuente en la medicina veterinaria (10.11). Se absorbe adecuadamente después de la administración oral o subcutánea, siendo más eficaz su absorción por esta última vía. Se excreta principalmente en las heces y un pequeño porcentaje por la orina (10).

Aún cuando no se ha establecido claramente el mecanismo de acción, se considera que induce parálisis en artrópodos parásitos de animales (miasis, escabiosis, pediculosis) y en nematodos causantes de filariosis (oncocercosis, elefantiasis) por bloqueo en la neurotransmisión mediada por el Ácido Gama Butírico (GABA)

La eficacia y tolerancia de la ivermectina en humanos se evaluó por primera vez en 1982 para el tratamiento de la oncocercosis en 32 pacientes de Senegal, demostrándose que el número de microfalias se redujo con una sola dosis de 30 a 50 microgramos/Kilogramo, sin efectos colaterales importantes (12). En 1991 se realizó el primer estudio de campo del efecto de la ivermectina sobre etoparásitos humanos en niños de la sierra Leona (Africa), afectados también por oncocercosis, encontrándose que en una dosis normal de 100 a 200 microgramos/Kilogramos tuvo un efecto significativo en la reducción de la pediculosis y escabiosis noruega en individuos HIV +/SIDA y en individuos no afectados por esta patología, a una dosis de 200 microgramos/Kilogramos, comprobándose su eficiencia (14).

Se han notificado algunos aspectos colaterales asociados al uso de la droga, tales como reacción tipo Mazzoti, prurito, edema facial, y edema de miembros inferiores (12) que no se observan en los casos presentados.

DOSIS

La dosis utilizada en el primer caso fue de 800 microgramos/Kilogramos por vía subcutánea dividida en tres dosis; la dosificación fue abierta teniendo en cuenta los parámetros de uso veterinario, la respuesta de paciente, el tamaño de las larvas, comparado con el tamaño de una microfilaria, y la severidad de la infestación.

En el segundo caso se utilizó una dosis de 300 microgramos/Kilogramos por vía subcutánea dividida en dos dosis, teniendo en cuenta los mismos parámetros que se aplicaron en el primer caso, observándose la erradicación completa de larvas en ambos pacientes.

Se supone que las larvas una vez mueren son reabsorbidas por el organismo. Aún desconocemos si esa reabsorción genera un proceso alérgico, pues en los dos casos referidos los pacientes recibieron concomitantemente esteroides por vía sistémica.

Bibliografía

1. Nting W B, Parish L C. Myiasis and similar invasions in: cutaneous infestation of man and animals. New York: Praeger, 1983; 365-369.
- 2.2 Tannahill FH, Coppedge JR, Wendell J. Screw – Worm (Diptera: Calliphoridae) Myiasis on Curazao. Reinvasión After 20 years, J Med Entomol 1980; 17: 265-267.
- 3.3 FAO. The Newworld Screwworm Eradication Programme. North Africa. 1968 – Roma: FAO, 1992;16-30.
- 4.4 Schreiber M, Scheknen N, Sampsel J, Human Myiasis. JAMA, 1964, 188:828-829.
- 5.5 Valderrama R. Miasis en Humanos. Latreia, 1991;4(2): 70-8-.
- 6.6 FAO. Erradicación del gusano barrenador del Ganado. Mayo 1992;4-5.
- 7.7 Harwood R.F. James M.T. Entomology in human and animal health. New York: Macmillan, 1979; 296-318.
- 8.8 Sharma H, Davaly D. Agarwal sp. Nasal myiasis: review of 10 years experience. J Laryngol Otol 1989;103:489-491.
9. Duque C, Marrugo G, Valderrama R. Otolaryngology Manifestation of myiasis. Ear Nose Throat J 1990; 69:619-622.
10. Campbell WC. Ivermectin: An Update. Parasitol Today 1985; 1(1): 10-16.
11. Jackson H C. Ivermectin as a systemic insecticide. Parasitol today 1989; 5(5): 146-156.
- 12.12. Aziz M A, Diallo S, Diop I M et al. Efficacy and tolerance of ivermectin in human onchocerciasis. Lancet 1982; 2:171-173.
- 13 Dunne CL, Malone C J and Whitworth JA G. A Field Study of The effects of ivermectin on ectoparasites of man. Trans Roy Soc Trop Med Hyg 1991;85(4): 550-551.
- 14.14. Taplin D, Meiking T.L. Scabies and Lice: an update for the 90s. University of Miami School of Medicine August 3; 1994 8 p. 15. Couland J P, Lariviere M, Aziz M A et. AL. Ivermectin in onchocerciasis. Lancet 1984;II (8401): 526-527.

PARA REFLEXIONAR

“ La crisis ambiental está señalando los límites y los peligros de una cultura autónoma, establecida con independencia de las leyes que han venido construyendo los sistemas vivos durante millones de años. La perspectiva ambiental necesita una nueva filosofía que defina con claridad la ubicación del hombre dentro del sistema natural y que establezca de nuevo los límites de la libertad.”

(Augusto Ángel Maya, “ Reflexiones sobre el Derecho, la filosofía y el medio ambiente” en Derecho y Medio Ambiente, Santafé de Bogotá, Editorial Presencia, Fescol, Cerec, 1992).

EL PULSO

-----16-----

Medio Ambiente _____

Ecoeficiencia económica y ambiental para los Hospitales

Por Guillermo León Valencia

Jefe de Pediatría
Hospital Universitario San Vicente de Paúl

La irresponsabilidad o imprudencia con que los modelos de desarrollo económico y social vienen utilizando los recursos naturales desde hace muchas décadas, han generados daños al ecosistema del planeta por los efectos acumulativos de procesos destructores e ineficientes con un impacto potencial con un impacto potencial irreversible; sin embargo la presión ejercida por los grupos ecologistas, cuyas campañas cada vez generan más controversia y por lo tanto más conciencia ambiental, han puesto sobre el tapete el problema y colocan entonces el ambiente y la responsabilidad por su conservación como un problema fundamental de las actuales generaciones.

QUÉ ES LA ECOEFICIENCIA?

Las empresas enfrentan la difícil tarea de generar riqueza y de sobrevivir en un mercado cada vez más competitivo pero al mismo tiempo, se han visto en la necesidad de reducir el impacto ambiental negativo de sus procesos de producción; ante esta perspectiva, las mismas empresas generaron el concepto de “ecoefficiencia” que se puede definir como lograr la eficiencia económica a través de la eficiencia ecológica. A pesar de un concepto reciente y aún en etapa evolutiva, la ecoeficiencia es el instrumento fundamental con el que las empresas pueden contribuir a la implementación de concepto de desarrollo sostenible entendido como el logro de satisfacer necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones de satisfacer sus propias necesidades.

La ecoeficiencia debe considerarse, entonces y ante todo, como una cultura administrativa que guíe al empresario para asumir su responsabilidad con la sociedad, y lo motive para que se vuelva más competitivo, impulse una innovación productiva en su negocio y adquiera una mayor responsabilidad ambiental.

DESARROLLO SOSTENIBLE Y ECOEFICIENCIA HOSPITALARIA

El desarrollo sostenible y la ecoeficiencia hospitalaria se vienen invocando como metas deseables en el manejo de las organizaciones, sin que muchas veces se tengan claros los conceptos ni las actividades que su implementación y implantación demandarán a las instituciones; pero es en los hospitales donde se plantean

mayores dudas y surgen preguntas acerca de su implantación como un proceso de gestión de la gerencia: ¿acaso se puede en las entidades hospitalarias plantear la ecoeficiencia como meta empresarial?, ¿es la ecoeficiencia un componente claro de las políticas de salud?, ¿tiene que ver el desarrollo sostenible con lo que se realiza como labor diaria en los hospitales?.

Calidad ambiental, ciclo de vida desarrollo sostenible, ecología industrial, son términos que nunca han tenido mayor significado en el sector salud, pues siempre se considera que estos aspectos corresponden única y exclusivamente a la industria, olvidando que los hospitales son grandes contaminadores, dado que sus procesos asistenciales conllevan al uso de tecnologías que utilizan sustancias o elementos con gran capacidad de daño ambiental, valga citar entre otros la radiaciones de todo tipo que son utilizadas en procesos de diagnóstico y tratamiento que involucran daños reales al patrimonio genético, los citostáticos, las sustancias químicas de sus laboratorios y los genes utilizados en los quirófanos las sustancias usadas en la desinfección y esterilización, como el oxido de etileno, los contaminantes de procesos no asistenciales, como detergentes en las lavanderías; el ruido de sus talleres, los excedentes de calderas y no menos importante la producción de desechos contaminantes y tóxicos que son generados en forma permanente, además de la gran responsabilidad que les cave por la generación de cepas de microorganismos resistentes a los antibióticos y la difusión de infecciones.

Es pues claro que no solo el uso irracional de los recursos de la industria, tiene efectos ambientales graves sino también la actividad del sector salud que paradójicamente contribuye en forma responsable al deterioro ambiental con la generación de contaminantes, desechos y residuos que ponen en peligro el ecosistema. Surge entonces, como respuesta a las preguntas antes planteadas, la necesidad de estructurar un nuevo marco institucional ambiental, que sea capaz de enfrentar el gran reto de conciliar los intereses ambientales y los de la empresa en el sendero del desarrollo sostenible, de manera que encauce sus actuaciones no a paliar los efectos de la degradación ambiental, sino a controlar y combatir las causas de esos efectos.

El hospital como organización tiene que decidir si opta por el bien individual, identificando el problema medioambiental como un problema ajeno a sus intereses lo que irá en detrimento no solo del ambiente común sino de todo el planeta o si decide entrar en el camino de la protección ambiental, lógicamente con gran visión de futuro a través de procesos ecoeficientes.

Hablar de ecoeficiencia hospitalaria implica, entonces, tomar la decisión de rediseñar, el sistema operativo de la organización, de todas las maneras posibles, para lograr reducciones en el uso de materiales y energía, la búsqueda de mejorar en el reciclaje y uso de recursos renovables, la promoción de innovaciones para la vida útil y la funcionalidad de los productos utilizados en los procesos, pero sobre todo, la minimización de la dispersión de tóxicos o el cambio en el uso de sustancias nocivas por otras de menor riesgo para beneficio mutuo del ecosistema y del propio sector de la salud, la garantía de la protección del medio ambiente y el concepto de desarrollo sostenible deben formar parte integrante de la visión, misión y valores de todas las instituciones que lo conforman.

Reciclar, un imperativo en los hospitales

Esta columna es una contribución del Comité del Medio Ambiente de la Clínica de las Vegas

Reciclar es una actividad ciento por ciento ecológica y es una manera de aportar a la salud del planeta.

Sabía usted, por ejemplo que:

- Para producir una tonelada de papel deben utilizarse 17 árboles.
- Reciclando se disminuye la tala de árboles y se reduce el 30% de consumo de energía en el proceso.
- Las empresas colombianas fabrican el papel con 56% de pulpa de madera y 44% de material reciclado.
- Reciclando una tonelada de papel periódico se conservan 30.000 litros de agua.

Así que una buena recomendación para todas las actividades es emprender programas de reciclaje que son fáciles de implementar y sobre los cuales hay suficientes experiencias dignas de imitar en el medio.

Tres recomendaciones sencillas son:

1. El papel que usted haya utilizado por ambos lados y lo vaya a desechar no lo tire a la papelera.
2. Ubique un lugar en su área de trabajo para almacenar el papel que desecha en el día

3. Todos los días una persona encargada del aseo recogerá el papel que usted haya reciclado el día anterior y lo ubicará en los lugares asignado para ello.

EN LOS HOSPITALES

Los desechos producidos en las instituciones hospitalarias conllevan factores de riesgo biológico. Esto explica la necesidad de implementar un sistema de vigilancia para hacer un correcto manejo de ellos.

Los desechos se dividen en dos:

- Patógenos: Aquellos que pueden producir enfermedad.
- No patógenos: Residuos que no tienen capacidad de producir enfermedad o alterar el medio ambiente. Estos a su vez se dividen en productos no reciclables, que son de la atención a los clientes y reciclables o aquellos no patógenos que pueden ser reutilizados.
- Estos últimos requieren una adecuada clasificación y almacenamiento. Entre ellos están el vidrio, el plástico, el papel que no esté sucio con grasa u otros productos contaminantes y el cartón.

Recuerde: Reciclando estos materiales en nuestro puesto de trabajo aportamos un granito de arena a la protección del ambiente. Si bien ellos no son patógenos, sí pueden alterar el medio ambiente. Así que actuemos ya.