

Reseña del trabajo premiado sobre trombosis venosa profunda	La calidad asistencial ¿por donde empezar	En Medellín, urgente proteger la calidad del aire	Noticias de salud desde el Internet
--	--	--	--

Ver página 6

Ver página 10

Ver página 12

Ver página 13

Periódico
para el sector

de la salud

EL PULSO

Medellín, Colombia – N° 3. –Noviembre – 1998. Valor: \$1.000

La Ley 100, en su momento más crítico

Se espera decisión y acción del Ministerio de Salud

El desarrollo de la Ley 100 es fuertemente cuestionado hoy por los diferentes actores del Sistema de Seguridad Social.

Un de las mayores críticas tiene que ver con la eficiencia en el manejo de los recursos del sector. Pese a que el Gobierno afirma que sus aportes son 6 veces mayores que hace 5 años cuando se empezó a implantar la reforma, el dinero no se ha traducido en mejores servicios, ni en mayor eficiencia y la situación de las empresas que atienden los usuarios en el sector público y privado es cada vez más grave. En consecuencia, hay grandes interrogantes sobre los costos de intermediación en el Sistema, uno de los mayores cuellos de botella de la Ley.

REFORMA ECONOMISTA

EL PULSO entrevistó a cuatro estudiosos de la Ley y encontró que todos ellos afirman que llegó la hora de análisis serenos pero profundos. “La Ley 100 ya mostró grandes fracasos y no hay que esperar más para hacer correctivos y lo que se necesita es una reforma sanitaria integral en el país”, dice Alvaro Cardona, docente de la Facultad Nacional de Salud Pública. El diputado liberal Bernardo Alejandro Guerra sostiene que “lo que se ocultaba detrás de la Ley no era un interés social sino económico y eso se ha visto en la práctica” y hace denuncias sobre el manejo politiquero de los recursos del Sisbén.

Carlos Ignacio Cuervo, director de Metrosalud, en Medellín, argumenta que hay que ponerle cifras al costo de la intermediación con datos ciertos; por su parte el exconstituyente Antonio Yepes Parra pide medida, no anteponer lo urgente a lo importante y proporcionar un debate con todos los actores del Sistema para llegar a acuerdos que beneficien a todos. No obstante, defiende el carácter social de la Ley 100 y dice que sin duda ella ha ampliado la cobertura en salud.

LEA EN ESTA EDICIÓN

La Ley 100 al banquillo

En nuestras páginas editoriales los doctores Julio Ernesto Toro, Juan Guillermo Maya y Ricardo Restrepo, desde tres ópticas diferentes, hacen serios reparos a la aplicación de la Ley 100 i insisten en que la humanización del servicio de salud debe estar por encima de cualquier consideración.

PAGINAS 4 Y 5

Centro Internacional de Diálisis y Trasplantes

En un edificio de tres plantas construido por la firma Fresenius Medical Care Colombia, funcionará la Unidad Renal, Cardiovascular y de trasplantes más moderna de América Latina, al interior del Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

En el primer piso prestará servicios el Centro Internacional de Diálisis y Trasplantes, dotado con tecnología alemana, y al cual podrán acudir pacientes de todo el país.

PAGINAS 8 Y 9

Por la calidad de los servicios de salud

La Secretaria de Seguridad Social en Salud, de Medellín, inicia en EL PULSO una columna de información y educación al sector salud sobre tópicos diversos relacionados con la correcta aplicación de la legislación en salud.

En esta oportunidad el tema es la calidad de los servicios y al respecto anota que los costos de la calidad han alcanzado a incrementar los presupuestos en un 3 a 5%, mientras que los costos de la calidad pueden elevar entre un 35 y un 45% lo presupuestos de las instituciones.

PAGINA 13

Medellín vive las dificultades de la reforma en salud

Como sucedió en los principales departamentos y ciudades del país, el sector salud de Medellín recibió recursos importantes provenientes en especial de las modificaciones en la destinación de las trasferencias de inversión social recibidas del nivel internacional y de los nuevos recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía. Sin embargo, a diferencia del resto del país y muy particularmente de los municipios de Antioquia, en Medellín las participación de estos últimos ha sido inferior y en cambio se presenta un aporte importante de recursos propios.

Lamentablemente, luego de este aumento de recursos, se presenta una situación insostenible para dar cumplimiento a las metas de la reforma y del plan de desarrollo del municipio, a la vez que existe una gran vulnerabilidad en relación con el financiamiento de Metrosalud y la atención de la población vinculada.

La administración municipal no dispone de recursos suficientes para la aplicación de la cobertura en el régimen subsidiado y en este sentido es importante celebrar la cancelación de las afiliaciones anunciadas un mes atrás.

Por otra parte, Metrosalud enfrenta una situación financiera crítica con un déficit operacional de \$8.000 millones, luego de realizar ajustes por un monto similar.

“Modestia y frugalidad, para ser más felices” Recomienda Jorge Holguín a sus colegas médicos

Cuando se acerca la celebración del Día del Médico, EL PULSO dialogó con un humanista, médico sí, pero ante todo, un ser humano que cree en la frugalidad, la vida sencilla, sin carros último modelo y sin casas lujosas, como fórmula para que sus colegas se acerquen un poco más a la paz y a la felicidad, en estas épocas de vacas flacas.

Holguín, del Tolima, pero por residencia desde hace muchos años, pasa muchas de sus mejores horas cocinando, pero no por ello ha dejado de ser uno de los médicos más preparados y reconocidos de su especialidad.

AUXILIARES DE ENFERMERIA Del 25 al 27 de noviembre, se realizará el Décimo Seminario Nacional de Actualización para Auxiliares de Enfermería. El evento es organizado por ANDEC, seccional Antioquia. Más informes en los teléfonos 263-93-50 y 263-93-48, de Medellín	EL PULSO -----2-----	NO MÁS CIEGOS POR LA DIABETES “En Antioquia no más ciegos por diabetes” es el lema de las actividades que adelantará el 13 de noviembre el Hospital San Vicente de Paúl de Medellín, para la prevención el diagnóstico de la retinopatía diabética. Ese día, de manera gratuita, se practicará examen de fondo de ojos a los diabéticos que acudan a esta institución.
--	--------------------------------	--

Debate

Son médicos, pero buena parte de su vida la han dedicado a la vida pública, al debate, a la gestión administrativa, a la docencia, a la política; como si fuera poco, han tenido mucho que ver con la ley 100 como gestores de la misma, como evaluadores de su desarrollo y lo que es aún más importante, les ha correspondido aplicarla y de alguna manera gozarla o sufrirla. EL PULSO quiso auscultar sus opiniones sobre la marcha de esta que, en su momento, fue considerada la reforma social más importante del país desde la segunda mitad de este siglo. Aquí están sus opiniones en nuestra tradicional sección de “Debate”.

MAS RECURSOS PERO ...

Una de las críticas más preocupantes a la ley 100 es que el Estado, desde su puesta en vigencia, ha girado 6 veces más dinero para que el mismo sistema funcione y se puedan atender los participantes del régimen subsidiado adecuadamente. Pero los resultados no corresponden con los gastos. La pregunta es ¿dónde está la plata?

“No se ha aumentado la cobertura”

Afirma el salubrista Alvaro Cardona

Alvaro Cardona, profesor de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, es reconocido en el sector salud por su constante actitud batalladora frente a conceptos que tienen que ver con el derecho a la salud para todos como una obligación del Estado. Él no está para nada caminando por los senderos del neoliberalismo y por el contrario es un fuerte crítico de sistemas que como este no garantizan la equidad ni la justicia social.

Respeto a la ley 100 ha hecho un seguimiento continuo. Fue participante de la Comisión Constitucional de Seguridad Social de donde salió esta ahora polémica ley.

Para evaluarla él plantea tres referentes: la cobertura, la eficiencia de las entidades del sector y el mejoramiento o no en la calidad de la atención, pero él lo fundamental a la hora de hacer un balance es medir que tanto se está cumpliendo el concepto de la salud pública como una obligación del Estado y como una concepción más allá de lo asistencial. Empecemos por lo último.

REFORMA ASISTENCIALISTA

Para Cardona la ley 100 es una reforma asistencialista; ella no involucró decisiones políticas, económicas, medio ambientales, de participación ciudadana, que lograran impactar en su conjunto la situación de la salud en su conjunto la situación de la salud del pueblo colombiano. En ese sentido no cumplió.

Basta con mirar que el principal problema de la salud pública del país es la violencia, Colombia y el sector salud y la misma ley debieron o deben ocuparse ante todo de ver como propiciar reformas sociales que impacten la larga historia de concertación de riqueza, la carencia de condiciones sanitarias adecuadas, la inequidad, todo lo cual redundará en violencia.

“La ley 100, dice Alvaro Cardona, habló mucho de promoción de la salud, pero a mi juicio se quedó en aspectos puntuales de cómo evitar la enfermedad y en ese sentido se olvidó por ejemplo de plantear cómo hacer una gran reforma sanitaria. Es que la ley 100 es asistencialista, es muy recortada en su concepto y se va a hacer una reforma sanitaria hay que empezar también por reformar esta ley”.

MAS DINERO Y MENOS EFICIENCIA

¿Puede hablarse al menos de que la Ley 100 amplió la cobertura en salud?

“Ni siquiera eso y ese es el primer referente que hay que mirar. Antes de la ley un 25% de la población no tenía cobertura, porque el sector oficial atendía el 40%, la seguridad social el 18% y el sector privado el 17%. Según las cifras de hoy, sigue ese 25% de la población no cubierto. Hay 55% de la gente vinculada a los regímenes contributivo y subsidiado y no se sabe cuántas personas están en el régimen vinculado. Se tendría que demostrar que son de un 20% para decir que estamos igual o

mejor; eso no se sabe y hay serias dudas por que todos sabemos que los hospitales del Estado no se encuentran en mejores condiciones y no se percibe una tendencia a que se disminuya la franja de población no cubierta”.

- **¿Ha mejorado la eficiencia, desde su análisis?**

“Respecto a la eficiencia no hay estudios muy claros, pero todo parece indicar que tampoco en este sentido hay mejoría. Según el Ministerio de Salud ha habido un crecimiento de 6 veces más los aportes al sector salud y el cambio no es el esperado, de donde se concluye que los dineros se han quedado enredados en las intermediaciones de un lado y de otro, los sistemas de gestión no han permitido que las cosas sean mejores para todos. Esa mayor eficiencia no se ha visto ni en el sector público ni en el privado”.

- **¿En cuanto al referente de calidad del servicio hay que ser más optimistas?**

“En este aspecto tampoco se ha estudiado lo suficiente, pero lo que se observa es una gran insatisfacción por parte de los usuarios, por parte de los funcionarios de la salud que sienten que se ha afectado el acto médico y la relación médico paciente. Se nota una insatisfacción grande porque se ha mercantilizado la prestación de los servicios de salud. No se ha demostrado que la competencia haya sido para bien de todos y es que la salud no puede verse como un mercado; si lo fuera, sería un mercado absolutamente imperfecto. Se habla mucho de los salarios de los profesionales. Se sabe que en el sector público han mejorado, pero no se conoce con cifras qué ha pasado en el sector privado; lo que sí es claro es la desmoralización y la insatisfacción de estas personas. Es evidente que los modelos basados en la competencia también son vulnerables y en ese caso ha mostrado una gran deficiencia”.

- **¿Qué soluciones propone?**

“1. Hay que investigar y hacerlo con mucha seriedad para conocer en qué estado nos encontramos respecto a la ley y su aplicación. 2. es preciso hacer una reforma sanitaria integral que incorpore todos los problemas de país como la violencia, la calidad de vida, la salubridad, etc. 3. Hay que reconstruir la red pública de salud en el país; hay que volver al subsidio a la oferta en esta red para reactivar todo el sistema y hacer verdaderas acciones de promoción y prevención, que se han quedado en cero. El Estado debe reasumir su deber con la salud del pueblo colombiano”.

Bernardo Alejandro Guerra

“La Ley 100 no ha cumplido en lo social”

Bernardo Alejandro Guerra, representante de la joven clase política, pese a que ha orientado su vida hacia los foros públicos más que hacia el interior de los claustros hospitalarios, sigue siendo por esencia un profesional de sector salud, en el sentido que no ha olvidado su compromiso con este tema. Desde ese punto de vista es un estudioso y crítico de lo que está ocurriendo hoy en la salud y con su cargo como diputado a la Asamblea Departamental de Antioquia quiere convertirse en vocero de un sector

que no ha tenido suficiente representación en los recintos donde se toman las decisiones. Estos conceptos suyos hacen parte de su agenda de preocupaciones y debates, hoy:

- **¿Ha cumplido la ley 100 con su misión de ser la ley más revolucionaria en lo social en los últimos 50 años en Colombia?**

“No se dijo que era una ley que iba a dar salud a todos hacia el año 2001. La exposición de motivos hablo de una conveniencia social y eso era falso; lo que ella buscaba era una conveniencia económica. La prueba de ello es que los fondos privados de pensiones fue lo primero que desarrollo; no había pasado un año y ya estaban listos. Luego vino la segunda parte que fue la implementación del régimen contributivo, la ofensiva de las EPS privadas y después de 5 años el lado débil es el régimen subsidiado y siguen en el limbo los vinculados.

las ARS son intermediarias de dineros públicos, de los dineros de los colombianos que pasan a manos privadas y los ponen a rentar para su beneficio propio, mientras las Empresas Sociales del Estado tienen que atender a los usuarios como pueden, sin dinero.

En 1995 lideramos una propuesta en la Asamblea Departamental, durante el gobierno de Alvaro Uribe Vélez, para crear una EPS cooperativa mixta con el departamento y los 125 municipios de Antioquia; esto con el fin de que los dineros que llegaran desde el orden nacional se quedaran en el Estado y de allí pasaran directamente a los hospitales. El estudio de factibilidad costó \$10 millones de pesos y lo hizo con toda la seriedad la Universidad de Antioquia, la cual demostró las bondades de la iniciativa, especialmente para el régimen subsidiado, pero no hubo decisión o voluntad política de Uribe Vélez para poner en marcha esta iniciativa.

Entre tanto, las ARS se siguen lucrando con los dineros del régimen subsidiado. Fue un error enorme no haber creado esta empresa y hoy nos estamos lamentando de ello; los conceptos neoliberales se impusieron una vez más”.

- **¿Cree que ha habido politización en la aplicación del régimen subsidiado?**

“Ha habido una politización del Sisbén de varias maneras. Los alcaldes no hacen la inversión que anuncian en salud; solo esperan que lleguen los recursos y no se ve ni la plata ni las obras como ocurrió en Abriaquí y Ebéjico que se solicitó dinero para construcción hospitalaria, con la promesa de que el municipio haría el aporte que le correspondía; ahora no hay hospitales ni dinero.

En muchos municipios de Antioquia con la plata del Sisbén el alcalde beneficia las veredas donde obtuvo más votos y los burgomaestres están apoyando la creación de entidades de salud privadas para asignarles contratos – como ocurrió en Sopetrán – y no les están dando debido apoyo a los hospitales estatales, también con intereses económicos, las EPS privadas contratan con estas entidades paralelas sin cuidarse de que ellas hayan cumplido todos sus trámites legales ante la Dirección Seccional de Salud.

Se habla de que en Antioquia es un ejemplo; pero no hay tal; aquí hay mucha corrupción con dinero de la salud de los menos favorecidos.

Un problema adicional es que cuando los alcaldes llegan, encuentran en los hospitales directores con los que muchas veces entran en contradicción por razones técnicas o políticas y se entabla una guerra fría de no flujo de dineros, no apoyo al hospital por parte de la administración y los que pierden son los usuarios. Creo que se debe unificar la elección de los Consejos, Asambleas, Congresos, Gobernaciones, porque cada funcionario debe trabajar con su gente de confianza, así es como funciona la democracia. Si el alcalde elige al director del Hospital e inicia actividades a la par con él habrá más armonía habrá trabajo en equipo pero no como hoy que se pierden años de lucha estéril y no hay continuidad en los procesos. Si cuando inicia un Presidente de la República lo hacen todos los equipos de trabajo a la vez en la instancia nacional, regional y local, todo un tren estará marchando en una misma dirección.

Así mismo, la ley 100 debería exigir un tiempo mínimo para los ministerios de Salud por que con inestabilidad no es posible sacar adelante una reforma”.

- **¿Cree que el actual ministro de Salud pueda encarar la crisis del sector?**

“No lo conozco, no puede prejuzgar”.

- **¿Como resolver el problema de la falta de mecanismos de control para la aplicación de la reforma a la Seguridad Social en Salud?**

“Ese es otro problema de la ley 100: no definió cuál es el papel real de la Superintendencia de Salud; evidentemente ella no esta haciendo control. Este debe volver a las Direcciones Seccionales de Salud, ya que instalar sedes de la Supersalud en cada departamento o ciudad con 2 o 3 funcionarios tampoco serviría de nada. En cambio las Direcciones de Salud tienen la infraestructura y la capacidad de conocimiento para controlar, lo cual se está requiriendo con urgencia.

Por otra parte hay absurdos tales que en municipios con un puñado de habitantes se nombra el director del Hospital y un director local de salud, como para que se cuide el uno al otro. En estos casos muchas funciones las puede cumplir el director del Hospital, en aras de la agilidad, la eficiencia y la economía”.

LA UNIDA GENERAL

- **¿Ve en la unión del gremio de la salud una esperanza para solucionar tantos problemas?**

“Sí; la esperanza es la unión gremial. Se acaba de crear el Capítulo de Antioquia de la Asociación Médica de Colombia, en un gran esfuerzo de concertación y unión de voluntades de varias asociaciones y organismos médicos para unificar criterios y levantar la voz en busca de una reforma de salud adecuada, equitativa, positiva para todos y para superar divisiones que no conducen a nada.

Hay una junta integrada por 7 personas entre las que me encuentro yo y el Presidente es Idris Londoño, egresado de la Universidad Pontificia Bolivariana. Estamos pidiendo no una renovación generacional sino de entusiasmo.

Esta representación gremial tiene que ser efectiva y debe llegar hasta los foros donde se toman las decisiones porque llegó el momento de que los profesionales de la salud sean escuchados”.

<p>28 AÑOS DEL HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE En el mes de octubre el Hospital Pablo Tobón Uribe, de Medellín, cumplió 28 años de servicio, guiados por la visión de ser “hospital líder en humanismo, conocimiento y tecnología para servir al hombre”. En este aniversario se destacaron estos nuevos desarrollos: ampliación de la Unidad de Cuidados Especiales de 8 a 12 camas y II fase de remodelación de ayudas</p>		
--	--	--

diagnósticas en cardiología , quimioterapia y hemáto – oncología , neumología, electromiografía y potenciales elevados y audiometría e impedanciometría. Felicitaciones de EL PULSO	EL PULSO -----3-----	
---	--------------------------------	--

Debate

Antonio Yepes Parra

“Ante lo urgente no debemos olvidar lo importante”

Dice refiriéndose a los ajustes de la ley 100

Antonio Yepes Parra participó en las muy numerosas y calientes discusiones que llevaron a la creación de la ley 100 y posteriormente, en el ISS le tocó, a marchas forzadas, desarrollarla en conceptos tan esenciales como el de la cobertura familiar. Hoy, a la hora del balance, después de 5 años de la reforma, lo primero que pide es que ante la crisis que vive el sector salud no se cometa el error de las premuras, de olvidar lo importante ante lo urgente y de entrar en nuevas y sucesivas reformas sin haber clarificado lo suficiente sobre cuál es el concepto de salud del que estamos hablando y cómo podemos hacerlo realidad en Colombia. Estas son sus repuestas a EL PULSO.

¿LEY SOCIAL O ECONÓMICA?

- **¿Cuál es el problema principal que se ha evidenciado en la aplicación de la ley 100?**

“Más que en su aplicación es en su esencia y consiste en no tener una concepción filosófica de lo que es el fenómeno de la salud.

La Salud es un proceso dinámico, es un fenómeno holístico y en ese proceso participan el individuo con sus componentes biológico y psicológico, pero a su vez también intervienen su entorno ambiental, social y económico. No se puede hablar de la salud como un derecho absoluto que se concede, que se otorga y del cual son responsables sólo los médicos y los servicios de salud. En ese proceso es necesaria la participación activa del individuo y la comunidad y por lo tanto es una construcción colectiva, en donde existen derechos y deberes”.

- **¿Por qué con tantos actores y tantas dinámicas que se dieron en la creación de esta ley no se plasmó ese principio esencial?**

“Porque en su creación intervinieron posiciones extremas, desde una concepción neoliberal del gobierno de entonces que sólo quería referirse a las pensiones del sector privado, hasta el otro extremo de querer defender posiciones del Estado paternalista dispensador de favores. Entonces se logró un acuerdo precario que carecía de esa concepción filosófica esencial de la salud, se optó por insistir en el aseguramiento universal y se enfocó más a la atención de la salud que a la salud misma como un proceso muy dinámico que va mucho más allá de una cita- médica. Se olvidó que lo fundamental era pensar en como lograr esa elaboración comunitaria de una cultura de la salud”.

- **¿Eso que usted ha dicho de la razón a quienes dicen que la ley 100 no es social sino economista y que algunos de sus inspiradores, desde el ala neoliberal, sólo estaban pensando en cómo repartir el “botín” de la salud entre una serie de intermediarios privados?**

No se puede hablar así tan a la ligera. La ley 100 tiene una base social importante, porque pretendió interpretar el espíritu de la Constituyente cuando habló de que la salud es un derecho universal y cuando se internó con ella subsidiar la población más pobre a través de la relación entre los sectores contributivo y subsidiado. Esas son dos bases muy sociales. La primera se ha cumplido; las cifras no son exactas, pero es un hecho que al pasar de la cobertura del individuo a la cobertura familiar con un Plan Obligatorio de Salud para todos necesariamente hay un número considerable de colombianos que pudieron hacer reales sus derechos a ser atendidos cuando lo requieran”.

- **¿Pero, es un hecho que el sector no estaba preparado para responder, como ocurrió con el ISS?**

“Es cierto que ha habido problemas en la aplicación de la ley y uno de los errores crasos es que no hubo período de transición. El sector salud no tenía las condiciones estructurales, no las tenía el ISS, había mala atención y la sigue habiendo pese a que pasamos de un 3% para la salud dentro del PBI, a un 8%”.

- **¿Pero hay quienes dicen que si no se hacía un cambio fuerte y de golpe, lentamente tampoco se hubiera logrado impactar la situación del sector salud en Colombia?**

No estoy de acuerdo; ese es un concepto muy improvisador, muy latinoamericano; creo que se debió haber previsto una readaptación del sistema. Sin embargo, eso no quiere decir que la ley 100 esté equivocada en su integridad. Tiene como aciertos la ampliación de cobertura, que se ganó en un período muy corto y para bien de muchos, tiene el principio de la solidaridad vigente, tiene a su favor el esfuerzo de las instituciones de salud por modernizarse, por ser más efectivas y muchas an logrado enormes avances ese sentido contando con buenas gestiones y un caso muy evidente es el Hospital San Vicente de Paúl de Medellín que siempre vivió en crisis económica y ha logrado salir airoso. Pero nos equivocamos en asuntos como el excesivo reglamentarismo, el olvido en que está sumida la promoción y la prevención de la salud que es una obligación de las EPS; erramos también en los excesivos gastos de administración e intermediación y el no haber contemplado la ley unos

mecanismos de articulación entre el sector prestados de los servicios y el formador de los recursos humanos y fundamentalmente en no haber considerado las condiciones laborales de los trabajadores de la salud”

- **¿En cuanto a la intermediación es partidario de la eliminación de las ARS, como se está proponiendo?**

“Al parecer hay denuncias de malos manejos en algunos municipios. Hay que evaluar muy bien el tema de las ARS, no precipitarse hay que conocer en cifras reales qué está pasando con la intermediación. Hay quienes dentro de un línea filosófica afirman que la salud debe estar toda en manos del Estado y evitar la intermediación. Pero yo creo que el sector privado bien controlado debe cumplir un papel importante en la aplicación de cobertura”.

NEOLIBERALISMO VS. LEY 100

- **¿El sistema neoliberal es incompatible con la ley 100?**

“El modelo monetarista de América Latina hace muy complejo el principio de solidaridad, por que es un modelo que ha demostrado que aumenta el desempleo y la exclusión social y por lo tanto desestimula la afiliación al sector contributivo que es el que aporta solidariamente al régimen subsidiado.

Ahora se está proponiendo terminar con los aportes parafiscales, de tal manera que quienes están en la economía formal hagan un tributo directo y destinar un porcentaje de ese dinero a la cobertura universal en salud”.

- **¿No cree que la evasión fiscal acabaría con las buenas intenciones en este caso?**

Creo que, en todo caso, la DIAN ha ganado mucho más control a la evasión que lo que ha logrado el sector salud. hoy uno de los grandes problemas de la reforma es la gran cantidad de personas que evaden los pagos, que cometen fraude y que reclaman derechos sin haber cumplido sus obligaciones económicas con el sistema”.

EL ACTUAL GOBIERNO

- **¿Si el modelo neoliberal riñe con los principios sociales de la ley 100, no hay esperanzas de solución a la crisis del sector en este gobierno?**

“No me atrevería a calificar este gobierno, o mejor a descalificar. Es preciso dar un compás de espera. Hasta el momento no conozco sus propuestas. Yo en cambio sí hago una: que no nos apresuremos; que no antepongamos lo urgente a lo importante; la ley 100 es un tema trascendental, delicado, complejo; hay que escuchar a todos los sectores, incluyendo a los usuarios. Hay que hacer un balance objetivo de la ley con cifras reales y sin apasionamientos antes de pensar en tomar correctivos”.

- **¿A estas alturas se puede cambiar el modelo reparacionista que se implantó?**

“No sólo se puede sino que se debe. Hay que crear una cultura de la salud; la salud no se debe ver como una obligación de los empleados del sector sino como un deber individual y colectivo. Los usuarios se dedicaron a demandar, a consultar, a pedir medicamentos, a exigir todo tipo de tecnologías; se olvidaron que la salud no es un proceso médico sino una construcción colectiva en la que se involucran múltiples factores como la paz, el autocuidado, la protección del medio ambiente, convivencia, etc.”.

¿LEY100, UNA LEY SOCIAL?

Lo primero que se desarrolló de la Ley 100 fueron los Fondos Privados de Pensiones.

Entre tanto, el régimen subsidiado sigue a la saga y hay fuertes críticas a las entidades intermediarias como las ARS a quienes se les acusa de estar usufructuando el dinero que debe estar en manos de los hospitales para beneficio de los sectores más desprotegidos. El reto de este gobierno no puede ser mayor.

“Inadecuados sistemas de información, un gran obstáculo para la Ley 100”

Afirma, Carlos Ignacio Cuervo, director de Metrosalud

Desde el análisis teórico y desde la vivencia diaria de la ley 100 director de Metrosalud, Carlos Ignacio Cuervo, también tiene reparos de fondo y de forma a la manera como se ha venido aplicando la reforma a la Seguridad Social en Salud.

Él coincide con los demás colegas para este debate de EL PULSO sobre la marcha de esta Ley después de 5 años de vigencia: se necesita correctivos, pero hay que hacerlos con base en información precisa, la cual, infortunadamente, es una de las carencias que está torpedeando la buena marcha de la Seguridad Social en Colombia.

EL MOMENTO HISTÓRICO HA SIDO ADVERSO

- **¿Estuvo mal planteada la ley 100?**

“Si bien ella tiene algunos elementos que son de otros países, tiene unas caracterizaciones que son muy nuestras. Lo que pasa es que fue diseñado para que operara en su escenario que se ha venido deteriorando desde el punto de vista económico y social y donde se esperaba que un régimen productivo iba a generar una solidaridad importante, lo cual no se ha dado. Veamos que ha pasado

1. Una desafiliación progresiva del régimen contributivo, producto del desempleo, aunado a una alta evasión y elusión de quienes efectivamente tienen capacidad de pago; si siguen los niveles de desempleo, la situación será peor, con una dificultad adicional: los recursos per cápita que está recibiendo la EPS por el aseguramiento del empleo y su familia parece que están por debajo de los costos, lo que afecta en últimas todo el sistema.

2. En el régimen subsidiado hay una gran presión de la gente que aún no ha sido asegurada y que tiene Sisbén 1.2 ó 3 y de otro lado hay una gran dificultad de gobierno por mantenerlos cerca de 7 millones de personas actualmente aseguradas vía régimen subsidiado. Hay muchos ciudadanos sin capacidad de pago que en los próximos 4 ó 5 años esperando un aseguramiento y la pregunta es ¿qué se va a hacer? Se necesita una estrategia de pago diferente para que puedan ser atendidos en entidades públicas o privadas mientras se reactiva mientras se reactiva el empleo, se aumenta el recaudo, etc.; pero lo peor es que el empleo en los próximos años parece que será de subsistencia y no estable y los recursos del Estado no parecen aumentar tampoco”.

- **¿Comparte las críticas que se están haciendo a la intermediación, hasta el punto de solicitar que las ARP desaparezcan?**

“Hay que definir muy bien el costo de la intermediación en el régimen contributivo y subsidiado; el margen de utilidad de las ARS es mucho mayor que el de las EPS. Una de las razones es que hay muchos afiliados al régimen subsidiado que no conocen sus derechos y la otra razón es que cuando ellos solicitan servicios se les dilata el derecho a su atención. Entonces, estos asegurados que no hacen uso de sus derechos representan dinero que le entra a las ARS; prueba de esa rentabilidad es que ahora el ISS está pidiendo actuar también como ARS.

En Antioquia no creo que las intermediarias se estén quedando con el dinero, pero que lo están reteniendo es un hecho y a eso se agrega que la dificultad en el flujo se da también desde arriba: Hacienda, Minsalud, Direcciones Seccionales y Direcciones Locales.

Para poder corregir los problemas con los intermediarios se necesita una información más precisa de lo que está ocurriendo, con cifras y datos precisos”.

SOLUCIONES

- **¿Cuáles son sus propuestas concretas?**

“Primero hay que caracterizar muy bien el problema de la intermediación. De otro lado tiene que haber una Superintendencia de Salud muy fuerte porque es inexplicable que se perdieran tantos millones de Caprecom o en Bonsalud y que la Superintendencia se hubiera dado cuenta cuando ya no había nada que hacer. Si esta entidad actúa con un buen sistema de información, todo el sistema, en cadena, funcionaría mejor”.

Otra solución es abordar la violencia. Si se observa cuánto le cuesta al sector, si ella no significara más del 30% de los gastos del sector salud, este se podría sostener y funcionar mejor.

Algo fundamental es abordar el tema de la inequidad social, de la redistribución de lo poco que crece el país, para que así se de la posibilidad de un bienestar para todos, no para unos cuantos.

Y, por último, dentro de la infinidad de temas por tratar, hay que mencionar el de la urgencia de hacer promoción y prevención de la salud. En este sentido hay algunas acciones individuales pero no hay consistencia.

Tanto en este campo de la prevención como de la atención de salud, el Estado debe tener acciones muy claras y bajo su responsabilidad en municipios pequeños y poblaciones alejadas donde la empresa privada por diversas razones no entra. Allí se debe mantener la oferta de servicios de salud financiados por el gobierno”.

<p>EL PULSO Noviembre de 1998</p> <p>Director Julio Ernesto Toro Restrepo</p> <p>Comité Editorial Alberto Uribe Correa Augusto Escobar Mesa Juan Guillermo Maya Salinas José Humberto Duque Zea Alba Luz Arroyave Zuluaga</p> <p>Editora Periodista Sonia Gómez Gómez</p>	<p>EL PULSO -----4-----</p>	<p>Dirección para envío de correspondencia Hospital Universitario San Vicente de Paúl Medellín, Colombia, calle 64 con carrera 51d e-mail: Husvp @ medellín imsapt.net.co Departamento de Comunicaciones Teléfonos 263-78-10 y 263-4396, fax : 263-44-75 Dirección Comercial Claudia Múnera. Tel 311-15-59 fax: 311-4069, Medellín. Diagramación: Byron R. González M. Impresión: La Patria; Manizales</p>
---	--	--

¿Hacia Dónde orientar las políticas de Salud?

Por Julio Ernesto Restrepo, médico

Se ha dicho que la ley 100 es novedosa y audaz y si es cierto; pero también hay que ser sinceros y admitir que los cambios que ha traído son fundamentalmente económicos y políticos. Y no todos son buenos, aunque por su puesto, también los tiene. Para los profesionales: odontólogos generales y especialistas, para los médicos generales y especialistas y para muchas otras personas de la salud, la ley 100 no ha generado estímulo alguno. Igual sucede para las instituciones. Los primeros, muchos de ellos, con gran esfuerzo y comprometiendo su patrimonio familiar se embarcaron en centros médicos y gabinetes odontológicos, en tecnología y aun en programas para su propia capacitación y formación. Las entidades por su parte han tenido que mantener y mejorar sus condiciones locativas, su tecnología e invertir capacitación de personal y todos obviamente sacando de sus propios ingresos. Unos y otros deben responsabilizarse de la calidad. Es decir brindar excelente calidad. Esto por su puesto tiene un costo e implica dinero.

¿Y para todo esto cuales son los estímulos? No pueden ser los de la oportunidad batallada para al fin lograr un contrato de servicios a tarifas muchas de ellas a pérdidas como se ha podido demostrar repetidamente, por ejemplo por la Sociedad Colombiana de Radiología. Ni puede ser tampoco establecer limitación a las relaciones con el paciente, ni las imposiciones de responsabilizarse de identificar los derechos de los usuarios, ni la de cobrar los copagos. Ni los cuestionamientos hechos por personal no médico al acto médico, ni tantas otras cosas que nos tienen tan aburridos. No, estos no son estímulos, como tampoco lo es la imagen salvadora del mercado que no resultó tal; ni la promesa de que como era un negocio grande, era bueno para todos. Ella se desvaneció, dejando lesionada la relación con el paciente. Por el contrario, en vez de estímulos se puso en evidencia que los servicios de salud, encima de todo, se miran con su sentido financiero y por tanto se espera que ellos le produzcan

utilidades a quien hace la intermediación. También es claro que en estas condiciones la salud pasó a ser un medio para algunos, cuando para los propios, es decir pacientes y médicos, era un fin. Y adicionalmente, la medicina quedó amenazada por la producción. El ambiente en el que se ejerce la medicina y en general los servicios de salud, es otro muy diferente al tradicional. Es el del marketing, el de productos, rendimientos y utilidades; pero no solamente esto. También es algo mas de fondo. Es elegir obligadamente, igualdad sobre libertad. Es el de suponer siempre iguales resultados, desconociendo la individualidad del hombre. Es el de interponer el capital, que no es inocuo, entre médico y paciente. Es el de entregar la facultad de redistribuir el ingreso, a particulares que tienen por encima de todo intereses económicos. Es el ambiente deshumanizador de lo que queda del ejercicio profesional, por no hablar de lo que ha pasado con el sentimiento o con la intimidad. Todo no es tan sencillo.

Materia contra espíritu o en otras palabras economía contra filosofía es lo que se debate debajo de toda propuesta de este corte como el de la ley 100. La balanza aquí se inclina en uno u otro sentido por las políticas de salud. por eso es importante hacerlas explícitas para que todos: Pacientes, trabajadores de la salud e instituciones sepamos a que atenernos y para que todos tengamos conciencia de cual es el juego tan delicado en que estamos participando. Las políticas de salud del gobierno actual lanza favorablemente a resaltar el espíritu que se asentaba en los valores de sentido humano por encima de consideraciones financieras. Entiéndase que también propugnamos por la eficiencia en el uso de los recursos, por la calidad de los servicios, pero fundamentalmente hacemos la defensa del hombre como centro de todo. No al contrario.

Propuesta social de la Ley 100

Por Juan Guillermo Maya Salinas, md.

Pocos ha querido entender la propuesta social de la ley 100, pero, en contraposición, casi todos han aprovechado su componente económico.

No quiero entrar a considerar el importante desarrollo en la parte económica para no tener que aceptar la única verdad, la de un sector salud corrupto, donde se orientan los pacientes, hay selección adversa, se negocian descuentos en detrimento del paciente y se garantizan los puestos burocráticos a cambio de los contratos con el sector público.

Pero como el tema de esta reflexión es el paciente y su relación social con el sector, paso a considerar tres conceptos de la ley que no se ponen en práctica:

- 1. Es un sistema único y universal de seguridad social.
- 2. La seguridad social la administra las EPS y ARS.
- 3. Hay libre escogencia por parte del paciente para su Atención

El primer aspecto crítico que se ha desvirtuado del componente social de la ley es que la seguridad social en salud es universal. Sólo dos maneras de estar cubierta por ella:

1. Contribuyendo al sistema- lo cual hoy sólo lo hacen los asalariados y con unos costos muy altos para el patrono y el empleado. 2. Mediante el régimen subsidiado, donde hay corrupción y clientelismo.

Esto ha permitido doble afiliación, desviación de obligaciones de las EPS y ARS al Estado, evasiones, etc. el sistema no es único ni es justo. Cada colombiano es atendido de acuerdo al poder social-político y económico que posee; la mayoría de las personas no tiene acceso y los prestadores de los

servicios lo permiten. ¿Y los pacientes?, “Paciencia”. El segundo aspecto es la pobre a nula administración de la seguridad social por parte de las EPS y ARS, permitiendo incrementar costos y abusos por la prestadora de los servicios; las administradoras de la seguridad social se han dedicado a captar los aportes del régimen contributivo y subsidiado y no compensan el Fondo de Solidaridad oportunamente. El tercer aspecto, el de la libre escogencia, se convirtió en una practica corrupta. El paciente no puede escoger, se le dirige y sólo autorizan su atención donde los beneficios no son propiamente para él, comportamiento que es frecuente aún en los entes territoriales que actúan como EPS transitorias. ¿Cuándo se dará la libre elección para el paciente? “Paciencia”. Si todos reflexionamos y aceptamos que lo único que justifica una ley de seguridad social en cualquier lugar del mundo es el bienestar comunitario y del individuo y corregimos estas deficiencias, encontraremos la razón social de la ley 100.

<p>Cartas a la Dirección</p>	<p>EL PULSO agradece a los lectores la inmensa cantidad de cartas que hemos recibido manifestando la complacencia por la aparición de este medio de expresión del sector salud. Esperamos que esta gran acogida se plasme también en una participación activa de todos los actores para EL PULSO pueda ser efectivamente una tribuna plural de discusión en beneficio de todos.</p> <p>Sus artículos serán bienvenidos, lo mismo que sugerencias, opiniones y noticias, insistiendo en la brevedad ya que, de lo contrario, sería imposible publicar el contenido total de los mismos. Nos permitimos reseñar apartes de comunicaciones recibidas. Por falta de espacio es imposible incluirlas todas, pero trataremos de hacerlo en futuras ediciones.</p>
---	---

Doctor
Julio Ernesto Toro Restrepo
Director
EL PULSO

Muchas gracias por el amable envío del periódico EL PULSO, el cual se perfila como un vocero idóneo de la salud hospitalaria, de la ciencia, del mundo universitario, de la seguridad social, etc. Quiero felicitarlo, lo mismo que al Comité Técnico y Editorial, por la excelente diagramación que facilita y hace agradable su lectura; por el diseño en tamaño universal que le confiere un aspecto más estético y, sobre todo, por la variedad y calidad de los artículos que se han seleccionado tampoco para desapercibido el nombre escogido ya que EL PULSO cubre ampliamente desde el latido vital de las arterias hasta el palpitar de situaciones sociales, económicas, profesionales, universales.

Leonel Estrada Jaramillo
Odontólogo y Crítico de Arte

Celebro una gran satisfacción la iniciativa que ha tenido para dar luz el periódico EL PULSO. Se requiere de mucha visión y mentalidad empresarial para lograrlo, por el hecho de que la institución con mejores perspectivas gerenciales, el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, esté liderándolo, garantiza su permanencia. Puede contar con nuestro apoyo y participación.

A más de llenar las necesidades de información de los Servicios de Salud y de los profesionales del sector, será un vehículo importante para el monitoreo del Sistema. En varios frentes se ha venido insistiendo sobre este aspecto, sobre todo en el medio académico. La Facultad Nacional de Salud Pública, en asocio con la Dirección Seccional de Salud de Antioquia y la Secretaría de Salud de Medellín, trabajan sobre un proyecto "Sistema de Indicadores de Vigilancia y Control de la Reforma"; el Hospital Universitario de Medellín está invitado y puede ser uno de nuestros socios. En este caso EL PULSO servirá indudablemente a los intereses de seguimiento, la difusión y la vigilancia.

Alvaro Franco Giraldo

Decano de la Facultad de Salud Pública Héctor Abad Gómez, Medellín

Hemos recibido EL PULSO. Sea esta la oportunidad para expresarle mis felicitaciones por la creación de un periódico de excelente proyección, el cual redundará en beneficio de la comunidad especialmente en el área de la salud.

Igualmente este proyecto se divulgará a través de Coesan Ltda, recalcando la importancia que él mismo representa.

Wilson Alvarez Gil E.

Gerente General Cooperativa Especializada en Salud y Desarrollo Integral,
COESAN, San Gil

Muchas gracias por el envío de EL PULSO. Con él, una vez más el hospital se ubica a la vanguardia del Sector Salud en el país. Ya sabemos que los hechos importantes en la vida de los hombres lo son aún más en la medida que son restringidos y difundidos para el bien de toda la comunidad.

EL PULSO, estoy seguro, se convertirá en excelente puerta entre el Hospital, los hechos de la salud y la dirigencia política y económica, actores todos de primera línea en la transformación social de nuestros coterráneos.

Juan Emilio Posada E.

Presidente ACES

Permita agradecerle en envío de EL PULSO. Su publicación, al llegar a nosotros, se convierte en un medio que apoya nuestro trabajo como grupo académico de salud existente en la región de la Orinoquia, con una historia de ya casi 25 años y que enriquece nuestra investigación y práctica profesional.

Como antioqueña me siento orgullosa de nuestro regionalismo que no es otra cosa, como bien lo demuestra EL PULSO, de una gran pertenencia para construir una Colombia grande.

Ana Isabel Domínguez Otero

Directora Escuela de Enfermería Facultad de Ciencias de salud, Universidad de los Llanos.

Con agrado hemos recibido el ejemplar No. 1 del periódico EL PULSO, que indudablemente trata temas de gran relevancia e interés en el ámbito de la salud y con especial énfasis en lo referente a las actuales circunstancias del sector en el país.

Lo felicitamos por esta nueva iniciativa y les deseamos éxitos en la divulgación y permanencia.

Eduardo Borda Camacho

Facultad de Medicina, Universidad de la Sabana, Chía

Periodista
SONIA GÓMEZ GÓMEZ
Editora
EL PULSO

He recibido un ejemplar periódico EL PULSO, el cual me ha sido de utilidad. Agradezco su disposición para que esta joven publicación me hubiera llegado, a la que bajo su responsabilidad de editora le deseo el mejor de los éxitos en la consolidación de un público que demanda información veraz y oportuna sobre la salud. Me valgo de la ocasión para felicitarla.

Gerardo Cañas Jiménez
Representante a la Cámara

Los conceptos expresados en las columnas de opinión de EL PULSO corresponden al pensar y sentir de sus autores, son de su responsabilidad y no comprometen la línea editorial de esta publicación.

<p>ESCRÍBANOS EL PULSO invita a nuestros lectores de todo el país y del exterior a enviarnos sus artículos de opinión a nuestra dirección editorial, Hospital universitario San Vicente de Paúl, fax: (57-4) 263-78-10, Medellín, Colombia.</p>	<p>EL PULSO -----5-----</p>	
--	--	--

Si nos integramos ...

Ricardo Restrepo Arbeláez

Médico Fisiatra –

Nos abruma la soledad en medio de nuestra familia, muchas veces dispersa, en medio de nuestros amigos y colegas y nos llena de incertidumbre nuestro futuro inmediato, pareciendo cierto “El no futuro”, aún para los que estamos terminando nuestra labor, en la más bella de las profesiones, **la medicina.**

Pienso que nos tocó vivir una década de protesta, de liberación de inquietudes y de pensar que siempre el cambio y el esfuerzo nos trían satisfacción y placer podíamos también hacer el bien y colaborar en el bienestar de otros. Nuestros profesores y unos pocos maestros, nos infundían aún, la razón de ser, por qué luchar, el conocer nuestra exigua cultura y el mantener unos valores y un motivo para vivir, a pesar de la angustia existencial con la que muchos jóvenes de entonces no pudieron superar, la lucha por la reivindicación de las mayorías, la creencia en la utópica igualdad y en la posibilidad de las mismas oportunidades. La férrea disciplina de los años cincuenta, con sus esporádicas entonaciones de más apertura, se fue convirtiendo en una protesta más continua, que a pesar de lo que se llamó el **tiempo perdido**, unía y agrupaba a estudiantes de la universidad bajo unos ideales, los cuales fundamentaban una inquietud, un estudio, unos foros y unas reuniones nocturnas, ya fuera para madurar una ideología, interpretar un pensamiento descifrar una película y su mensaje o explicarnos un libro de filosofía o economía política; además de estudiar nuestra medicina, que contaba en ese entonces con volúmenes de libros clásicos, casi todos ellos con introducciones y prólogos llenos de un gran saber y de un humanismo pleno, el cual muy pocos leían; para muchos fue la destrucción del Alma Mater y para otros la capacitación de los líderes y pensadores del futuro.

Luego los años setenta fueron de un continuismo, represión y decadencia del pensamiento y de la unión, para caer en la década perdida de los ochenta, donde ya se hace más visible el narcisismo contemporáneo y el nuevo culto al “yo” para iniciar una década de los no valores, ni Dios ni Ley, sólo bajo el dominio del poder y del dinero, del comunismo, de los emergentes, de los nuevos ricos delincuentes, de la corrupción y del gran destructor de la humanidad, el capitalismo salvaje o política neoliberal, impulsada por los nuevos amos del mundo: “ las transnacionales”, que todo lo guían y nadie sabe quiénes son, o por lo menos se ignora.

La última década del siglo XX ha sido de grandes cambios. Un ascenso vertiginoso en la tecnología, en especial de las comunicaciones y en medicina, en sus posibilidades diagnósticas con ayudadas como las imágenes, la cirugía menos invasiva y la prolongación en las expectativas de vida por las medidas sanitarias desarrolladas en los años 50 y 60, que ahora decaen por una seguridad social guiada por economistas o afines que normatizan y por centros hospitalarios que se dedican sólo al asistencialismo. ¿Qué rige la Salud Pública? ¿Quién piensa en la participación comunitaria? ¿Quién recibe unos servicios integrales y los aspectos contemplados sobre la atención primaria en salud – Alma Ata 1978-?.

¿Qué nos pasa? Decía un programa cómico mexicano hace una década.

No será el momento de una gran crisis cuando más se necesita la reflexión, la reacción, los líderes y la **integración** de quienes aún tenemos el rezago optimista de un futuro mejor para la humanidad, iniciando con un retomar del grupo familiar, escolar, universitario, todos ellos generadores de hermandad; un grupo de los trabajadores o peones de la salud que organizados podríamos retomar el principio de que nuestra razón de ser son las personas enfermas, de recuperar su sagrado derecho a la salud y a la vida y de obtener no las prebendas económicas pasadas, sino el respeto y trato con dignidad que tanto añoramos al ser manipulados por intermediarios y al sentirnos lejos de nuestros pacientes y con el temor de errar porque de inmediato nos espera una represalia o una demanda. Creo que nuestro Hospital San Vicente de Paúl y la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, son los recintos ideales para dar a luz la esperanza de la unión.

¿Qué pasaría si se logra la integración de los trabajadores de ambas instituciones, para que creásemos una unidad de atención médica con un óptimo desarrollo humanista, con tecnología de punta y adecuada a las necesidades reales y bajo una dirección humanizada y eficiente, **pero nuestra?**

“Acción es el efecto de hacer”, o la “fuerza para obrar”.

“En el mundo existen los que hacen, los que describen y los que dilatan: los que hacen son simples, eficientes y ocupados, los que describen no toleran lo simple y comunican los acontecimientos y los que dilatan se convierten en los enemigos de la oportunidad”

ahora o nunca.

El derecho a la buena reputación profesional

Por Ana María de Brigard Pérez

Abogada

La frase popular “si no tengo nada bueno qué decir de alguien, mejor me callo”, resulta tristemente ajena al comportamiento profesional entre algunos médicos.

Por fortuna, son aún una minoría. Sin embargo, cada día es más frecuente encontrar una lucha sin cuartel entre los profesionales de la salud por los pacientes, por los contratos y por los precios. Nada de ello resulta digno de elogio y menos aún ante una relación de colegas, que debería estar regida por los más altos principios de solidaridad y respeto.

Uno de los ejemplos más frecuentes de esta falta contra la ética, es la práctica cotidiana de juzgar, criticar y calificar negativamente- y sin suficiente fundamento- el comportamiento profesional de otros colegas.

“Esto es lo que le han debido hacer desde hace meses”; “definitivamente se ha perdido un tiempo precioso en su tratamiento, esto bien manejado desde el principio tendría mucho mejor pronóstico”; “no entiendo cómo no le dijeron lo que tenía si es absolutamente evidente su diagnóstico”; “es que en esa clínica los profesionales son jóvenes e inexpertos”; “cada vez que llegan pacientes remitidos de allí, vienen en condiciones tan terribles que difícilmente podemos hacer algo por ellos”; “yo creo que no le han planteado todas las opciones por que existe un tratamiento experimental no aprobado en el país que podría ser una alternativa en su caso”; “me va a perdonar pero prefiero que se repitan los exámenes porque no conozco ese laboratorio o porque allá siempre se equivocan”. Los anteriores son sólo algunos ejemplos de la múltiples formas en que un médico puede – de manera absolutamente irresponsable- descalificar la atención brindada por un colega o por una institución de salud y, ante la irresponsabilidad, no cabe alegar inocencia.

¿Cuántos de estos juicios críticos son tan definitivos e importantes para la vida y salud de un paciente, que no pueden ser omitidos?

¿Cuánta veces la motivación de la critica no es simplemente aparentar una mayor experiencia o conocimiento? O peor, ¿hacerle un daño voluntario e injusto a otra persona o entidad?

Frente al médico, la mayor parte de la población está bastante indefensa. Si lo primero que obtiene de una consulta médica es la descalificación de la atención recibida hasta ese momento, no sólo se genera duda y desconfianza de los anteriores profesionales sino del mismo que formula la crítica. ¿Cómo creer en los médicos si cada uno me dice algo distinto?

Resulta paradójica e incomprensible esta actitud entre colegas.

Es indiscutible que se pueda, y aún en ocasiones se debe, disentir de la opinión de un colega y que ese debate hace progresar la ciencia; ¿pero es ante el paciente y por motivos no siempre generosos, el escenario para adelantar el debate?

Cuestionar con ligereza la conducta de un profesional no es algo a lo que se tenga derecho. Muy por lo contrario, la ley de ética médica y toda la literatura sobre el particular, condenan este tipo de actitudes por atentar contra los derechos fundamentales a la honra y al buen nombre, consagrados en la Constitución Nacional. Incurrir en esos comportamientos, da pie a actuaciones disciplinarias y eventualmente penales por injuria y calumnia, además de poner en graves problemas al profesional cuestionado pues se estará facilitando, e incluso invitando al paciente, a que lo demande por una presunta falla en la atención prestada.

Las imputaciones abiertas y generales sólo generan miedo e incertidumbre. No es lo mismo cuestionar parte del tratamiento, por ejemplo por que es menos agresivo de lo que se podría haber intentado, que calificarlo de equivocado sin explicar el motivo sin precisar en dónde está el error.

No es que ante errores graves o fallas protuberantes a la profesión, se deba guardar un silencio encubridor. No. De lo que se trata es de medir las consecuencias de la crítica, hacerla sólo en caso de que efectivamente represente un beneficio de trascendencia para el propio paciente y/o con ella pretenda retirar el ejercicio profesional a quien no merezca hacerlo por su inaceptable comportamiento. En estos casos, sin embargo, no sería suficiente comentar el error ante el paciente; si fuera evidente la falta cometida por el colega y realmente la crítica fuera formulada en interés del paciente y de la profesión, todo médico debería acudir al Tribunal de Etica correspondiente para hacer la denuncia respectiva y respaldar y justificar los motivos que lo llevaron a cuestionar y descalificar una actuación. Tenemos que propender por el respeto a los demás y asumir, que en caso de estar efectivamente frente a un error profesional serio, se tiene el deber moral de informarlo al paciente para que tome las medidas que considere pertinentes o denunciarlo personalmente. Pero en ambos casos asumiendo la actitud valiente y honorable de sostenerse en el cuestionamiento, respondiendo por sus palabras ante las autoridades correspondientes.

Resulta sencillo criticar o descalificar a puerta cerrada en el consultorio a un colega, pero resulta más difícil hacerlo cuando de ello deriva un verdadero compromiso de apoyar al paciente frente a una eventual reclamación originada precisamente en sus palabras.

En todo ello hay que pensar antes de dedicarse a atentar contra la honra de un colega.

Mientras no se cambien estas conductas seguirán siendo las palabras de otro médico o de la enfermeras, las primeras causas de la reclamación formal contra los médicos. Así lo confirman las quejas que se reciben en los Comités de Auditoría, en los Tribunales de Etica y ante los jueces de la República.

En últimas, debemos recordar que la maledicencia es una acto inmoral, inconveniente y penalmente punible.

Santafé de Bogotá, septiembre de 1998.

<p>GALARDONADOS Diego Hernández Hoyos, Jefe del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital San Vicente d Paúl de Medellín y Claudia Navas R. (residente) de este departamento, obtuvieron el primer lugar en el concurso de investigación en el XVIII Congreso Nacional de esta especialidad, el cual fue otorgado por la Sociedad Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación, por el trabajo "Determinación del porcentaje de estudios electrodiagnósticos falso positivos para el diagnóstico del síndrome de túnel carpiano".</p>	<p>EL PULSO -----6-----</p>	<p>MAS PREMIOS También en el mencionado congreso, se le otorgó una mención al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario san Vicente de Paúl y de la Universidad de Antioquia por el Programa de Desarrollo en Investigación</p>
--	--	--

“Si uno no hace la cosas, nadie las hace por uno”

- Dice Mauricio Orrego Beltrán, autor principal de la investigación ganadora del premio al Mejor Trabajo de Residentes en el XV Congreso Colombiano de Medicina Interna.

El premio al primer trabajo de residentes otorgado en el XV Congreso de Medicina Interna, que se celebró en el mes de octubre en Cartagena de Indias, fue otorgado a la investigación denominada “Frecuencia de la deficiencia de la Antitrombina III, proteína C, proteína S y de la resistencia de la proteína C actividad, en pacientes con trombosis venosa profunda (TVP). Dicho trabajo fue la tesis para el título como especialista de Medicina Interna de la universidad de Antioquia, el cual fue un trabajo en equipo con la bacterióloga Leonor Alvarez, especialista en coagulación, vinculada al Hospital Universitario San Vicente de Paúl y docente de la Universidad de Antioquia. El asesor de la tesis fue Francisco Cuellar, Jefe de Medicina Interna del mismo Hospital. La investigación no fue fácil; como ocurre muy frecuentemente con este tipo de proyectos, el dinero asignado no cubre sino un porcentaje de los gastos—en este sólo fue suficiente para la compra de reactivos—, pero el deseo de hacer las cosas fue lo que primó porque, como dice el internista galardonado “si uno no hace las cosas bien, como se debe, ¿quién las va a hacer por uno?”.

LA INVESTIGACIÓN

El trabajo tuvo como motivación el determinar en la población joven de nuestro medio la deficiencia de la Antitrombina III, proteína C, Proteína S y de la resistencia de la proteína C, como factores de riesgo para Trombosis Venosa Profunda.

La literatura mundial sobre el tema ya tiene suficientes reportes al respecto - explica Mauricio Orrego- pero entre nosotros no había informes conocidos para determinar la frecuencia de tales factores de riesgo; así que nos pareció fundamental hacer el estudio.

Lo que dice la revisión temática internacional es que la Trombosis Venosa Profunda (TVP) es una entidad frecuente, con una incidencia anual de 1 por 1000 en la población general con factores de riesgo bien reconocidos como son la avanzada edad, el reposo prolongado, la historia previa de trombosis, una cirugía reciente, el embarazo, las neoplasias malignas, el trauma tisular y los estados tromboticos heredados como son deficiencia de la antitrombina III (ANT III), la proteína C, la proteína S, la resistencia a la proteína (RPCA) y las adquiridas que incluyen el síndrome antifosfolípido (SAF) en otras más raras.

Los estudios de frecuencias relativas de los déficit de antitrombina III, proteína C y proteína S se consideraron hasta hace unos años como la forma más frecuente de trombosis heredadas. La prevalencia de estas anomalías de la coagulación en paciente con TVP son criterios de inclusión previos es el del 10.5%, cuando hay historia familiar de trombosis aumenta a 14-15% y cuando se inicia antes de los 45 años y existe historia familiar es del 18-20%.

El estudio que acaba de ser premiado llegó a conclusiones acordes con los reportes internacionales. Se hizo un seguimiento de dos años a 17 pacientes hospitalizados en salas de medicina interna y de la

consulta de anticoagulación del Hospital, bien fuera durante la hospitalización con la trombosis aguda y luego ambulatoriamente si fuera necesario, o posteriormente a la trombosis, con tiempo variable. Se excluyeron los pacientes con TVP que estuvieran anticoagulados con heparina o coumadín, pacientes con síndrome nefrótico o hepatopatía y mayores de 45 años. La edad promedio fue de 32.05. fueron 12 mujeres (70.5%) y el resto hombres (29.5%).

DISCUSIÓN

La frecuencia de la deficiencia de Ant III fue del 5.88%. la frecuencia de la deficiencia de la proteína C fue, igualmente, del 5.88%. Se observó como hubo disminución de los niveles plasmáticos de esta proteína durante el evento trombotico agudo en dos pacientes, con mejoría en la evaluación posttrombótica. Esto reafirma que puede existir consumo de estas proteínas durante la trombosis aguda y por esto hace necesario la evaluación posterior para evitar falsos positivos.

La deficiencia de la proteína S fue del 6.25%. la frecuencia de esta proteínas está de acuerdo con lo descrito en la literatura en los pacientes jóvenes con TVP, pero no se pueden considerar como causas primarias hasta que no se haga una mejor evaluación. La RPCA se detectó en 6 pacientes con un frecuencia de 37.5% lo que está de acuerdo con lo descrito en la literatura en la literatura. En estos pacientes con RPCA se debería confirmar si existe la mutación por análisis del DNA por PCR (reacción de cadena de polimerasa), ya que se ha notado una asociación del 90-95% en pacientes con trombosis y RPCA y la presencia de la mutación en el alelo del factor V:Q. En la evaluación clínica no se demostraron estigmas de hepatopatía en ninguno de los pacientes estudiados. No se evidenció alteración en las trasaminasas y tampoco hubo prolongación del TP como pruebas funcionales hepáticas. Lo anterior da una idea del no posible compromiso hepático y la exclusión de una causa secundaria de deficiencias de estas proteínas estudiadas.

No se detectó proteinuria en rango nefrótico en ningún paciente, descartando allí posible causa secundaria para las deficiencias de esta proteínas.

CONCLUSIONES

No se deberían estudiar los pacientes durante el fenómeno agudo por que hasta un 17.6% podrían tener deficiencias de proteínas C Y S como se demostró en el estudio.

Para una mejor caracterización de los pacientes como las deficiencias encontradas se recomendaría estudiar la familia y los niveles antigénicos de estas para clasificar el tipo de deficiencia.

La RPCA fue demostrada como la causa más común de trombofilia en los pacientes estudiados, estando de acuerdo con lo descrito actualmente que oscila en un 20 a 60% en los pacientes con trombosis. En los pacientes con la RPCA, el embarazo y el uso de anticonceptivos se encontraron como factores de riesgo circunstanciales hasta en un 50%. Esto demuestra que uno puede tener la predisposición al fenómeno trombotico y otras condiciones favorecer la trombosis.

Lo ideal sería conocer nuestros rangos de referencia para el análisis de las deficiencias de estas proteínas y de la resistencia a la proteína C activada.

Creemos que nuestro medio se deberían estudiar los pacientes para trombofilia heredada si la trombosis venosa ocurre antes de los 45 años ya que a pesar del poco número de pacientes encontramos unas frecuencias muy cercanas a lo descrito.

En el evento donde fue otorgado el premio al equipo de Antioquia, se presentaron otros estudios realizados en la Universidad Nacional de Bogotá con un enfoque similar y con resultados también semejantes, entre población de este país.

De tal Palo...

Mauricio Orrego Beltrán es médico egresado del CES e hizo su especialización en Medicina Interna en la Universidad de Antioquia, donde se graduó este año y es actualmente profesor en esta área, también en el Alma Mater.

- **¿Qué fue lo más difícil de este trabajo?**
“La búsqueda de los pacientes y la falta de recursos; se tuvo que trabajar casi con las uñas, como se dice”.
- **¿lo mejor?**
“El trabajo en equipo con Leonor Alvarez y el apoyo del Laboratorio de Hematología del departamento de Medicina interna del Hospital y la Universidad de Antioquia; siempre que había que hacer una prueba había disposición inmediata, para ellos mis agradecimientos lo mismo que par el centro de Investigaciones de la Universidad de Antioquia, par el médico Fabian Jaimenes por sus consejos y apoyo, para los pacientes que nos colaboraron y par todos los que de una u otra manera hicieron un aporte en este logro”.
- **¿Qué importancia práctica tienen la tesis de los residentes?**
“Generalmente existe mucha ilusión por parte de los residentes en hacer un buen trabajo pero también es muy usual que sus propuestas sean rechazadas por falta de dinero y se terminan haciendo revisiones de temas. Falta más apoyo económico y al interior de los hospitales líneas de investigación clínica muy definidas de tal manera que se dé una continuidad. Creo que por ejemplo esta línea de trabajo en trombosis debe continuar por que es una de las primeras causas de mortalidad en el medio.
- **¿Importancia de este premio para usted como parte de un equipo de trabajo?**
“Esto es para mi un punto de partida en la línea de investigación en este campo específico; ahora el propósito es continuarla y hacer aportes significativos en esta y en otras áreas del conocimiento”.
- **¿El tener en casa un papá médico, internista exitoso, tiene algo que ver con este logro?**
“En casa nadie nos sedujo para estudiar medicina y somos 3 hermanos médicos. Pero la verdad es que uno observa en casa patrones y debe tomar lo mejor de ellos. En este caso mi padre, como médico, para mi es un ejemplo de honestidad y de responsabilidad por su profesión. Para él lo más importante es el paciente y él siempre está por encima de la rentabilidad económica; su carrera no ha estado marcada por el signo pesos y por ello su labor no ha dejado de ser gratificante y útil para la sociedad”.
- **A propósito, ¿cómo cree que ha afectado la ley 100 a los profesionales de la salud?**
“Con la ley 100 los médicos estamos en la peor parte. Somos intermediarios de unos poderes económicos y no se nos reconoce lo que debemos ganar; en consecuencia, perdimos el poder adquisitivo hace mucho tiempo”.

<p>ECONOMÍA DE LA SALUD “La reforma sanitaria en Colombia se constituye en un laboratorio para el ejercicio del instrumental teórico y conceptual de la economía de la salud. la primera gran característica es el reconocimiento de la necesaria concurrencia del mercado y del Estado en el manejo de la Salud. La eficiencia supone el</p>		<p>¿ Y LOS INCENTIVOS? La citada Cartilla de Seguridad Social, número 4, dice además que es evidente que gran parte de los éxitos que se puedan alcanzar con la reforma en el terreno de la eficiencia y la equidad, dependerá del tipo de incentivos que se impongan a los diferentes agentes del sector, así como el acierto que</p>
--	--	---

<p>juego de la competencia, pero controlada, gestionada o administrada en el sector sanitario, en cuanto que la lógica del mercado por sí genera grandes fracasos”, afirma un artículo de la Cartilla de Seguridad Social de la Facultad Nacional de Salud Pública de Medellín, que está circulando recientemente.</p>	<p>EL PULSO -----7-----</p>	<p>se tenga en cuanto a garantizar que los costos de transacción derivados de las medidas de regulación no superen los eventuales beneficios.</p>
--	--	---

Observatorio

Economía y política de salud en Medellín

Por Jairo Humberto Restrepo Zea*

Centro de investigación Económicas Universidad de Antioquia.

La reforma a la salud en Colombia, por su complejidad y por la características propias del sistema político del país y la capacidad institucional de sus entidades, es objeto de enormes críticas y ahora enfrentará una prueba importante en medio de la crisis económica, el ajuste fiscal y las demás reformas propuestas por el nuevo gobierno.

Un mirada sobre lo sucedido en Medellín constituye una buena muestra de las dificultades en la implementación de la reforma, tanto por su complejidad y las restricciones financieras como por los conflictos que se presentan entre los actores que hacen parte del proceso correspondiente a esta política pública.

LOS RECURSOS PÚBLICOS PARA SALUD

Como sucedió en los principales departamentos y ciudades del país, el sector salud de la ciudad recibió recursos importantes provenientes especialmente de las modificaciones en la destinación de las transferencias de inversión social recibidas del nivel nacional y de los nuevos recursos del fondo de solidaridad y garantía, FOSGA. Sin embargo, a diferencia del resto del país y muy particularmente de los municipios de Antioquia, en Medellín la participación de estos últimos ha sido inferior y en cambio se presenta un aporte importante de los recursos propios.

La disponibilidad de los recursos públicos para el sector, sin incluir el Hospital General, aumentó 88% real entre 1993 y 1998, lo cual implica en términos per-cápita pasar en términos constantes de \$55 mil por pobre en el primer año a \$87 mil en el segundo. A pesar de esta variación, se advierte que buena parte de los recursos han sido empleados para atender obligaciones derivadas del nuevo sistema y probablemente no se hayan presentado variaciones sobresalientes en cuanto al acceso de la población pobre a los servicios o, en todo caso, esto se logro con unos costos mayores que en el sistema anterior. En efecto, mientras el volumen de recursos adicionales podría ser unos \$50.000 millones, al menos un 60% de ellos habrían sido absorbidos por un grupo de fenómenos que se traducen en nuevos costos de los servicios: en la ESE Metrosalud la nivelación salarial, el pago de cotizaciones a la seguridad social y la incorporación de personal de apoyo administrativo (en especial para facturación y puntos de

pago); en la conformación del régimen subsidiado se destaca la creación de intermediarias (ARS), las cuales gastan anualmente unos \$5.000 millones en administración; por último, el funcionamiento de la Secretaría de Seguridad Social en Salud requiere en su etapa de despegue unos \$3.000 millones para funcionamiento y desarrollo de la gestión y los servicios de salud.

Lamentablemente, luego de este aumento de recursos se presenta una situación insostenible para dar cumplimiento a las metas de la reforma y del plan de desarrollo del municipio, a la vez que existe una gran vulnerabilidad en relación con el financiamiento de Metrosalud y la atención de la población vinculada. La administración municipal no dispone de recursos suficientes para la ampliación de cobertura en el régimen subsidiado y en este sentido es importante celebrar la cancelación de las afiliaciones anunciadas unos meses atrás; por otra parte, Metrosalud enfrenta una situación financiera crítica con un déficit operacional de \$8.000 millones luego de realizar ajustes por un monto similar.

SALUD PARA CUÁNTOS... PARA QUIÉNES?

La cobertura de la seguridad social en salud es otro hecho que merece la atención, ya que se observa un agotamiento de su ampliación. Si bien en el régimen contributivo se cuenta con la afiliación del grupo familiar de los cotizantes y el comportamiento en la ciudad es superior al del resto del país, apenas estarían afiliadas un millón de personas como máximo, es decir, el 50% del total de la ciudad y un 70% de la población potencial.

Por su parte, en el régimen subsidiado solo se encuentra cubierto un 36% de la población potencial sin variaciones en el último año (ver gráfico) y, como ya se mencionó, son muy escasas las posibilidades de aumentar el grupo de beneficiarios. En cambio, dadas las dificultades económicas y el aumento de la población tanto por natalidad como por migraciones, se aprecia una mayor presión sobre la prestación de servicios por parte de Metrosalud y es así como luego de cinco años de descenso en su producción se espera un aumento cercano al terminar el año.

LA CUESTIÓN POLÍTICA

El panorama se complica y en buena parte se encuentra determinado por las diferencias que existen entre los principales actores de la reforma a nivel local, en el mejor de los casos por discrepancias en cuanto a la concepción del sistema pero en otros por simples conflictos, locales entre grupos y líderes de afinidad partidista diferente.

Como resultado de esta cuestión, en los últimos años ha existido un número importante de disposiciones normativas que han generado inestabilidad e incertidumbre en el funcionamiento del sistema en la ciudad (ver cuadro); al mismo tiempo, puede examinarse el tratamiento que más recientemente ha tenido el sector salud en la formulación y los ajustes del presupuesto municipal. Se destaca, en la discusión presenciada en la ciudad, una falta de claridad sobre el significado y las implicaciones del sistema de seguridad social y una polarización acerca del sentido de lo público y lo privado de manera que por una parte se ocasionan juicios desmedidos sobre la calidad, la organización y la gestión de los servicios de la red pública, con una defensa demasiado valorativa acerca de las ventajas del sector privado; pero, por otra parte, se asumen posiciones internacionales en cuanto al el mantenimiento de un status realmente privilegiado para quienes han ostentado el poder dentro del sector.

*El autor es jefe de Planeación en la ESE Metrosalud por comisión de la Universidad de Antioquia. Sus ideas y opiniones no comprometen a las entidades con las cuales está vinculado.

REFERENCIAS:

- Restrepo, Jairo H. "Afiliación de los pobres a la seguridad social en salud: el caso de la ciudad de Medellín en Antioquia". Medellín, CIE-U. De A. Y Fedesarrollo, 1998.

- “Implementación local del sistema de seguridad social en salud: estudios de caso en Antioquia”. Medellín, CIE-U. De A. 1997.
- Metrosalud. Documentos Técnicos de la Planeación.

Qué se puede hacer?

Como sucede para el caso nacional, sin consenso y voluntad política cualquier propuesta queda sometida a ser descalificada injustamente o a buscar su padrino por parte de la coalición dominante, con el riesgo subsecuente de ser modificada en función de nuevos arreglos políticos. Por ello, es necesario contar con un mecanismo extraordinario para decidir el futuro de la salud en la ciudad y asegurar la estabilidad institucional sobre la misma:

- Un gran foro por la salud de Medellín, que eventualmente conduzca a una consulta popular acerca del diseño institucional propuesto a partir de tal evento.
- Dentro de las contribuciones que pueden considerarse, fruto de varias investigaciones y del estudio del tema, se encuentra en primer lugar una evaluación sobre pertinencia de los intermediarios en el régimen subsidiado; ¿hasta cuándo es sostenible esta situación?
- En forma complementaria a lo anterior, es necesario diseñar fórmulas alternativas para financiar la atención de la población vinculada, lo cual incluya el paquete de servicios y simplificación del proceso de pago. Este punto merece la mayor consideración por cuanto seguramente será el elemento más importante de las propuestas de ajuste a nivel nacional y sobre ello existe buena experiencia internacional que puede consultarse (Reino Unido, España y Chile, por ejemplo).
- El PAB y la promoción y la prevención del POS merecen una integración y la canalización de los recursos correspondientes en un solo ente.
- Dentro de los ajustes institucionales es prioritario el correspondiente a Metrosalud, buscando la minimización de su personal directivo, esfuerzos en productividad y la concesión de mayor autonomía a las unidades prestadoras de servicios, UPSS, además de la reducción en su planta de personal y, eventualmente, de algunos puntos y horarios en los servicios. Por otra parte, en la consolidación de la Secretaría es importante tener en cuenta la vigilancia sobre el régimen contributivo, para lo cual podría proponerse un mecanismo de delegación o coordinación por parte de la Supersalud.

	<p>EL PULSO</p> <p>-----8-----</p>	<p>LABOR SIN TREGUA Esta fotografía corresponde a la unidad Renal del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín. Las máquinas de diálisis, totalmente computarizadas, son, desde hace varios años, tecnología alemana de la empresa Fresenius Medical Care</p>
--	---	--

Tres pisos con respuestas efectivas para la salud de los colombianos

El edificio de 3 plantas que en ese mes de noviembre el Hospital San Vicente de Paúl y la empresa Fresenius Medical Care Colombia entregan de Medellín para beneficio de la salud, tiene un nombre que a pesar de su complejidad, no alcanza en términos o títulos, a mostrar magnitud y el sentido estratégico que él encierra.

Se trata de la Unidad Internacional Renal, Cardiovascular y de Trasplantes del Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

En términos descriptivos podría definirse así:

- **Primer piso:** Unidad Hemodiálisis y diálisis peritoneal, administrada por Fresenius Medical Care Colombia, en un comodato a 20 años, tiempo en el cual el Hospital percibe un porcentaje sobre ventas brutas; este sigue siendo un servicio del Hospital pese a la modalidad de operación en la cual la Empresa multinacional se hace responsable de la atención de los pacientes y del suministro de la mejor tecnología e insumos.
- **Segundo piso:** Área para trasplante de órganos. Allí se practicarán trasplantes de riñón, hígado, páncreas, pulmón y corazón, constituyéndose en un verdadero centro multitransplantes al servicio del país y del exterior, en el cual está reunida toda la experiencia del Grupo de Trasplantes del hospital y la Universidad de Antioquia.
- **Tercer piso:** Instituto de Enfermedades Cardiovasculares, orientado hacia la atención, enseñanza e investigación en el campo de la promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades cardiovasculares y que sirve de apoyo a los trasplantes de corazón – pulmón.

DE ALEMANIA PARA COLOMBIA

Este edificio, construido con capital alemán aportado por la empresa Fresenius Medical Care, tiene un área de 1.050 metros cuadrados para la Unidad Renal y 1.400 metros cuadrados para el funcionamiento de la Unidad de Trasplantes. El primer piso- como ya se anotó- funcionará en comodato y los dos pisos siguientes son administrados por el Hospital, según el convenio con Fresenius dentro de una negociación compleja, novedosa y de gran confianza mutua.

LO QUE HAY DETRÁS

Este logro para la salud, no es fruto del azar. Es con certeza, dice Juan Guillermo Maya Salinas, director médico del Hospital, el producto de la madurez, de una conceptualización clara sobre la misión y la visión de un centro asistencial de tercer nivel, de unas metas y de un compromiso frente a la problemática de salud de una población que padece de patologías de un país en desarrollo y que cada día más también las dolencias de los países desarrollados y de las naciones que ven envejecer su población y con ella aumentar sus complejidades de atención. La creación de una Unidad Renal de carácter internacional, que ofrezca a los pacientes desde atención básica hasta el trasplante, es consecuencia de una trayectoria de muchos años donde, desde el Hospital, un grupo de hombres se

comprometió, luchó, soñó y supero las dificultades, hasta convertirse en una de las unidades más eficientes de América Latina, por la cantidad y calidad de sus resultados. “Con Fresenius las cosas se fueron tomando cada vez más en grande, dice Juan Guillermo Maya. Uno de los retos fue lograr que los alemanes llegaran hasta nosotros para concertar acuerdos comerciales y más concretamente para la entrega en comodato de las máquinas de diálisis que dieron origen a este gran proyecto. Pero cuando ellos vinieron encontraron que sus representantes en Colombia y que los directivos del Hospital y de la Unidad Renal estaban pensando más en grande. Fue así como se decidió la construcción de este edificio de tres pisos dentro el campus Hospitalario.

TRASPLANTES Y CARDIOVASCULAR

El que se hayan dedicado dos pisos – un área de 2000 metros cuadrados - para trasplantes y para el instituto de Enfermedades Cardiovasculares si que fue fruto de una trayectoria y de una estrategia. Trayectoria porque en el Hospital nació el Grupo de Trasplantes de Medellín de fama internacional; porque aquí se hizo el primer trasplante renal exitoso, el primero de hígado, de medula ósea y aquí se sembró la semilla de los trasplantes de corazón y pulmón. Los trasplantes fueron incluidos en el Plan Estratégico del Hospital a 5 años. Algo similar ocurrió con el tema cardiovascular, también incluido en el Plan Estratégico. Uno de los primeros lugares donde se realizó cirugía cardíaca en Colombia, desde finales de los 50 fue en el Hospital; por diversos motivos la prestación de este servicio casi desapareció (con excepción de la cirugía de corazón por trauma) y surgieron entidades líderes y vanguardistas como Clínica Cardiovascular Santamaría

Pero, en sus estudios de prospectiva, el Hospital demostró que con el incremento de las patologías cardiovasculares a medida que la población envejece, la ciudad iba a necesitar que él retomara su rumbo en este sentido para servir a toda la población contando con la alianza con la Universidad. Estaba claro además que para poder hacer trasplante de corazón y pulmón se quería de toda una infraestructura de diagnóstico, manejo, tratamiento y seguimiento, para lo cual se requería lo físico, lo tecnológico y el recurso humano.

A LA VANGUARDIA

Así las cosas, el instituto, que depende de la dirección médica del Hospital, dispondrá de área de cirugía cardiovascular, cardiología no invasiva, vascular periférico no invasivo, cirugía vascular, rehabilitación cardíaca y todo esto soportado por servicios de consulta externa, hospitalización y unidad de cuidados intensivos.

Todo esto concebido no como un servicio individualizado, sino prestado por un equipo humano conformado sistemáticamente y motivado por fines ajenos al lucro y centrados en los servicios al hombre de todos los sectores socio - económicos.

Así mismo, todo esto entendido como la evaluación lógica de un Hospital de tercer nivel que comprenda la necesidad de ir a la vanguardia, de especializarse en áreas que han sido su fortaleza y que son prioritarias para la comunidad y que sabe su compromiso es con el paciente, con la docencia, con la formación del recurso humano y con la consolidación de Medellín como la capital de la salud en Colombia y América Latina.

Evento

Salud para todos, resultados y retos para el siglo XXI

La Facultad Nacional de Salud Pública, de Medellín, realiza entre el 3 y 4 de diciembre próximos, el Seminario Taller Nacional “Salud para Todos, resultados y retos para el Siglo XXI, balance de reforma sectorial”, en el Paraninfo de la Universidad de Antioquia.

Este evento hace parte de la etapa preliminar a la celebración del Congreso Internacional de Salud Pública, que busca formular políticas sobre el mismo tema, y se efectuará en Medellín, en el Paraninfo de la Universidad de Antioquia, los días 16 al 18 de junio del año próximo.

Ambos eventos hacen parte del proceso de reflexión de la Facultad de Salud pública sobre la evaluación de la reforma a la Seguridad Social en Salud.

SEIS TEMAS

A ambos eventos se llegará con material de trabajo elaborado en torno a 6 temas que se discuten sobre 6 temas concretos:

- Salud para todos, balance y perspectiva
- Salud Pública en el marco de la reforma a la Seguridad Social en Salud.
- Participación Social en Salud, Calidad de Vida y Bienestar de la Comunidad.
- Proceso de la reforma sectorial en salud, en el país. Es decir, va más allá de la ley 100 y se centra también en la leyes previas a ella como la ley 10, la ley 60, etc.
- Mecanismos de Vigilancia y control del sistema de Seguridad Social en Salud, en lo jurídico, lo político, lo social.
- Proceso de formación del recurso humano

La coordinadora académica del Seminario Taller y del Congreso del año próximo es Sara Yaneth Fernández, quien insiste en que ambos eventos buscan posicionar el debate a nivel nacional y recalca el esfuerzo que se viene haciendo por crear documentos muy serios de trabajo.

Por su parte el profesor Alvaro Olaya, vicedecano de la Facultad de Salud Pública reitera el aporte que esta quiere hacer a la reflexión sobre la reforma a la Seguridad Social en Salud. “ No nos hemos quedado atrás; tenemos un puesto en el Consejo Nacional de Seguridad Social, creamos un Centro de Estudios de seguridad Social y publicamos una cartilla de circulación nacional sobre el mismo tema. El problema es que la lógica económica está dominando el debate y se está haciendo poco caso a quienes defendemos pública y el derecho a la salud consagrado en la Constitución Nacional”.

	EL PULSO -----9-----	
--	--------------------------------	--

Publirreportaje

Fresenius Medical Care Colombia Entrega Centro Internacional de Diálisis y Trasplantes

Es el mejor de América Latina

Una obra de Colombia

Para el mundo.

Fresenius Medical care reconocida en el mundo como la empresa operadora líder en terapia de diálisis que desarrolla su propia tecnología, la implementa y las suministra.

Fresenius Medical Care Colombia está dando la vuelta al mundo con una noticia que pone en alto no solo sus logros en este país, sino los alcances que la medicina renal ha tenido en la llamada “Mejor Esquina de América”.

El centro Internacional de Diálisis y Trasplantes, que en este mes de noviembre se inaugura oficialmente en Medellín Colombia, es un verdadero éxito de esta Compañía que tuvo la visión de buscar el mejor aliado, el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, para unir fortalezas en un convenio benéfico para todos, pero, ante todo, para los pacientes, quienes recibirán a través de este Centro, un servicio integral que va desde la diálisis hasta el trasplante renal.

“Con este logro, dice el gerente general de Fresenius Medical Care Colombia, Rodrigo Díaz Sendoya, estamos plasmando nuestra filosofía de trabajo que es ofrecer una atención integral y por lo tanto una mejor calidad de vida al paciente renal.

Es la primera vez que realizamos una alianza estratégica de tal magnitud, en esta área del continente. El Centro es un referente y nuestro carácter de Empresa multinacional nos permite ofrecer los servicios integrales al paciente renal, desde Medellín, para cualquier ciudadano del mundo”, afirmó Díaz Sendoya. En esta gran alianza el Hospital aportó su nombre, su prestigio, su grupo de trasplantes y Fresenius Medical Care su experiencia en insumos, su tecnología de punta y su solidez económica, logrando así entregar juntos una obra apenas digna para dar la bienvenida al nuevo siglo y a sus retos.

EN TODO EL MUNDO

Fresenius Medical Care se define así misma como una Compañía de servicios e investigación, cuyo objetivo social no es vender productos sino elevar la calidad de vida de los pacientes renales, mediante una labor integral.

Para alcanzarlo e ir a la vanguardia, la Empresa ha logrado ser autosuficiente en la medida que, como institución operadora líder en terapia de diálisis, desarrolla y produce los insumos, la maquinaria y los protocolos de manejo.

Esta multinacional nació en 1946, cuando, en Alemania, el doctor Eduard Fresenius y su esposa Elsa Kroner,

Tomaron una farmacia destruida después de la Segunda Guerra Mundial y se dedicaron a hacer de ella una Empresa especializada en la investigación de productos y equipos para diálisis.

Con la casa matriz en Bad Homburg, Alemania, Fresenius empezó a extenderse por el mundo con tecnología de punta. Hoy tiene 21 plantas de producción ubicadas 4 en Francia, 2 en Italia, 3 en Alemania, 1 en España, 1 en Brasil, 1 en México, 2 en Estados Unidos, 1 en China, 1 en Rusia, 1 en Holanda, 1 en Japón, 1 en Suiza, 1 en Turquía y una en Inglaterra.

En Alemania se fabrican las más modernas máquinas computarizadas para atender pacientes con insuficiencia renal y en los distintos centros se proceden los elementos para diálisis, diálisis peritoneal, farma, laboratorio clínico, banco de sangre.

ALTA TECNOLOGÍA

Desde su fundación Fresenius se había dedicado al desarrollo del área tecnológica y de insumos para diálisis. En 1996 al fusionarse con la National Medical Care, reconocida por su experiencia en la prestación de servicios a pacientes renales, fortalece su labor dando origen a Fresenius Medical Care, empresa que reunió la producción de insumos, equipos y la prestación de servicios.

Hoy atiende 57 países y sus productos se encuentran en más de cien. Cuentan con 961 centros de diálisis a nivel mundial y 114.100 pacientes en el mundo.

La tecnología utilizada es la más avanzada en cuanto la diálisis; así mismo, elabora la mejor membrana biocompatible denominada Polysulfona e innova con otras parecidas al endotelio renal, logrando obtener así la diálisis más fisiológica que existe; es decir, el tratamiento más cercano a la función renal normal.

Sus servicios centrados en programas de diálisis, hemodiálisis, diálisis peritoneal y asistencia domiciliaria, buscan mejorar la calidad de vida de sus pacientes a través de un tratamiento más cómodo y sin contaminación ya que Fresenius no hace reutilización de implementos.

Para la atención al usuario, es política de la Compañía trabajar con un equipo humano altamente calificado conformado por nefrólogos, enfermeras entrenadas en los servicios que prestan sus unidades de diálisis, técnicos en asistencia a pacientes, trabajadoras sociales, psicólogos y nutricionistas.

Hay que agregar que Fresenius Medical Care desarrolla, basada en los protocolos mundiales para operación de centros de diálisis, programas estándar de calidad en educación continuada avalados por la National Kindey Fundation.

FRESENIUS EN COLOMBIA

Fresenius llegó a Colombia en 1991. En Colombia Fresenius cuenta con 19 centros de diálisis propios y 9 vinculados, distribuidos en Antioquia, Magdalena, Mariño, Huila, Valle, Córdoba, Quindío, Santander, Cundinamarca, Atlántico, Cesar, Bolívar y Sucre. Atiende a nivel nacional 1.554 pacientes, efectuando así un total de 20.202 diálisis mensuales, aproximadamente.

En esta forma Fresenius Medica Care tiene en el país una cadena nacional de diálisis dedicada a tratar pacientes con insuficiencia renal, que se pueden dializar en cualquier ciudad de Colombia y un equipo Humano de 37 nefrólogos dispuestos a servirles.

La sólida trayectoria de la empresa en este país latinoamericano se proyecta ahora internacionalmente con la apertura del Centro Internacional de Diálisis y Trasplante.

“Veníamos creciendo y necesitábamos una plataforma de lanzamiento para nuestra tecnología de punta y nada mejor que la cuna de la nefrología que es Medellín, para cumplir este propósito; el trabajo en equipo que adelantábamos con el Hospital desde 1991, se engrandece ahora con el logro de este gran sueño: una Centro internacional que atenderá 450 pacientes, con la capacidad de realizar los trasplantes renales que la comunidad nacional e internacional requiera”, reitera Rodrigo Díaz Sendoya.

Así, uniendo los sueños de los directivos de Fresenius en Colombia y los del Hospital San Vicente, encarnados por médicos de la Unidad Renal como Mario Arbelaez, Jorge Henao y Alvaro Velásquez, se logró lo que parecía un imposible en un momento difícil para el país y para la salud: que un país extranjero, en este caso el mejor aliado de la Comunidad Europea en Colombia Como lo es Alemania, invirtiera con fe y con la certeza de que en el hospital su apoyo daría los mejores frutos

CLASIFICADOS EL PULSO

- Enseño inglés, alemán, japonés y francés. Clases en causa u oficina. Profesor británico. Celular 033-447-35-18 Medellín.
- Deliciosos y económicos bizcochos de novia decorados y sin decorar,

AVISOS CLASIFICADOS

EL PULSO tiene a su disposición la sección de avisos clasificados. Llame a nuestra dirección comercial. Teléfono 311-15-59, Medellín.

<p>apropiados para toda ocasión. Llamar a Gloria María, teléfono 250-25-47, Medellín.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vendo apartamento, Calazans, Medellín, excelente estado, 3 alcobas, más servicio, 3 baños, cuarto útil, parqueadero, unidad cerrada, piscina, teléfono 421-10-28 • Vendo guitarra fabricada por Juan Fernando Castrillón. Teléfono 313-04-89, Medellín. 	<p>EL PULSO -----10-----</p>	
--	---	--

Gestión

La calidad asistencial: ¿por dónde empezar?

¿Será el cumplimiento de los requisitos esenciales un buen comienzo?

Por José Humberto Duque Z.M.D.

Ante los inmensos desafíos gerenciales de productividad y competitividad que experimentan hoy los hospitales, surge la calidad como el compromiso esencial que debe asumirse para enfrentar con éxito la supervivencia y la prosperidad,. Además. En Colombia, la normatividad ha puesto en escena la obligatoriedad de impulsar sistemas de garantía de calidad en los prestadores de servicios de salud y en las aseguradoras. El cumplimiento de los requisitos esenciales exige adecuaciones importantes y costosas que deben ser ejecutadas en plazos perentorios que ya no dan más espera. Por otra parte parece existir ya la convicción universal en el sector salud de que la calidad en los servicios es una urgencia ética inaplazable que debe inspirar los modelos de gestión e irradiar las practicas asistenciales en su totalidad para servir con le máximo grado de eficacia y eficiencia al logro del bienestar humano.

La transformación cultural, el direccionamiento estratégico gerencial del mejoramiento continuo de los procesos, son los fundamentos esenciales y los pilares sobre los cuales los hospitales habrán de impulsar una gestión integral por calidad.

Los cinco pasos esenciales para la gestión de la calidad

No obstante, los gerentes se preguntan con frecuencia sobre la manera como debe iniciarse el sistema de garantía de la calidad.

1.

Ante esta pregunta lo primero que debe asegurarse es el conocimiento, la convicción y el compromiso de la alta gerencia con una gestión integral por la calidad. La gerencia debe conocer que los costos de la no calidad son muy superiores a la inversión que se requiere para implementar una gestión centrada en la calidad son muy superiores a la inversión que se requiere para implementar una gestión centrada en la calidad.

Pero esto no es suficiente, es menester que el equipo gerencial comprenda que en su compromiso por la calidad se expresan y consolidan los valores corporativos y la ética de la organización hospitalaria al igual que se fortalece la imagen y la solidez necesaria para inspirar confianza y seguridad a los pacientes y usuarios. Definitivamente, sin el liderazgo de la alta gerencia, cualquier esfuerzo por lograr la calidad será un rotundo fracaso.

2.

En segundo lugar y como consecuencia de lo anterior es menester apuntalar a la creación y fortalecimiento de una cultura organizacional comprometida con la calidad como el medio más expedito para realizar la misión del hospital.

Para lograrlo se requiere plantear y mantener la educación constante de todos los profesionales y empleados en nuevas mentalidades innovadoras y en los métodos de mejoramiento continuo. La calidad empieza con educación y termina con educación. Solamente con ella se asegurará la indolencia del talento humano. No puede olvidarse que la calidad la hacen personas de calidad.

3.

En tercer lugar se hace imprescindible desarrollar la capacidad de liderazgo en todos los niveles de la institución, un liderazgo que haga posible la aprobación de la autogestión y el autocontrol de los diferentes procesos, un liderazgo que haga capaz a todas las personas de enfrentar con éxito el análisis y la solución oportuna y adecuada de los problemas y necesidades que se experimentan para brindar una atención pronta, eficaz, segura, cálida y a costos razonablemente óptimos.

4.

En cuarto lugar se hace necesario crear estrategias que permitan auscultar permanentemente los niveles de satisfacción y las cambiantes necesidades, expectativas y exigencias de los usuarios, auscultar sus motivos de insatisfacción, de quejas y reclamaciones y atenderlos con esmero. Siempre una queja o un motivo de insatisfacción deben ser considerados como una valiosa oportunidad de mejoramiento porque suelen indicar asuntos de mayor gravedad que pueden estar ocultos en la organización, son una señal de alarma que no puede menospreciarse.

Los cambios en los perfiles demográficos, en la morbilidad, en las expectativas de los pacientes, deben interpelar a todos en el hospital y deben ser atendidos y analizados a profundidad con el fin de adecuar estrategias de innovación que le permita al hospital ser más competitivo en la función del servicio y pueda incluso adelantarse en las respuestas que quiere el paciente.

A la vez que se ausculta la voz de los usuarios, es útil implementar estrategias de referencia competitiva que permitan comparar procesos con los mejores del medio y aprender de ellos la forma de actuación.

5.

En quinto lugar se sugiere el fortalecimiento de la práctica del despliegue de la función de calidad que está inmerso en la gerencia de los procesos que ya se mencionaba antes, para cuyo avance es menester capacitar grupos de mejoramiento en los procesos de la rutina y avanzar en la práctica de las siete herramientas propuestas por Ishikawa y perfeccionados por Masaaki Imai.

Para obtener resultados en la práctica del mejoramiento continuo es indispensable garantizar un buen apoyo en información, particularmente de aquellos aspectos de calidad que en un momento dado se consideren propietarios y constituyan metas definidas en el tiempo. Metas que deben ser debidamente monitorizadas con los sistemas de información disponibles y que coadyuven en la práctica de la evaluación, del autocontrol y de la auditoría de la calidad. Metas que respondan a los estándares de calidad determinados por el direccionamiento estratégico y por la transformación cultural centrada en valores.

Entonces: ¿para qué sirven los requisitos esenciales?

¿Constituyen ellos el comienzo de la gestión integral de la calidad asistencial? La Resolución 4252 de 1997 del Ministerio de Salud de Colombia, bajo la premisa de que tales requisitos son indispensables para generar un sistema de garantía de calidad, ha establecido que sin su cumplimiento no puede obtenerse la certificación de los prestadores, necesaria para autorizar y obtener su contratación con los aseguradores. Certificación que debe ser obtenida a más tardar en enero de 1999.

Es claro que la normatividad de requisitos esenciales aboga por el cumplimiento de aspectos infraestructurales necesarios para un buen desempeño. Nadie puede discutir la conveniencia y positivo impacto que puede generarse en el servicio si se mejoran las adecuaciones de planta física, de dotación, de idoneidad de los recursos físicos, financieros y humanos. Sin embargo los requisitos esenciales así formulados son necesarios para fundamentar prácticas de mejoramiento continuo pero no son suficientes para lograrlo. Pero lo que resulta aún más preocupante y contradictorio es que el cumplimiento de los mismos son en Colombia, en las actuales circunstancias, impracticables y se tiene la ilusión de que con su implementación podrá saltar, como por arte de magia, la gestión de la calidad. Ante este panorama, resulta más eficaz y más eficiente, impulsar acciones más adecuadas en el fomento del liderazgo, del direccionamiento estratégico, de la transformación cultural, del gerenciamiento de procesos, del mejoramiento en la atención a las cambiantes expectativas y necesidades de los usuarios y la puesta en práctica del despliegue de la función calidad en todos los procesos.

Algunas propuesta posibles

Si los expertos verificadores de las autoridades territoriales, encargados de comprobar el grado de cumplimiento de los requisitos esenciales, son objetivos e imparciales, tendrán que aplicar con rigor el peso de la normatividad y aceptar que muy pocas, quizás menos del 10% de las instituciones hospitalarias públicas y privadas alcanzan a cumplir apenas el 50% de los requisitos esenciales. Y si eso es así muy pocos hospitales podrían seguir prestando sus servicios a la comunidad, de conformidad con lo estipulado en la norma y su obligatorio cumplimiento.

La otra alternativa que tienen las autoridades es prevaricar y “hacerse los de la vista gorda” para evitar problemas mayores que en nada contribuirían al mejoramiento hospitalario, a riesgo de cometer un delito. Este sí que es un dilema técnico-administrativo y de importancia trascendental para el futuro de las organizaciones sanitarias. Entonces, ante un panorama así tan confuso y oscuro ¿para qué los requisitos esenciales? Si en las actuales condiciones se hacen impracticables, a pesar de que nadie discute su conveniencia parece importante modificar plazos y establecer otras estrategias para estimular su cumplimiento, diferentes a la amenaza cierta de prohibir la capacidad de contratación de

los prestadores de servicios de salud, prohibición o impedimento que se convertiría en el golpe certero y definitivo para rematar el ya exiguo funcionamiento hospitalario.

Una propuesta adicional a prorrogar plazos, a diferenciar categorías de requisitos prioritarios y a diferenciar cronogramas de cumplimiento según la magnitud y tipología de las inversiones requeridas. Sería la de considerar incentivos tarifarios o subsidios anticipados a la oferta a quienes se comprometen a alcanzar o sobrepasar el 70% de cumplimiento de los requisitos esenciales en las diferentes unidades de servicio. Recursos de inversión que servirían para pagar los endeudamientos necesarios para cumplir con el desarrollo requerido en infraestructura, dotación, recurso humano adicional, principalmente.

DESAFÍO PROFUNDO

De todos modos, con o sin requisitos esenciales, el desafío de la calidad es más radical y profundo. Los requisitos esenciales son necesarios pero no suficientes.

A pesar de ello su exigencia perentoria y su relativa complejidad debe ser revisada y ajustada a las condiciones actuales que experimenta el sector. Su aplicación rigurosa podría afectar aún más las precarias condiciones financieras de los hospitales, carentes de recursos de inversión o dejarlos expósitos ante la negativa de una certificación que sería nada más y nada menos que su tabla de salvación para lograr la supervivencia.

Lo que sí es claro es que una cosa bien distinta es la gestión integral por la calidad y otra el cumplimiento de requisitos esenciales, en los términos en que han sido definidos en la Resolución 4252 de 1997. Tales requisitos apenas constituyen una condición necesaria aunque lamentablemente impracticable en las actuales condiciones que experimenta el sector.

CONGRESO DE TRAUMA

Del 11 al 14 de este mes de noviembre, XI Congreso Panamericano de Trauma y III Congreso Argentino de Trauma, organizado por la Sociedad Argentina de Medicina y Cirugía de Trauma y la Sociedad Panamericana de Trauma. La sede será el Paseo La Plaza, Corrientes 1660, Buenos Aires. Informes 382-1874/381-1777, fax(54-1) 382-6703, Argentina.

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

EN URABÁ

Hasta el 14 de noviembre, el Convenio Cofamiliar Camacol – Comfama, realiza el festival de la Salud para todas las familias vinculadas al régimen subsidiado de los municipios Chigorodó, Carepa, Apartadó y Turbo, en Antioquia. El evento cuenta con programación gratuita de lunes a sábado, del 3 al 7 en la sede de Salud Camcur, en Apartadó y de noviembre 9 al 14 en el Hogar María Helena de Crovo, también de ese municipio

“La libertad de información no es absoluta”

El grupo de comunicadores de la Salud de Medellín realizó un panel sobre la Ética de la formación en Clínicas y Hospitales, que se celebró en la Clínica Cardiovascular de Medellín. Por

la importancia del tema, EL PULSO registra en esta edición algunos conceptos de la ponencia del abogado y periodista Jorge Alberto Velásquez, los cuales deben ser dominio del sector salud

“La libertad de información no es una libertad absoluta o un poder ilimitado. La libertad de información es una libertad responsable cuyas fronteras son los derechos fundamentales de las personas, el bien común, la veracidad e imparcialidad y la responsabilidad social, civil y penal que surgen, para informadores y empresas informativas, de la aplicación específica de las normas legales en cada materia”, afirmó el abogado Jorge Alberto Velásquez ante un grupo de profesionales del sector salud, periodistas y comunicadores.

En este sentido la Constitución nos trajo un cambio significativo frente al concepto de libertad de prensa como “poder avasallante”, derivado de la Constitución de 1886 (Art.42). concepto en el cual no cabían mayores consideraciones frente al individuo y sus derechos,. Indico el abogado y periodista. Dijo que, sin embargo, los límites a la libertad de información no pueden entenderse en ningún caso como censura. La libertad de información es una libertad responsable, que ejerce dentro de un marco constitucional y legal de clara aceptación general. Tales límites están justificados por las necesidades de respetar y proteger los derechos de las personas, tal como lo prescribe nuestra condición de Estado Social y de Derecho.

EL DERECHO A LA INTIMIDAD

Uno de los aspectos centrales de su intervención fue el derecho a la intimidad, tema de enorme importancia para que el sector salud por cuanto la intimidad del paciente ha sido siempre motivo de reparos entre quienes tienen el deber y el derecho de informar y quienes, desde los organismos de salud, cumplen también con su deber de guardar la reserva de algunas informaciones y resguardar a los usuarios de posibles intervenciones que pueden hacerles daño.

El conferencista citó el artículo 15 de la Constitución Nacional y al respecto dijo que: “Este derecho corresponde al ámbito personal, donde cada uno encuentra las posibilidades para el libre desarrollo de su personalidad. Hay que diferenciar en este orden de ideas la vida privada de los particulares y la vida privada de los funcionarios o sujetos públicos en razón de sus actividades y responsabilidades.

¿Cuál debe ser la relación entre información y sociedad civil?. ¿Qué tanto debe saber el Estado de los ciudadanos y las personas qué deben saber, de quienes dirigen el Estado?

el derecho a la intimidad plantea el tema de las dos dimensiones fundamentales del hombre: lo individual y lo social. El derecho a la intimidad protege al individuo frente a su comunidad, frente a la prensa y frente al Estado.

La intimidad hace referencia a la conciencia, a la vida interior que está por fuera del ámbito jurídico, sustraída al conocimiento de extraños. Por esto mismo, los medios de comunicación no pueden invocar el derecho a la información para invadir la intimidad, esa esfera inalienable del hombre que es de su exclusivo interés.

CONFLICTO DE DERECHOS

Un ejercicio desbordado e inadecuado del derecho a la información puede lastimar el derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen (ART. 15 Constitución Nacional), derechos individuales que están privilegiados en su garantía por la jurisprudencia, cuando se trata de ciudadanos particulares, sin ningún cargo u oficio de notoriedad pública, recordó Jorge Alberto Velásquez.

En este sentido citó a la Corte Constitucional cuando dice:

“El derecho al buen nombre (...) está instituido como fundamental por el artículo 15 de la Carta Política, según el cual “El estado debe respetarlo y hacerlo respetar”, de lo que se deduce que obliga a todos y en toda clase de relaciones, tanto oficiales como particulares y sean ellas públicas o privadas; su respeto, por su puesto, es más exigente y estricto cuando se trata de relaciones o situaciones públicas, dado el carácter de derecho que se protege, el cual se desenvuelve muy especialmente ante una opinión circundante más o menos amplia y comprensiva de una gran variedad de relaciones personales.

La honra es igualmente, un derecho fundamental consagrado en el artículo 21 consuetudinal. Conforme a estos dos principios, toda persona tiene derecho a que lo que se exprese, siente y piense de él por los demás corresponda a una estricta realidad de sus conductas y condiciones personales, especialmente de sus bondades y virtudes, de manera que la imagen no sufra detrimento por informaciones falsas, malintencionadas o inoportunas.

Grande es ciertamente la importancia de estos derechos porque el hombre necesita que la opinión social dé apoyo cierto a sus valoraciones de sí mismo, a la prudente evaluación de su persona y al justo orgullo que le permite llevar una vida importante y significativa, a más de que la imagen que se tenga de él determina en alta medida el trato que se le da por los demás en una muy amplia gama de circunstancias que tiene que ver con toda clase de aspectos de su vida desde los afectivos hasta los económicos”. (Corte Constitucional, Sentencia T-480, 10 de agosto de 1992. Sala Séptima de revisión. Magistrado ponente, Jaime Sanín Greiffenstein).

DERECHO A LA INTIMIDAD

En la conferencia Jorge Alberto Velásquez Betancur también se hizo referencia expresa al conflicto entre el derecho a la intimidad y la libertad de información y citó una sentencia de la Corte en estos términos:

“En todos los casos de conflicto insoluble entre los derechos fundamentales a la intimidad y a la información, esta sala no vacila en reconocer que la prevalencia del derecho a la información, es consecuencia necesaria de la consagración de la dignidad humana como principio fundamental y valor esencial, a la vez, del Estado Social de Derecho en que se ha transformado hoy Colombia, por virtud de lo dispuesto en el artículo primero de la Carta de 1991 (Corte Constitucional, sentencia T- 414 de junio 16 de 1992. Magistrado ponente Ciro Angarita Barón.

Este fue el criterio prevalente hasta el 8 de marzo de 1998 cuando la Corte Constitucional produjo la sentencia T-066/98 en la cual introdujo como importante variación la prevalencia primafacie del derecho a la información sobre los derechos a la intimidad, la honra y el buen nombre, en casos relacionados con personas y hechos de importancia pública.

“En los conflictos entre el derecho a la información y los derechos a la intimidad, la honra y el buen nombre, en casos relacionados con personas y hechos de importancia pública, prevalece primera facie el derecho a la información. Ello en razón del papel de control del poder que desempeñan los medios de comunicación”.

	EL PULSO -----12-----	CARL SAGAN: “Aunque alguien esté en desacuerdo contigo, déjalo vivir. No encontrarás a nadie parecido, en cien millones de galaxias”
--	---------------------------------	--

El aire en el Valle de Aburrá

Los vehículos automotores causan más del 80% de las emisiones contaminantes

Por Francisco Molina Pérez Universidad de Antioquia

María Victoria Toro Gómez Universidad pontificia Bolivariana

Miryam Gómez Marín Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid

El pasado mes de agosto de entregó al Área Metropolitana el Programa de Protección y Control de la Calidad del Aire para el Valle de Aburrá, realizado conjuntamente por la Universidad de Antioquia, la Universidad Pontificia Bolivariana y el Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid. Dicho estudio presenta el diagnóstico de la problemática de contaminación atmosférica, el inventario de emisiones, la simulación de la dispersión, el diseño de la red de vigilancia y la propuesta del sistema de gestión de la calidad del aire.

EVALUACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

Para realizar el diagnóstico de la calidad del aire en el Valle de Aburrá se utilizaron como indicadores los siguientes contaminantes: material particulado en suspensión, óxidos de azufre, óxidos de nitrógeno, monóxido de carbono y niveles de presión sonora (ruido). La evaluación utilizó la información suministrada por la Red de Vigilancia de la Calidad del Aire REDAIRE y los resultados de una campaña relámpago de muestreo, con la cual se utilizó el panorama de contaminantes relacionados con el transporte realizando monitoreos en diez cruces viales estratégicos. La problemática de la contaminación del aire se analizó por separado para cada contaminante, utilizando el índice Estándar de Contaminación Atmosférica (PSI) propuesto por la Agencia de Protección Ambiental de los estados Unidos (EPA) (Ott, 1978). La figura 1. Muestra las categorías de calidad del aire para cada uno de los contaminantes estudiados. En el Área Metropolitana, el sector transporte es el principal responsable de la emisión de contaminantes atmosféricos debido fundamentalmente al aporte del monóxido de carbono, sin embargo, tradicionalmente se ha priorizado el control de las fuentes industriales, lo que hace necesario que en la actualidad se formule una política agresiva de control a las emisiones generadas por el transporte.

Figura 1. Priorización de la problemática por contaminante

El problema tiene que ver con las concentraciones ambientales de monóxido de carbono. Sin embargo, tanto en este como en los demás aspectos de la contaminación del Valle de Aburrá, la situación es menos grave que en otros contextos latinoamericanos como Ciudad de México. En todo caso, es la hora de actuar para que no se pase en una realidad insostenible.

SIMULACIÓN DE LA DISPERSIÓN DE CONTAMINANTES

Para la simulación de la dispersión de contaminantes se eligió el material particulado en suspensión como contaminante indicador, dicha selección obedece a que se cuenta con datos suficientes tanto de

emisiones como de calidad del aire. Se involucran 450 fuentes industriales además de los principales corredores viales y las actividades de construcción.

Realizando un análisis entre las emisiones estudiadas para el Municipio de Medellín encontramos los porcentajes en la tabla 1

Tabla 1. Emisión de Material Particulado en Suspensión por Fuente

FUENTE	Emisión KG/H	Porcentaje %
Fuentes Fijas	41.3	68.2
Fuentes Móviles	13.9	22.9
Fuentes de Área	1.8	2.9
Emisión Total en Medellín	60.6	100

RED DE VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AIRE

La red de Vigilancia evaluará los siguientes contaminantes: Monóxido de Carbono, Dióxido de Azufre, Dióxido de Nitrógeno, Ozono, Material particulado, Material Respirable (PM 10) para lo cual se instalarán 14 estaciones en el Área Metropolitana. El costo estimado de la Red asciende US\$2.2 millones.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL AIRE

El sistema de gestión se fundamenta en la secuencia lógica de tres momentos dominados: Conocer, Proponer y Actuar, que funcionan de manera interactiva. Además se propone integrar al sistema las instituciones que tiene relación con la búsqueda de una mejor calidad del aire lo cual se ilustra en la figura 3.

El momento CONOCER está asociado con la obtención de información básica para la toma de decisiones. Dicha información se relaciona con las fuentes de contaminación, la calidad de aire, los efectos en la salud y la problemática social de las comunicaciones afectadas.

El momento PROPONER plantea la reducción de emisiones basados en un estándar de calidad del aire fijado como meta dentro de un período dado. Para ello se deben identificar las acciones a desarrollar utilizando como herramienta fundamental la Planeación del Desarrollo Sostenible.

El momento ASCTUAR se fundamenta en cuatro ejes de trabajo

- Reducción de emisiones industriales utilizando mecanismos como los convenios de producción más limpia y las ventanillas de servicios ambientales.
- Control de emisiones de contaminantes por automotores a través del sistema integrado de transporte, mejores vías y programas de racionalización del ingreso de vehículos a las zonas céntricas
- Educación y divulgación, a través del plan estratégico de educación ambiental para el Área Metropolitana
- Vigilancia y control fundamentadas en la expedición de licencias y permisos y en el seguimiento de las fuentes de contaminación atmosférica. El Sistema de Gestión se retroalimenta partiendo nuevamente del momento CONOCER, permitiendo identificar la calidad del aire resultante luego de aplicar las acciones de prevención y control de emisiones, delineándose así, nuevas metas y estrategias para lograrlas.

Recomendaciones

“A grandes rasgos puede decirse que el problema más serio del Valle de Aburrá respecto a la calidad del aire que respiramos tiene que ver con las emisiones contaminantes de los vehículos automotores. Estudios comparativos realizados en 1985 y 1997 indican que la situación se hace cada vez más compleja, en especial en el centro de la ciudad.

En este sentido son muy válidos los esfuerzos que se adelantan para disminuir el tráfico automotor en el centro. Sin embargo, hubiera sido muy importante hacer mediciones lo más precisas posibles para conocer cuál es la calidad del aire del centro al momento de implantar las normas y cuál es la evolución del problema hacia el futuro, como consecuencia de ellas.

Vale la pena insistir en que el problema de la contaminación del aire en Medellín concretamente es todavía manejable y mucho menos grave que el de Santafé de Bogotá, Santiago de Chile, o Ciudad de México, para hablar del contexto latinoamericano.

Por lo tanto no hay que ahorrar esfuerzos desde el sector oficial privado para actuar y detener los índices de contaminación ya que es más fácil enfrentar los riesgos antes que ellos se salgan de las manos”.: Francisco Molina, Corporación ambiental Universidad de Antioquia.

El agua en Colombia

¿mito o realidad?

Por Gabriel Gómez Ochoa

Presidente Comité Médico Ambiente
Club Rotario Medellín

El tema del agua en Colombia es una verdadera realidad que nos coloca en el cuarto lugar de los países más ricos en este recurso en el mundo y en el primer lugar en relación con la superficie territorial, con una distribución de superficie clasificada así:

Superficie total: 1.141.748 Kms.2

Superficie de áreas marinas: 928.600 Kms.2

Superficie total en Colombia 2.070.348 Kms.2

Ahora la distribución porcentual queda en: 55.15% área terrestre y 48.85% área marina (plataformas).

En costas tenemos:

Océano Pacífico 1.300 Kms.

Océano Atlántico Mar Caribe 1.600 Kms.

Total Costas 2.900 Kms.0

LOS RIOS

En ríos ocurre algo muy particular: poseemos orillas en los ríos más caudalosos y largos del mundo, como el Amazonas y el Orinoco, donde la biodiversidad alcanza un lugar muy privilegiado, acompañándonos la región más lluviosa del mundo, el Chocó colombiano, donde los fenómenos climatológicos son absolutamente matemáticos en su transformación del ciclo: agua, sol, nubes agua. Convirtiendo toda la región boscosa que no ha sido violentada por el hombre en su verdadero equilibrio de laboratorio de vida, allí la naturaleza se desborda en biodiversidad como agradecimiento a la selva virgen y donde los ríos como el Atrato irrigan los suelos del chocó, permitiendo la

transformación de sus aguas en nubes y abonando al Océano Pacífico la vida de una selva en microorganismos.

Otros ríos como el Meta, el Guaviare, Caquetá, que junto con el Magdalena le entregan en su desembocadura al mar 8000 metros cúbicos por segundo de agua, tiene una realidad más grande en los caudales del Orinoco y Amazonas que depositan al mar 22.185 metros cúbicos por segundo y 65.917 metros cúbicos por segundo, en su orden.

Alrededor de todos estos ríos, mares y océanos colombianos, existe un mundo de diagnósticos para protegerlos, pero en la práctica se van olvidando por que lo urgente no permite realizar lo importante y la verdad está en ríos como la Magdalena y el Cauca, amén de otros mucho más pequeños que su recuperación biológica tomaría cientos de años como el caso del Río Medellín.

Algo se hace, pero no a la velocidad con que se destruye y esto nos pone hoy ante un hecho poco debatible, ¿sí existe en Colombia tanta agua como hace 100 años? ¿Sí tenemos tantas reservas como se registra en los anaqueles históricos?

La respuesta la podemos ir elaborando alrededor de las más de 33.000 quebradas que se han secado en Colombia por culpa de la deforestación y la explotación irracional de los recursos renovables y no renovables que al final terminan por contaminar, sedimentar y secar lo mucho que tenemos de agua y que hoy sea realidad está empezando a convertirse en mito.

	EL PULSO -----13-----	COLUMNA EDUCATIVA La columna que en esta edición inicia la Secretaría de Seguridad Social en Salud de Medellín, en EL PULSO, es un importante esfuerzo de información y educación de este organismo de salud para todos nuestros lectores. Espérela, búsquela, colecciónela. Ella será de gran valor para todos los funcionarios del sector.
--	---------------------------------	--

Salud en Internet

Notas Médicas preparadas
por José Humberto Duque Z.
Fuente: Diario Médico de España
Web site: [www. Recoletos .es/dm](http://www.Recoletos.es/dm)

El empleo de celulares eleva la presión sanguínea

Los usuarios habituales de teléfonos celulares pueden ver incrementada su presión sanguínea, según un trabajo de la Universidad de Friburgo, en Alemania, publicado en la revista The Lancet el pasado mes de junio.

La eco-endoscopia detecta con precisión tumores gastroesofágicos

La clínica Universitaria de Navarra ha presentado los primeros resultados de la técnica eco-endoscópica aplicada al diagnóstico de tumores del esófago, estómago y recto, su proximidad al objetivo y su facilidad de verificación la convierten en su método preciso que detecta incluso las lesiones en las capas musculares, submucosas y serosas. Llega además a los órganos vecinos y se efectúa de forma ambulatoria.

Té, ajo y omeprazol, nuevo cóctel para eliminar al “Helicobacter”

Mientras un trabajo holandés asegura que la combinación de ajo con inhibidor de la bomba de protones, en el omeprazol, parece capaz de inhibir el crecimiento del *Helicobacter pylori* (HP), otro estudio japonés destaca las propiedades antivirales, antibacterianas y antioxidantes del té, una de las bebidas que más se consumen en todo el mundo. Debido a que el ajo y el omeprazol por separado han mostrado efectos inhibidores del HP in vitro, los investigadores del Hospital Universitario de Maastricht, en Holanda, analizaron si la combinación de ambos se mostraba efectiva terapéutica frente a esta bacteria, que cada día que pasa incrementa sus resistencias a los antibióticos.

El ejercicio regular disminuye el riesgo de enfermedades biliares

Los hombres que hacen ejercicio de forma regular tienen menos probabilidades de padecer litiasis y enfermedades de la vesícula biliar que los que no lo practican. Los resultados de un trabajo publicado en el último número de *Annals of Internal Medicine* indican que el 34 por ciento de los casos de litiasis sintomática en varones pueden prevenirse realizando ejercicio físico durante media hora al día.

El reflujo esofágico rebelde debe remitirse precozmente a cirugía

La enfermedad por reflujo gastroesofágico debe acometerse de forma precoz mediante intervención quirúrgica una vez que las medidas conservadoras se han agotado. Previamente, esta patología debe haber sido estudiada con detalle mediante las técnicas adecuadas, como son la manometría y la pHmetría, que permiten diagnosticar el funcionamiento del esófago y la fisiología de la enfermedad.

Un protozoo ligado estadísticamente al ataque agudo de asma

El 5 por ciento de la población padece asma, enfermedad para la que, de momento, sólo existe tratamiento sintomático. Dos investigadores del Hospital Central de Asturias, en Oviedo, han identificado un protozoo que está relacionado con la aparición del ataque agudo de asma. Los autores intentarán inducir asma en animales a través de la inyección del microorganismo, de forma que si lo consiguen se abre la posibilidad de terapia curativa.

La “*Chlamydia pneumoniae*” podría estar implicada en asma bronquial

Diferentes estudios comienzan a seguir una relación entre la *Chlamydia pneumoniae* y procesos tan frecuentes como la arteriosclerosis - causa de infarto, angina y muerte súbita - y el asma bronquial.

Una nueva vía puede impedir el daño de las neuronas por un ictus

La comunidad científica mantiene la idea de que algunas neuronas mueren como mínimo inmediatamente después de que se produce un accidente cerebrovascular debido al bloqueo de ciertos vasos sanguíneos, mientras que otras células mueren más tarde por la exposición a componentes que se liberan en el ictus, tales como el glutamato. Uno de los cambios estudiados para limitar esta segunda ola de destrucción neuronal consiste en detener la aparición del glutamato.

El autoconsumo de analgésicos impide el control de las cefaleas

El paciente con cefalea tiende a automedicarse, situación que dificulta llegar a un buen tratamiento y diagnóstico, según se ha puesto de manifiesto en el III Congreso de la Federación Europea de Sociedades de Neurología. También se han comentado diversos aspectos sobre el avance genético y sus aplicaciones en el campo del diagnóstico de dicha patología.

El potasio reduce un 38% el riesgo de desarrollar un ictus

Las dietas ricas en frutas, verduras y cereales pueden reducir el riesgo de desarrollar un ictus, sobre todo en pacientes con hipertensión, según se desprende de un trabajo que se publica en *Circulation* de septiembre pasado.

La aparición de demencias se asocia a la malnutrición en la infancia

La enfermedad de Alzheimer, así como de otras patologías cognitivas, puede ser consecuencia de la malnutrición durante la infancia, de acuerdo con un estudio publicado en el último número de *Pediatrics*. Los autores del trabajo realizaron una serie de pruebas de desarrollo mental en un grupo de 3.733 estadounidenses adultos de origen japonés que vivían en Hawái entre 1991 y 1993, y que en su mayoría sufrieron pobreza y hambre durante su niñez.

Un nuevo dispositivo reduce el temblor de Parkinson

Un grupo de expertos austríacos ha desarrollado un nuevo dispositivo de estimulación cerebral que consigue reducir los síntomas del Parkinson, especialmente en los pacientes que son farmacorresistentes. Francois Alesch, de la Clínica Universitaria de Neurología, de Viena, ha realizado las primeras implantaciones del nuevo aparato en humanos para controlar los temblores provocados por la enfermedad.

La calidad de los servicios de salud, un modelo de gestión

Por Carlos Alberto Sánchez Quintero

El Sistema de Seguridad Social en Salud ha delegado en las Direcciones Locales de Salud, la función de dirección, vigilancia y control del sistema en cada localidad, es decir lo relacionado con aseguramiento, con la salud pública y con la oferta de servicios, tanto de las I.P.S. públicas como privadas.

Para el caso de las E.P.S. e I.P.S. la reforma ha planteado el sistema de obligatorio de garantía de la calidad en salud por lo que ha expedido la siguiente normatividad:

Decreto

2174/96: Mediante el cual se estructura el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de los Servicios de salud.

Resolución

04445/96: Que dicta las normas referentes a las condiciones sanitarias para establecimientos hospitalarios y similares.

Decreto

2753/97: Define las normas de funcionamiento que debe cumplir los prestadores de servicios de salud en territorio Nacional.

Resol.

04252/97: Por medio de la cual se adoptan estándares técnicos con los cuales se deben prestar los servicios de los servicios de salud y se establece el procedimiento para el registro de la declaración de los requisitos mínimos esenciales en todo el país.

Decreto

204/98: Que amplía el plazo para implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en E.P.S. e I.P.S. al 28 de julio de 1998 y fija como plazo máximo para cumplir con los requisitos mínimos Esenciales hasta el 29 de enero de 1999.

Resol.

2927/98: Por medio de la cual se reglamenta la practica de terapias alternativas en la prestación de los servicios de salud.

El Municipio de Medellín ha adoptado las anteriores normatividades con el ánimo de satisfacer las necesidades en prestación de servicios de salud de sus ciudadanos.

El concepto de calidad ha evolucionado a lo largo de los años y muy especialmente en el sector de los servicios de salud, pasando por diferentes formas de garantía, desde los permisos de funcionamiento, ahora los requisitos mínimos esenciales y a futuro la acreditación.

Entre los principios fundamentales de la reforma del Sector Salud estuvo la búsqueda de la calidad. Entre otras condiciones de competencia regulada, sería deseable para incrementar los niveles de calidad y vencer el carácter del monopolio de las entidades públicas, que ese solo hecho las convertía en ineficientes.

Sin embargo, en el sector salud es necesario saber de que tipo de calidad estamos hablando:

La calidad subjetiva que es la que percibe el cliente (el paciente) en el momento de la atención y tiene relación con las instalaciones, la amabilidad de los empleados, la oportunidad de la atención, las

condiciones ornamentales de las salas y la reducción en los tiempos de espera, la empatía con el profesional de la salud que lo trata, la claridad de su prescripción y el diálogo que se sostenga en general los momentos de verdad.

La calidad objetiva depende de otras características que seguramente el paciente no percibe, como por ejemplo las condiciones arquitectónicas de la construcción, el equipamiento, la idoneidad de los profesionales y el personal auxiliar, la atención integral de los riesgos, los procesos administrativos y los protocolos asistenciales, la eficacia resolutoria del diagnóstico y el impacto de tratamiento sobre la enfermedad, entre otros.

La Reforma de Seguridad Social pretende garantizar la calidad subjetiva mediante la capacitación de los usuarios para que exijan la atención humanizada, oportuna y en condiciones mínimas de relaciones interpersonales, por ello establece la libre elección para que el usuario pueda cambiar de I.P.S. de E.P.S. y aún de profesional. Otros recursos para garantizar la calidad subjetiva son las ligas de usuarios y las veedurías ciudadanas.

La calidad objetiva se garantiza mediante los organismos de control, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, los planes de beneficios obligatorios, las acciones del INVIMA, la auditoría médica.

La ciudad de Medellín cuenta con un número aproximado de 4.000 I.P.S. de diferentes niveles de complejidad, de las cuales han inscrito los requisitos mínimos esenciales 1.800 y se ha visitado para su verificación a 350 con marcada aceptación por parte de los prestadores, dada que dicha visita permite hacer un plan de correcciones y adecuaciones con el prestador de los servicios. En la mayoría de los casos se trata de una función educativa y de apoyo para la I.P.S., más que de tipo policivo o sancionatorio. La calidad no consiste en desarrollar estrategias novedosas ni comprar equipos sofisticados ni costosos; la calidad se logra cuando se responde a las normas, procedimientos y técnicas para prestar un servicio que satisfaga al paciente.

El profesional de la salud debe tener presente las reglas de juego y ponerlas en práctica al realizar su trabajo. Los costos de la calidad han alcanzado a incrementar los presupuestos entre un 3 a un 5% mientras que los costos de la no calidad pueden elevar entre un 35 y un 45% los presupuestos de las instituciones.

“CONJUGANDO EL TIEMPO DEL HOMBRE”

Este es el nombre de la exposición que durante el mes de noviembre estará colgada en el primer piso del Centro Administrativo Departamental La Alpujarra, de Medellín. Se trata de fotografías en sepia de Jorge Narvaéz y esculturas de la artista antioqueña Olga Inéz Arango, quienes abordan la misma temática desde dos expresiones artísticas diferentes.

EL PULSO

-----14-----

Cultural

César Uribe Piedrahíta:

El hombre que dignificó un oficio

(Medellín, nov. – 1896 – Bogotá dic. – 1951)

Augusto Escobar Mesa

Profesor Universidad de Antioquia

Según Letamendi: “El médico que no sabe más que medicina debe tener por cierto que ni medicina sabe”. Haciendo eco a esta idea, pero sobre todo a su espíritu inquieto, César Uribe Piedrahíta orienta desde muy temprano su vida a la búsqueda de una equidad social en la que todos pueden tener acceso al progreso, al bienestar social, y en particular a la salud: inicialmente con indígenas y colonos del Urabá antioqueño, luego con los nativos de la amazonía colombiana, después con los habitantes del pie de monte llanero y de la Guajira. Se acerca de tal manera a las comunidades indígenas que lo llaman “hermano”. Mientras les brinda sus conocimientos, recibe multiplicado el de ellos, que no era menos importante. Aprende su modo de comunicarse, su cultura, sus tradiciones y sabiduría, que reproduce luego en excelentes dibujos y en sus escritos.

ABANDERADO DE MUCHAS CAUSAS

Igualmente es amigo de los campesinos de la Sabana cundinamarquesa que llegan, al final de sus días, a su casa de campo en busca de ayuda. Los obreros del petróleo de la zona venezolana del golfo de Maracaibo encuentran en él no sólo el hombre que los cura, sino también el que escucha sus pacientes y se solidariza con ellos ante la explotación por parte de las multinacionales y la dictadura de Juan Vicente Gómez. Por eso lo destituyen como director de un hospital adscrito a una de las compañías norteamericanas.

Es el abanderado de la causa de los estudiantes a quienes representa y defiende como congresista, y les brinda, como el mejor de los maestros todo conocimiento que no estaba fundado sólo en la teoría sino en una vida plena de experiencias. A éstos y a sus colegas y amigos médicos, biólogos, químicos, abre las puertas de los laboratorios CUP para que desde allí, en equipo, busquen la solución a los males de la salud del país. Desde allí salen centenares de productos genéricos dirigidos a remediar el padecimiento, sobre todo, de la población más marginada del país. CUP fue “el laboratorio de las puertas abiertas”. Así se le llamó y nunca hubo otro que le secundara tal espíritu después de su destrucción por un incendio tras los sucesos nefastos del 9 de abril de 1948, luego de la muerte del líder popular Jorge Eliécer Gaitán.

VIAJERO DEL CONOCIMIENTO

Pero su solidaridad fue más allá al abanderar otras causas que involucran al país colombiano: creó el primer herbario nacional y uno de los más importantes laboratorios farmacológicos, además, un

serpentario, un laboratorio de serología y otros de toxicología. Modernizó, desde la rectoría, la Universidad de Cauca, estimuló la arqueología y la creación artística y fue mecenas de muchos jóvenes creadores, y él mismo fue un experto acuarelista y dibujante. Miembro fundador de la revista literaria-artística PAN, colaboró económica y literariamente en otras revistas culturales. Representó a Colombia en importantes eventos científicos con aportes investigativos que fueron reconocidos internacionalmente. Fue profesor de las Universidades de Harvard, Nacional de Colombia y Cauca. Su versado conocimiento en las enfermedades tropicales y el dominio de varios idiomas le permitió viajar por todo el mundo como conferencista e investigador. Fue ante todo un hombre comprometido con la causa de los más desprotegidos, y el más leal y generoso de los amigos. Enrique Uribe White, otros pioneros en muchas empresas culturales, afirmaba que César Uribe Piedrahíta era “el colombiano que más amaba a Colombia”, y habría que agregar: fue uno de los pocos científicos y escritores que dio un testimonio fiel y auténtico de lo que fue la sociedad colombiana de su época.

HOMBRE DE CULTURA UNIVERSAL

César Uribe Piedrahíta o el “mono” Uribe para sus amigos o el “Estafilococo dorado” para sus estudiantes de medicina, se graduó de médico cirujano en 1920 en la Universidad de Antioquia y luego en medicina Tropical de la Universidad de Harvard. En la opinión de sus contemporáneos, era un hombre de una personalidad polifacética que compartió múltiples actividades, hizo carrera en muchos oficios y siempre le persiguió un deseo indoblegable de aventura. Era un hombre que parecía gozar de la vida por todos los poros y que se revelaba en una continua explosión de inteligencia. Uribe no cejó un instante en la búsqueda de verdades en todas las formas de vida, desde los protozoarios hasta el hombre, hombre de cultura universal, recorrió los caminos del saber científico, del pensamiento humanista y los senderos excelsos del espíritu a través de todas las artes: médico, cirujano, naturista, bacteriólogo, salubrista, investigador, etnólogo, arqueólogo, educador, novelista, crítico de arte, acuarelista, músico, dibujante, grabador, administrador, aventurero y bohemio. Como decía el poeta Guillermo Valencia, Uribe Piedrahíta poseía conocimientos que lo hacían merecedor del nombre de Caballero del Renacimiento. Pero sobre todo mostró y siguió haciendo hoy que el oficio que no reivindique y dignifique al hombre, aliena.

Tanto la obra literaria de Uribe – “Toá” (1935), “Mancha de aceite” (1937), “Caribe” (1939) - como la científica, muestran la huella de un espíritu imbatible a pesar de las adversidades. En sus novelas y obras artísticas se percibe un implacable anhelo de justicia social y de armonía del hombre con el mundo. Se pronuncia contra la explotación humana no importa donde viniese, contra la corrupción administrativa, contra el despotismo de la clase dominante económica y política, y contra el intervencionismo descarado, ambicioso y devorador de las compañías multinacionales, fue él una lección de humanidad y lo sigue siendo en tiempos tan aciagos como los que vivimos hoy.

<p>TARJETAS DE NAVIDAD Llegó la Navidad y para ella una vez más Corpaúl se acerca a todos los colombianos con sus mensajes de fraternidad y amor, plasmados en sus tarjetas de Navidad. Con ellas la empresa este año busca reunir recursos para los niños del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín. Informes en los teléfonos 511 -45-55 Fax.. 514-10-85</p>	<p>EL PULSO -----15-----</p>	
--	--	--

Jorge Holguín

Un punto de referencia para los médicos de hoy

“No es el carro último modelo el que nos da el papel que nos corresponde”

Con frecuencia en el cuerpo médico del país se habla con nostalgia de los médicos de ayer, verdaderos maestros de la vida, amantes de la ciencia más que de los lucros o las distinciones, humanistas, polifacéticos y, ante todo, humildes. Pero, por fortuna, en los pasillos donde se ejerce la medicina, todavía rondan algunos, ojalá muchos de aquellos. En todo caso, en esta edición EL PULSO rescató a uno de ellos para que, en víspera de la celebración del Día del Médico, este sea también tema y motivo de reflexión y par que sus palabras sirvan de acicate en estos momentos cuando los profesionales de la salud sienten golpeado su ego, su dignidad y sus bolsillos, por cuenta de riesgo de la ley 100. Se trata de una pediatra y neurólogo que ha recibido honores donde quiera que ha ido. Él último reconocimiento le fue otorgado recientemente por la Asociación de Egresados de la Universidad de Antioquia; se trata del premio José Félix de Restrepo el egresado más ilustre, diploma año 1998. Pero, un mes antes sus colegas venezolanos no se habían quedado atrás: la Sociedad de Neurología Infantil de ese país lo declaró miembro honorario; también recibió la misma distinción de la Universidad de Carabobo y fue declarado ciudadano honorario de la ciudad de Valencia. Es que, en este país hermano, él tiene alumnos desde hace más de 30 años y aquí como allá, como en París, donde vivió varios años. Ha dejado en claro cuál es el papel de maestro y ha enseñado desde el ejemplo que la sabiduría y la humildad juntas hacen un buen matrimonio.

Pero no son sus últimos reconocimientos los que motivaron esta entrevista con él; sus premios son un pretexto para pedirle que hable a sus colegas desde el corazón y les cuente un poco de su filosofía de vida, de su amable papel de “medico cocinero” y de tantas otras cosas.

SUS DISCIPULOS

Jorge Holguín lleva 46 años vinculado al Hospital Universitario San Vicente de Paúl desde la docencia y al asistencia. Sus discípulos lo definen como un hombre muy humano, poseedor de la humildad del que es verdadero sabio y que por lo tanto puede decir desde su corazón “solo sé que nada sé”. Como maestro de todo de sí; como pediatra es dueño de una infinita ternura con los niños; como hombre tiene un gran compromiso con los humildes, hasta el punto que uno de sus grandes placeres es desayunar en la Cafetería del Buen Dios, debajo de la capilla del Hospital San Vicente, porque allí puede reunirse con las personas más pobres que van en busca de una gaseosa o un tinto mientras esperan noticias de sus seres queridos.

Miremos un poco de su hoja de vida y de su personalidad polifacética antes de escucharlo:

Es médico y pediatra de la Universidad de Antioquia; neurólogo de la Universidad de Misouri, y estudio neumología pediátrica en la Universidad de París y neurología infantil en la Universidad de George Washington.

Estudio Historia del Arte en el Instituto de Bellas Artes de Medellín, Fue campeón de natación en de 100 y 200 metros en el Tolima, su tierra natal a la que dejó muy pequeño; es amante de la historia y por lo tanto cree de verdad y no por retórica que los venezolanos son nuestros hermanos, porque ha encontrado en las páginas de los libros más de un motivo para que quererlos y para darse cuenta que nuestras vidas están ligadas desde tiempos de la colonia, de la independencia y mucho más en las épocas contemporáneas. Y, como si fuera poco, Jorge Holguín dice además que ha cometido el “pecado” de escribir versos.

MEDICINA A LA CARTA

- Pero, hablemos de la cocina maestro, para relajar un poco tantas angustias en la que nos ha metido hoy el momento crucial que vive la salud. ¿Por qué un médico “cocinero”?

“Un médico debe ser un poco de todo porque en esa medida conoce y sirve mejor al ser humano: mucho de ciencia, mucho de humanismo, mucho de arte y también mucho de buena mesa, porque la cocina es un arte también y detrás de ella está inmersa buena parte de nuestra civilización.

Todo pueblo verdaderamente culto se enorgullece de una buena mesa y yo he encontrado en este tema una gran fuente de conocimientos”.

- **¿Cómo empezó todo?**

“Empezó en la finca de mi abuelo materno en El Líbano, Tolima. Era único hijo – mi padre murió cuando yo tenía dos años - y pasaba mi tiempo con los hijos de los trabajadores de la finca; jugando con ellos en aquella cocina tan grande veía como se preparaban los platillos,. Un día me inscribí en los scouts y salimos a un campamento. Nadie sabía cocinar y yo me apunté para preparar un sancocho que gustó mucho.

Desde ahí quedé matriculado y empecé a estudiar el tema en serio”.

Luego vino mi viaje de estudios a París y la cosa se puso más seria. Tengo un delantal de la Cofradía de Médicos Gourmet de Francia, el cual me lo entregaron como reconocimiento a mis enseñanzas no tanto sobre la buena mesa, sino sobre la historia de la cocina en el mundo.

En ese delantal hay una leyenda muy clásica:

- 1. El jefe tiene la razón
- 2. El jefe siempre tiene la razón
- 3. Si un subalterno tiene la razón se aplica el numeral 1.
- 4. El jefe no tiene relaciones con su secretaria la instruye
- 5. El jefe nunca llega tarde sino que lo retuvieron.
- 6. El jefe no lee periódicos sino que se informa.
- 7. El jefe no bebe, se refresca.

En síntesis, es toda una apología a la investidura y al respeto que se le da al jefe en la cultura europea”.

- **¿Y qué decir de la historia de la cocina colombiana?**

“Es una cocina con mucha influencia indígena, pero también con grandes rasgos españoles.

Por ejemplo aquello de las alcaparras en el ajiaco es muy español y comer hongos también es una costumbre de la madre patria.

Nuestra cocina es rica y variada pero carece de refinamiento; le faltan por ejemplo los buenos vinos. Pero, con la influencia de la cocina europea ha ido ganado cada vez más”.

- **¿Cuál es su especialidad?**

“Las sopas, los pescados, las aves, las carnes rojas... Por ejemplo mi posta burguesa, que se hace con vino es bastante buena. Y también sigo fiel a los sancochos hechos con todas las de la ley; es decir, con 3 carnes como mínimo: pollo, res y cerdo; esa combinación es la que le da un buen sabor a los tres ingredientes”.

Una lección de modestia

Hablar con Jorge Holguín sobre la profesión médica es un deber y un derecho que se ha ganado porque ha ejercido esta profesión con todas las ganas y el compromiso.

- **¿Ha perdido el médico ese puesto que la sociedad le concedió a través de la historia?**

“Creo que el médico conserva el papel de guía, de líder y si bien se ha perdido un poco es por que la medicina ha bajado sus estándares y sus patrones de excelencia intelectual, moral y científica. es que un país con 44 facultades de medicina es muy fácil que esto ocurra; países como Francia, por ejemplo, con 60 millones de habitantes, no tiene más de 20 facultades de medicina; eso tiene que decirnos algo”.

- **¿Cómo ve el futuro de la profesión de la profesión médica?**

“Difícil, pero pienso que si los médicos son solidarios y se integran y recuperan su liderazgo moral, científico e intelectual, la medicina asumirá de nuevo el papel que le corresponde. Es que la sociedad necesita que el médico sea líder moral, por encima de todo”

SUS ENSEÑANZAS

- **¿Unas palabras para sus colegas?**

“Que antes que expertos, técnicos o sabios sean seres humanos que respeten sus pacientes. Con ellos siempre hay que ir más allá de lo que la profesión exige. Siempre se puede dar un poco más. Segundo, que entiendan que hay que hacer gran cantidad de esfuerzos, más que en las demás profesiones, porque los conocimientos se han multiplicado y los pacientes piden más. Y algo muy importante para este momento: que el médico no olvide que se puede vivir materialmente con modestia y frugalidad y ser más feliz.

No se necesita, para ser mejor médico, más reconocido, más exitoso, más humano, tener el carro último modelo... Nuestros grandes médicos, muchos de ellos, se recuerdan por sus carritos viejos

pero encantadores... yo tengo un modelo de hace varias décadas y cuando saco la mano para dar una limosna mas bien me la dan a mi... Eso es tranquilizador; no estoy pensando en que me van a matar por robarme un carro muy moderno del que además debo todas las cuotas... Hay que ser más auténticos para volver a ser felices”.

LA FAMILIA

Por encima de todos sus hobbies y placeres, Jorge Holguín domina el mejor de los placeres: el del amor por el hogar, por la esposa, por los hijos, por tanto aquello a calidez, a ternura, a permanencia. Su esposa, la francesa Claire Lew, es filóloga; se ha ganado 5 premios de la literatura en español.

Tiene un hijo y dos hijas.

“Mi familia me hace feliz, muy feliz –dice- mi mujer, la misma de siempre, y esos hijos maravillosos son lo mejor que Dios me ha dado.

Creo que es allí en el hogar donde mis colegas y todos los hombres del mundo deben centrarse para no perder el sentido tras las vanalidades en las que la sociedad colombiana se montó desde hace unas décadas, por razones conocidas por todos”.

<p>UN REGALO ESPECIAL El mejor regalo para el Día del Médico, libro “El Hospital” donde está escrita de manera amena y anecdótica, buena parte de la historia de la medicina antioqueña, a través de la vida y obra de el Hospital San Vicente de Paúl de Medellín.</p>	<p>EL PULSO -----16-----</p>	
--	---	--

Economía para pensar

¿Sabe cómo está el interés del UPAC?

Por María Elena Duque

Economista

El sistema UPAC fue creado en el año 1971 con el propósito de incentivar el sector de la construcción. Inicialmente se ajustaban los saldos de las cuentas de ahorro y los préstamos con respecto a la inflación, más unos puntos de interés.

Como la tasa de interés corriente está varios puntos por encima de la inflación, las Corporaciones de Ahorro y vivienda dejaron de ser competitivas con respecto al resto del sistema financiero, ya que este último capta a la tasa de interés corriente.

Para que el sistema UPAC funcionara, a principios de la década del 90 se amarró la corrección monetaria a la tasa de interés, liquidándola como el 74% del promedio de las últimas cuatro semanas

de DTF (tasa efectiva promedio de captación de bancos y corporaciones financieras), haciendo obviamente más oneroso conseguir una con este sistema.

MEDALIDADES DE PAGO

Existen dos modalidades de pago de los créditos de vivienda.

- A. Cuota Creciente: se empieza pagando muy poco por mes, pero con el lapso del tiempo o puede incrementar de \$15.000 a \$100.000 por millón. Existen varias posibilidades de acuerdo con la capacidad de pago del prestatario, que hacen que varíe el monto de la cuota, pero siempre es creciente.
- B. Cuota Fija: se empieza pagando un valor muy alto, pero se conserva hasta el final del crédito; el promedio por millón es de \$35.000 mensual.

En los dos casos el valor del presente neto del pago es el mismo y el interés también. En octubre de 1998 se está liquidando a 25.7% de corrección monetaria más de 14% en promedio de interés normal, lo que en total equivale al 43.29% efectivo anual.

En la cuota fija crece muy poco la adecuada porque dentro de esta se cubren los intereses y se amortiza parte del capital.

La cuota creciente cubre los puntos de interés (14%) y una pequeña parte de la corrección (25.7); la diferencia no cubierta, incrementa el saldo de la deuda en aproximadamente un 1.6% mensual; sobre este nuevo saldo se aplica el interés y la corrección monetaria; en otras palabras, es un interés compuesto. Lo que se abona a capital no produce ningún efecto hasta aproximadamente el año 10, en el cual empieza a disminuir el monto de la deuda, sin que baje nunca el valor de la cuota.

Pasados unos años de haber amarrado la corrección monetaria a la tasa de interés, el sistema empezó a afrontar problemas tanto para las corporaciones como para los deudores. Estos últimos han tenido que dejar de pagar sus cuotas, perdiendo sus viviendas y las corporaciones se han llenado de inmuebles; además, muy pocas personas solicitan un crédito, conociendo la inestabilidad y la falta de claridad con respecto al manejo de las tasa de interés.

Seminario nacional sobre la ley 100

Entre el 19 y el 20 de noviembre se realizará en el Hotel Tequendama de Santafé de Bogotá el Seminario Nacional Ley 100 cinco años: Consolidación o Contrarreforma.

El evento, organizado por la fundación Creer, espera reunir unas 250 personas, entre ejecutivos y académicos del sector, provenientes de Hospitales, EPS, Cajas de Compensación Familiar, Empresas Solidarias de Salud, Direcciones de Salud, Universidades, Sector Gremial, etc.

Pretende abordar con amplitud y profundidad los más serios problemas que se observan en la implementación del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud y tiene como antecedente exitoso el Seminario para Ejecutivos de Salud, Ley 100 cuatro años, realizado por la misma Fundación en noviembre de 1997.

Entre sus objetivos está facilitar una controversia productiva y constructiva entre los diferentes actores sobre algunos aspectos esenciales y polémicos en el nuevo sistema como el flujo de recursos, la ética y la calidad, la intermediación, la transformación de subsidios y la crisis hospitalaria.

PROGRAMA

La instalación será el día 19 de noviembre a las 8:30 am. Ese mismo día habrá los siguientes paneles: ¿Consolidación o contrarreforma?, ¿Contratación, facturación y auditoría, el conflicto EPS –IPS y El Derecho a la Salud. la conferencia del día será sobre el tema Perspectivas de la Calidad en la reforma de la salud.

El viernes 20 los páneles serán sobre:

Las crisis hospitalarias; El reaseguro: Experiencia y perspectivas; Los problemas operativos del Régimen Subsidiado y las EPS públicas, privadas o comunitarias, ¿se justifica la intermediación?. Ese mismo día la conferencia será sobre el tema evaluación Cimder– Minsalud de las Empresas Solidarias de Salud.

Informes e inscripciones en la fundación Crecer, teléfonos 287-12-78 y 93-5103288 y Seven Eventos, Santafé de Bogotá