

Creada Sociedad Médica Colombiana capítulo Antioquia	“La plata del sistema se la han robado”: Minsalud	Informe sobre los costos del SIDA	I.A.T.M. Fortalece su tecnología
---	--	--	---

Ver página 5

Ver página 8

Ver página 10

Ver

página 11

Periódico

para el

sector de la salud

EL PULSO

Medellín, Colombia – N° 4* - Diciembre –1998* valor \$1000

Mesura y sustentación al cuestionar la Ley 100

Especialistas del Sector Salud dicen que hay que medir las consecuencias de los ataques a la norma

“La ley 100 nació y ha tenido, en cuatro años de implementación, múltiples logros: un importante aumento de la cobertura de aseguramiento en salud; una preocupación del Sistema como un todo para mejorar su gestión; el aumento de los recursos que el país destina a salud (ya que significan cerca del 10% del PIB); el hecho de que 21 de las 23 EPS privadas estén funcionando adecuadamente; y especialmente, una satisfacción de los colombianos con la calidad de la atención, que según la última encuesta de calidad del Dane, supera el 83%. Sin embargo, los múltiples críticos no mencionan eso; son las dificultades y la necesidad de una contrarreforma”.

Estas afirmaciones de Manuel Camacho M. Del centro de Gestión Hospitalaria y de Henry Gallardo, jefe del Área de la Salud de la Fundación Corona, son la respuesta a una serie de críticas a la ley 100 que se han dado en los últimos días del país, algunas de las cuales fueron publicadas en el periódico EL PULSO de noviembre.

PANORAMA MÉDICO

Argumentan, por ejemplo, que el crecimiento de los costos en salud ha hecho que el ingreso de los médicos en todos los países del mundo esté disminuyendo, lo que se agrava en nuestro caso por la sobre oferta de estos profesionales. “El panorama del ingreso médico en el país es aterrador con o sin ley 100. La solución está en controlar el número de médicos, formarlos de acuerdo a las necesidades del país y evitar los sobre costos de la mala utilización de la tecnología en salud”, sostienen.

PAGINA 7

LEA EN ESTA EDICIÓN

¿Cómo ser un buen médico?

A propósito de la celebración del Día del Médico, José Humberto Duque, del Comité Editorial de ELPULSO, presenta una reseña del libro de James E. Drane, bioeticista norteamericano, titulado:

¿Cómo ser un buen médico?.

Allí se afirma que el médico inauténtico o egoísta resulta más peligroso que los abogados, políticos y los hombres de negocios deformados de manera similar.

PAGINA 6

Ajustes a la ley 100

Es indiscutible la imperiosa necesidad de realizar algunos ajustes a la ley 100 de 1993, en especial en lo atinente al sector salud; pero más que darse a la tarea de formular trascendentales cambios, se necesita tomar conciencia que la normatividad en salud no puede ser un sistema aislado de ordenamiento jurídico nacional. Sobre el tema escribe la Secretaría de Seguridad Social en Salud, en su columna permanente en EL PULSO.

PAGINA 11

Pénfigo foliáceo endémico

Un grupo de investigadores de la Universidad de Antioquia, liderados por la dermatóloga Ana María Abreu, obtuvieron el primer premio en el reciente Congreso Nacional de Dermatología con su investigación sobre el Pénfigo Foliáceo Endémico, trabajo del cual presentamos en esta edición un informe especial.

PAGINA 13

El Sida sigue atemorizando los profesionales de la salud

Una polémica planteada por EL PULSO en esta edición, entre profesionales de la salud que se ocupan cotidianamente del Sida, permite concluir que la actitud del personal asistencial sigue marcada por el temor ante esta enfermedad.

“Esta posición, que persiste pese a la información que se tiene sobre el Sida, indica que el personal de la salud, igual que el resto de la población, tiene problemas frente al manejo de la sexualidad y asume que el Sida es para los demás y no para mí”, afirmó Angela Castañeda, médica epidemióloga de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

PROBLEMA CRECIENTE

Están de acuerdo quienes atienden este problema cada día en sus consultorios, en que la situación de la mujer es preocupante. “En los últimos 2 años se ha visto un ascenso de la epidemia en la población, con una curva mucho más pronunciada en las mujeres”, explicó Jorge Nagles, jefe de Programas Especiales del ISS en Antioquia.

Todos ellos hacen un reconocimiento al trabajo sostenido de un equipo de profesionales que, liderados por los infectólogos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, están haciendo un aporte al país en revisión de terapias y protocolos y unificación de criterios de manejo, en beneficio de los pacientes.

Dos de estos profesionales, los médicos Julián Betancur y Gloria Velásquez, hacen en este sentido aportes para el personal de la salud.

PAGINA 2 Y 3

Botero, la mejor noticia

La llegada de Fernando Botero a Medellín, su ciudad, ha sido calificada por la directora del museo de Antioquia, Pilar Velilla, como la mejor noticia cultural, no sólo de este año sino de la década. Es que Botero dijo en la capital paisa que venía a darle a su tierra “lo mejor que tengo” y con ello la ciudad se ratifica como la poseedora de la colección pública más abundante y más importante del maestro.

CULTURA Y SALUD

Después de 19 meses de reflexión y debate sobre cuál sería la nueva sede para las obras que Fernando Botero ofreció a Medellín hace 7 años, esta visita suya de inicio a la etapa de diseño arquitectónico y adaptación del antiguo Palacio Municipal, que será el mejor recinto para su creación. “Este museo será un espacio para la educación y por lo tanto para la salud, porque todos sabemos que la violencia sólo se puede derrotar con procesos de cambio cultural y social, donde la formación del hombre es esencial”, argumentó Pilar Velilla en un corto balance de la visita de Botero, que hizo para EL PULSO.

ALERTA A LOS JÓVENES Con la celebración del Día Mundial del Sida, el primero de diciembre, la Organización Mundial de la Salud ha dedicado esta jornada a una reflexión sobre la amenaza del Sida en la población joven que tiene es esta enfermedad la primera causa de muerte en Colombia.	EL PULSO -----2-----	
--	--------------------------------	--

Debate

Acerca del tratamiento actual del Sida

Por Julián Betancur, md.

La pandemia del SIDA continúa en aumento, comprometiendo un número mayor de mujeres, niños y jóvenes.

De los 30 millones de personas que viven hoy con la infección, 10 millones tienen entre 10 y 24 años; cada día, 7.000 jóvenes contraen el virus, lo que advierte la necesidad de diseñar medidas adecuadas de prevención, especialmente para la población joven.

En los dos últimos años, un cierto optimismo se ha apoderado de médicos y pacientes. Las causas: las nuevas drogas disponibles que en combinación triple con dos de las anteriores han logrado disminuir, en los países donde los pacientes tienen acceso a la droga, la tasa de muerte y las infecciones oportunistas entre un 70 a 80%.

RECOMENDACIONES

La medición periódica de la carga viral, tiene enorme trascendencia ya que es la mejor medida del pronóstico y es indispensable para evaluar la respuesta al tratamiento o su fracaso, mucho antes de que el paciente presente síntomas de deterioro.

Las recomendaciones de expertos en 1997, preconizan los tratamientos en forma temprana, cuando aún no ha ocurrido un daño inmunológico; es decir cuando el recuento de linfocitos CD4 disminuye a 500 M/I y la carga viral éste, para unos en más de 10.000 copias y para en más de 20.000.

Los expertos reconocen que la experiencia con las nuevas terapias combinadas se ha venido adquiriendo sobre la marcha y no ha sido evaluada más allá de tres años, con resultados muy buenos en aquellos pacientes que han podido persistir en el tratamiento, logrando desde el comienzo, en los primeros seis meses, la meta de tener el virus bajo control, con niveles de carga viral indetectables con las pruebas disponibles que identifican más de 400 copias de virus.

Se sabe hoy que, después de un año de tratamiento, las copias virales en quienes tienen adecuada respuesta siguen disminuyendo y se piensa que a largo plazo el pronóstico será mejor para aquellos que logren bajar a 50 ó 20 copias, detectando por las nuevas pruebas de carga viral llamadas ultrasensibles, ya disponibles en la ciudad.

Al mismo tiempo que se produce el control de la replicación viral, ocurre un aumento progresivo de los linfocitos CD4, evidenciándose una recuperación inmune parcial, que parece va a permitir suspender otros tratamientos profilácticos para enfermedades oportunistas que venían recibiendo los pacientes.

Incluso aquellos a quienes se les ha hecho el diagnóstico ya en el estado avanzado de SIDA, se han beneficiado de los nuevos cocteles, logrando resultados clínicos y de laboratorio sorprendentes y haciendo casi imposible de aplicar el término de paciente terminal.

NO SER MUY OPTIMISTAS

Sin embargo, el optimismo parece ser exagerado por varias razones:

1. El costo de los tratamientos no ha permitido que las terapias lleguen a más allá del 5% de los pacientes que las requieren en el mundo.
2. Estudios de adherencia al tratamiento a largo plazo muestran que este es bajo; varía entre 36 y 65%; en usuarios de ISS en Medellín 43%, según una reciente investigación. Para aquellos pacientes que no son adherentes y toman el tratamiento irregular, esto significa que hay muy seguramente, si no logran modificar su forma de tomar los medicamentos, este lleva a fracasos por el desarrollo de resistencia frente a las drogas, quedando en muchas oportunidades sin opciones de terapia.
3. Sobre los efectos adversos se ha visto que todas las drogas que se usan en el tratamiento tienen posibles efectos adversos conocidos, que obligan con frecuencia al cambio de uno o varios de los medicamentos y esto hace parte de la rutina en el seguimiento de los pacientes.
En el último año empezamos a encontrar en algunos enfermos, efectos metabólicos adversos al tratamiento que incluye hiperlipidemia, lipodistrofia con redistribución corporal de la grasa y resistencia a la insulina.

La frecuencia no se conoce aún y se presenta con todos estos problemas, que requieren tratamiento, pueden predisponer a la aterosclerosis y no es necesario suspender las drogas antiretrovirales.

TENER CAUTELA

Nadie puede negar el beneficio de los cocteles terapéuticos y el tremendo impacto que en corto tiempo han tenido sobre la historia natural de la infección por el VIH, pero sus efectos adversos y la dificultad que tienen los pacientes para ser adherentes, hacen necesario no precipitarse para decidir el momento de iniciación.

En pacientes con más de 500cd4 y menos de 10.000 copias, parece conveniente antes de empezar, hacer un seguimiento de laboratorio que permita definir ese 4 a 5% de portadores del virus que son progresores lentos y siguen estables clínicamente y por los exámenes de laboratorio, después de 12 años y no requieren tratamiento.

Antes de iniciar, es indispensable analizar con el paciente, las dificultades y posibilidades consecuencias positivas y negativas del tratamiento y la disposición y convencimiento que tiene frente a él.

El tratamiento debe ser completo y sin interrupciones y limita opciones futuras, si el paciente no puede hacerlo bien es preferible que no lo tome.

La investigación de nuevos productos antiretrovirales crea la expectativa de tener en el futuro drogas potentes, más fáciles de tomar y con menos efectos secundarios, sin embargo, esto será a mediano plazo y no es posible asegurarlo completamente.

Por el momento plantea a los médicos la necesidad de escoger bien a quien formular el coctel y cuando iniciarlo; este tratamiento nunca será urgente, solo cuando es protexposición a productos infectados o en la embarazada para disminuir la transmisión materna- fetal; médicos y pacientes debemos tener claro que con los medicamentos disponibles y el conocimiento que tenemos de la enfermedad, una vez iniciado este será de por vida.

El Sida y la mujer

“Podemos decir que en el ocaso del siglo, el rostro del Sida cambió por el de una mujer joven...”

Por Gloria Velásquez Uribe, m.d.,

Desde 1996 los diagnósticos nuevos de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se hacen con mayor frecuencia en mujeres en edad reproductiva y las estadísticas mundiales publicadas por el programa de naciones Unidas para el control del SIDA, informan que de los 30 millones de infectados por VIH que actualmente hay en el mundo, 12.2 millones son mujeres, la mayoría de ellas menores de 40 años; 3.9 millones han muerto de SIDA y esta enfermedad se ha constituido en la cuarta causa de muerte para las mujeres que tienen entre 25 y 44 años. Además, 8.2 millones de niños menores de 15 años han quedado huérfanos por la pérdida de su madre o ambos padres a causa del SIDA.

MAS VULNERABLE

Hoy se sabe con certeza que la mujer es más vulnerable a la infección por VIH y ello se debe a múltiples factores: biológicos, sociales y culturales.

Existe mayor riesgo biológico porque durante el coito la mujer siempre es receptora y expone un área anatómica mayor; así, el virus presente en las secreciones genitales masculinas, permanece en la vagina en condiciones ideales de temperatura y humedad, para ser infectante.

Estas condiciones se favorecen con la presencia de úlceras o fisuras en vagina y/o cérvix y la mayor secuencia de enfermedades de transmisión sexual asintomáticas. Por estas razones, la transmisión por contacto sexual es cuatro veces más efectiva, de hombre a mujer que al contrario y el riesgo de infección después de algunos años de relaciones no protegidas, con el mismo compañero infectado es 10-45%, situación especial para las mujeres monógamas.

Además, existen condiciones sociales y culturales que potencian el riesgo biológico, entre ellas:

- La subordinación social, económica y sexual al cónyuge o pareja, le impiden a la mujer, tomar la decisión de tener relaciones sexuales con protección.
- La creencia cultural del “derecho” del hombre a tener múltiples parejas, exponiendo así a su compañera permanente, la cual asume carecer de riesgo por ser monógama.
- El estigma asociado al SIDA, genera gran temor al rechazo social y la lleva a callar su condición de seropositiva y marginarse de los recursos disponibles.
- La mujer en nuestro medio tiene menor acceso a los servicios de información y de salud, por eso desconoce los riesgos de infección y las medidas protectoras, y acude a buscar atención cuando la enfermedad está muy avanzada.
- El desconocimiento del derecho constitucional a la salud y los mecanismos para acceder a ellos.
- Las actuales condiciones de violencia y desempleo la convierten en cabeza de familia que debe buscar la subsistencia para sus hijos y muchas veces, la única alternativa es el trabajo sexual.

ROSTRO DEL SIDA

Otras realidades hacen a la mujer víctima de la epidemia del SIDA, porque muchas de ellas no están infectadas, pero tienen que asumir la responsabilidad por sus hijos, esposos o hermanos con la enfermedad. Esto implica que deban llevar cada día, una carga y una tristeza nuevas; se pasan del hospital al laboratorio o a la EPS, buscando órdenes, firmas, medicamentos y exámenes; deben trabajar para asumir la responsabilidad económica dejada por esa figura jerárquica ahora enferma; cuando sus allegados se enteran del diagnóstico son rechazadas social y laboralmente; y por último les toca adecuar a sus nietos o sobrinos huérfanos a causa del SIDA.

En conclusión, podemos decir que el rostro del SIDA, en el ocaso del siglo, cambió por el de la mujer joven, marginada, madre de al menos un niño i víctima de la inequidad social. Esta afirmación nos indica que estamos ante un grave problema de salud que amenaza la unidad familiar, ya mortalmente herida por múltiples agentes, como la violencia, el desplazamiento, el desempleo y la pobreza. La única alternativa al alcance de todos los trabajadores de la salud, es la lucha por la dignificación de la mujer en su derecho a la salud, la educación, el respeto como pareja y el bienestar económico y social.

		DE ESPALDAS A LA REALIDAD Una investigación que acaba de realizar Programas Especiales de Metrosalud, entre 2879 personas de todos los sectores de Medellín, encontró que los jóvenes siguen
--	--	--

	EL PULSO -----3-----	recibiendo su primera orientación e información sexual de parte de sus amigos, no de sus padres y maestros. Entre tanto, el Sida sigue aumentando en este grupo poblacional de manera angustiosa. Estos datos fueron suministrados por la enfermera Miriam Gil. Coordinadora del programa
--	---------------------------------------	---

Debate

El Sida sigue siendo “el coco” de los profesiones de la salud

En diciembre el Sida se convierte en la estrella de los titulares de prensa en todo el mundo porque hay un día, el primero. Para recordarlo y volver sus ojos sobre los estragos de la epidemia. Es sólo un día al año, mientras todos los demás del calendario la humanidad y en especial los jóvenes y las mujeres, como lo dice este año la OMS, se siguen enfrentando indefensos a esta enfermedad, difícil de abandonar desde todo punto de vista.

Hoy en EL PULSO: el tema de debate es: 1. ¿Después de más de una década de la aparición de los pacientes del Sida en Colombia, ha cambiado la actitud de rechazo y temor de los profesionales de la salud hacia ellos? 2. ¿Cómo ven algunos profesionales de la salud que trabajan este problema cotidianamente la situación de la epidemia en el país?

“El profesional de la salud también ve cuestionada su propia sexualidad”

Angela Castañeda Naranjo
Médica epidemióloga
Dirección Seccional de Salud de Antioquia

1. No conozco estudios que midan cuánto han cambiado la actitud de los profesionales de la salud frente al Sida., pero por mi experiencia veo que su comportamiento no se aleja del patrón general: sigue habiendo un gran temor a enfrentar la enfermedad en parte porque la mayoría de las personas no tenemos resuelta nuestra propia sexualidad.
Creo que aún entre nosotros el Sida se sigue viendo como un problema de los demás y aún se hacen juicios de valor frente a comportamientos sexuales del paciente, pese a que como profesionales de salud nos corresponde ser objetivos.

- En cuanto a la población general continuamos dejando en manos del otro el cuidado de nuestra salud; no se ha asumido que esta es una decisión personal.
2. La evaluación de la epidemia es más grave de lo que creíamos; el problema se ha disparado y los diagnósticos son tardíos. El papel de los profesionales de la salud frente a la prevención y promoción no ideal. En las instancias gubernamentales estamos tratando de actuar pero es difícil lograr ese cambio de concepto clínico al concepto de la salud pública y hay que manejar adicionalmente problemas culturales, morales, legales, etc.

“El Sida puede colapsar el sistema de salud”

Jorge Nagles p.
Coordinador de Programas
Especiales ISS Antioquia

1. En Antioquia prácticamente desde que apareció la epidemia ha habido un grupo humano muy cohesionado trabajando en torno al Sida buscando información, capacitación, unidad de criterios. Esto se logró con intensidad y a su desaparición el Hospital Universitario San Vicente de Paúl ha tomado esta bandera, bajo la motivación de los infectólogos y en torno a ello nos hemos reunido profesionales de diversas especialidades en una interdisciplinariedad muy enriquecedora. En esta forma este grupo, que ha sido una instancia reconocida dentro y fuera del país continúa su liderazgo; seguimos en un grupo de alta especialidad que nos reunimos cada 15 días en el Hospital San Vicente tratando de responder al compromiso con los pacientes, con la ciencia, con el país. En general en los profesionales de la salud del medio hay todavía una falta de adopción de los conocimientos sobre Sida a la hora de aceptar o manejar un paciente; pero el problema no es de falta de preparación tanto como de actitud temerosa. El sector de apropiarse del hecho de que este es un problema creciente.
A título personal el Sida ha tenido un impacto en mi manera de entender mi función como médico y creo que esto ha ocurrido a muchos colegas que trabajamos con estos pacientes: comprender nuestra misión en el acompañamiento de procesos así sepamos que no podemos vencer la enfermedad; asumir que hay opciones de vencer la enfermedad; asumir que hay opciones de vidas distintas y que eso no debe ser obstáculo para un buen acto médico”.
2. Mi concepto es que la epidemia sigue en ascenso; es preciso hacer un programa preventivo sistemático.
En el ISS se están haciendo programas pero más en forma directa que a través de medios masivos. El Estado debe orientar el esfuerzo hacia la detención precoz; se está olvidando la problemática de prevalencia del Sida en zonas como los puertos y debe tener presente que la curva de ascenso del Sida entre las mujeres es mucho más pronunciada que entre los hombres.
El ISS hoy tiene acumulados en sólo Antioquia 1793 casos, con un costo de 16 a 18 millones de pesos por paciente, mientras EPS muy grandes no pasan de 100 pacientes.
Esto de las cifras es muy grave. La OMS ha dicho que en promedio la atención de los pacientes de Sida cuesta un 1.5% del PIB y la verdad es que hoy no hay economía que aguante esto y cuando el sistema de salud se colapse no sabemos que va a pasar, pero parece que vamos en esta dirección.
El ISS sólo en Antioquia necesita 70. Mil millones de pesos para sus pacientes de Sida. Una cosa es decir esto y otra vivirlo y sufrirlo; esta es una carga inmedible con el agravante de que en este campo no hay acceso a reaseguros ni al Fosyga”.

“La situación de Sida en el país es preocupante”

**Enfermera Miriam Gil de la Ossa
coordinadora de Programas Especiales de Metrosalud**

1. Los profesionales de la salud que están trabajando directamente con el problema atienden con calidad, oportunidad y amor a los pacientes.
La dificultad se presenta en quienes no pertenecen a este grupo. Es evidente por ejemplo el problema para hospitalizar a un paciente con Sida, sobre todo en el segundo y tercer nivel. A pesar de toda la capacitación que se ha dado falta más conciencia, más humanización y hay que insistir en que las normas de bioseguridad se deben cumplir con igual rigor en cualquier tipo de paciente y en y en que estos no deben aislarse a menos que ellos corran peligro de infección. Hay que trabajar más estos aspectos con todos los profesionales de la salud. En Metrosalud se ha logrado algo pero no podemos afirmar que hemos superado esta actitud inadecuada y aún entre nosotros el Sida se sigue viendo como problema de los demás.
De otro lado hay que tener en cuenta que el personal de salud se siente frustrado ante las limitaciones que les impone la contratación para el manejo adecuado de los pacientes. Quienes tienen ARS y EPS han logrado que se les reconozca sus derechos, pero en el caso de los vinculados, ante los costos multimillonarios de la atención al Sida se tiene que escoger a qué sector o qué patologías se les debe asignar más o menos recursos, so pena que se dejen algunas descubiertas. En síntesis, no hay dinero para todo ni para todos.
2. La situación del Sida en el país es preocupante. En 1985 por cada mujer infectada había 39 hombres. Actualmente es de 7 hombres infectados por cada mujer que lo está. Esto tiene mil implicaciones para cualquier país.
En Metrosalud se está haciendo capacitación partiendo del concepto integral de la sexualidad, del respeto al propio cuerpo y al cuerpo del otro; de la fidelidad de la pareja. Hasta el 30 de junio se habían capacitado 40 mil personas, trabajo que estamos ahora adelantando con la Secretaría de Salud del municipio.

“La crisis económica del sector está empeorando la situación del Sida”

**Marta Lucia Arroyave Cadavid,
Enfermera epidemióloga
Hospital Universitario San
Vicente de Paúl**

1. Yo pienso que el trabajador de la salud no ha sido ajeno al impacto de la epidemia, pero como ahora se conoce claramente el bajo riesgo de transmisión y las formas de contagio es más humano frente al paciente.
En el Hospital, liderados por infectólogos y con un equipo interdisciplinario muy fuerte al rededor, seguimos haciendo discusión intersectorial en un staff que nació hace un año y medio ante la necesidad de vivir actualizados frente a terapias nuevas, problemáticas nuevas y de llenar un vacío muy grande que dejó el equipo de intersida, adscrito a la Dirección Seccional de Salud.
En general, por nuestra experiencia, creo que el Sida ha humanizado el ejercicio de la salud, nos ha acercado al paciente, nos ha enseñado sobre comportamiento sexual. Pero en el país sigue habiendo lugares, por ejemplo en centros asistenciales del Departamento de Bolívar, o en la

- Guajira, Huila, Tolima, Arauca, donde se tiene miedo a atender los pacientes y prefieren montarlos en un avión y mandarlos para Bogotá.
2. Creo que la epidemia está en ascenso en todo el país y que los grupos más vulnerables son las mujeres y los recién nacidos y por su puesto los adolescentes y jóvenes entre 25 y 35 años. La ley 100, la crisis económica del sector está haciendo que se paren las campañas y que el dinero existente se tenga que repartir de a poco entre muchas patologías; en síntesis, creo que el Sida puede hacer estallar el sistema y no se están haciendo medidas urgentes.

<p>EL PULSO Diciembre de 1998 Director Julio Ernesto Toro Restrepo Comité Editorial Alberto Uribe Correa Augusto Escobar Mesa Juan Guillermo Maya Salinas José Humberto Duque Zea José María Maya Mejía Alba Luz Arroyave Zuluaga Editora Periodista Sonia Gómez Gómez Preprensa Digital Zetta Colina</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: elpulso @ elhospital. org. co Departamento de Comunicaciones teléfonos 263-78-10 y 263- 43-96, 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> <p>Esta es una publicación mensual, sin ánimo de lucro, orientada al sector salud y a la dirigencia política y económica de la circulación nacional y de circulación nacional e internacional.</p>
--	---	---

¿Por dónde se ha reventado la sogá?

Por Julio Ernesto Toro Restrepo, md.

S La llamada hiriente, por descalificante, oferta de servicios de salud compuesta por médicos y hospitales, hace parte de todo un conjunto de conceptos actuales que no obstante estar pintados como proyectos sociales, nos dejan entrever el trasfondo real de sus verdaderas pretensiones: lo económico. Disfrazados de lo social, se quiere que todos creamos que los grandes negocios, las grandes masas de dinero, los volúmenes y consumismo, hechos en realidad en provecho de pocos, son de interés común y de beneficio general.

El asfixiante trato que se viene dando a los médicos no solo ha deteriorado sus ingresos, que es en realidad lo menos importante en medio de todo, sino que se ha lastimado su dignidad, lo cual es más grave.

El mundo actual y nuestro sistema en particular, quieren ofrecer amplias coberturas de salud pero se les ingenian para realizar pocas acciones asistenciales, con el fin de que de un ingreso fijo, determinado por la unidad de capitación señalada por el gobierno, queden unas utilidades, después de prestar unos servicios a una comunidad que en términos generales no tiene salud, entiendo esta en su sentido más amplio, es decir sin mayor desarrollo.

La presión ejercida por demandas y acciones de tutela han puesto en jaque la veracidad de las fórmulas matemáticas que calculan el riesgo, soportadas en los grandes números. En otras palabras, ante un ingreso fijo y un gasto variable y ascendente por el crecimiento de las coberturas, la aparición de utilidades significa privar de asistencia a los enfermos.

¿por donde se ha reventado la sogá?

Esta visto que por el lado de médicos e instituciones. Parece existir en algunos sectores cierta satisfacción con esto. En realidad lo que ha sucedido no es solo que ambos están amenazados de muerte, salvo que se entregue la dignidad.

Considerar al médico como una posibilidad económica dentro del sistema de este tipo e ignorar la importancia de sus función social, tiene que conducir a mirar la medicina, la que se hace con devoción, aquella que pretende más acompañar y consolar que vencer lo inevitable, como un proceso meramente, que al final debe producir réditos a los operadores del sistema.

Adueñarse del paciente y manejarlo, es expropiar al médico de este y a la vez es involucrar y poner al profesional por los intereses económicos de los de los intermediarios, en contra suya, de su formación y de los fines últimos y sagrados de su profesión.

En el día del médico queremos reconocerle a estos respetables profesionales su dignidad, su labor, su dedicación y su altura aún en los tiempos de las peores crisis, como la que estamos volviendo.

Los riesgos de la economía rectora de la salud

Por Ricardo Restrepo Arbeláez, M.D.

La legislación de los últimos años, en seguridad social, dirigida por los célebres nomodernistas, con base en un cambio económico globalizante, no sólo ha elevado la acumulación del poder y enriquecimiento de unos pocos, sino el empobrecimiento de casi todos, el desempleo y a la pauperización de las entidades estatales y privadas, que prestan servicio a la comunidad.

El sector de la salud que hace veinte años recibía cerca de un 4% del producto interno bruto, se dice que hoy la seguridad social recibe cerca de un 8%, ¿será que se refleja este incremento en un mayor bienestar del enfermo?, ¿Será que es atendido más oportunamente y con mejor calidad?, ¿será que le brinda la atención a los centros privados, con igual dedicación y con visitas o llamadas diarias?, o serán otros factores de mejoras en obras públicas, en saneamiento, en mejoras en agua potable y servicios, vacunación y otros los que han impactado más y justifican aumento pero no por la atención en salud propiamente?

Se dice que la ley 10 y la ley 100 y algunas normas, han obligado a mejorar la administración en salud y an dado como resultado una mayor eficiencia en la atención a las personas enfermas; es posible.

Si las instituciones y los servicios que rigen la seguridad social se ha descentralizado, se han hecho más eficientes y su conjunto tienen una mayor asignación del P.I.B.

¿Porqué surge el gran riesgo de una cartera morosa que acosa y pone en gran inminencia de cierre a los centros hospitalarios?, ¿Cuántas empresas promotoras de salud, E.P.S. han superado el punto de equilibrio?, ¿Cuántas A.R.S. han tenido éxito en su cobertura y en sus balances sociales y financieros?,

¿Cuántas A.R.P. han tenido el éxito esperado, asumiendo los riesgos profesionales? Y que decir de las empresas solidarias?

¿Por qué los medios de comunicación masivo, no investigan el estado actual de la seguridad social, el cumplimiento y ejecución de lo legislado, los satisfactores de las personas enfermas y los prestatarios de la salud y los estadios financieros y si hay o no corrupción en el buen uso de los recursos con igual empeño que como se hace en campañas electorales?.

¿Por qué las carteras de los centros de salud y de las I.P.S. en general crecen diariamente y sus deudores son los entes estatales y algunas E.P.S. que están en mora de declarar un concordato?. Es paradójico que las entidades hospitalarias sin animo de lucro cuya misión fue la de atender prioritariamente o con prioridad a los indigentes, hoy se les tilda de desleales, porque como instituciones sin animo de lucro se les concedieron algunas prebendas, como la exención de ciertos gravámenes, por eso se trataban como si fueran públicas, para beneficio de algunos o privadas cuando convenía a sus intereses, hasta llegar a ser para los mismos en una época de uno lo uno o lo otro, nunca respetaron su misión.

Hoy esas clases menos favorecidas, las cuales eran rechazadas por su estatus social y económico son preferidas y constituyen el mercado ideal para los grupos privilegiados.

Lo anterior demuestra que la salud se convirtió en un mercado, con sus contratistas, sin patrón y sin vinculación y seguridad social que beneficien a las partes por igual y no se genere así una rivalidad muy nociva, que va en detrimento de una buena política integral de salud y que olvida la misión en donde por encima de todo lucro debe estar en brindar la salud a nuestras gentes.

¿Cómo va a responder el estado por la inmensa cartera morosa que directa o indirectamente esta bajo su responsabilidad legal?. ¿Quién puede responder por el futuro inmediato de la salud integral de los colombianos, las E.P.S. estatales, el sector privado, el Estado o la eterna paciencia o el persistir de los ciudadanos?

Cartas a la Dirección		EL PULSO ha continuado recibiendo, de todo el país, un gran número de cartas de felicitación por la aparición de este medio de expresión del sector salud. Nos es posible publicar todas ellas. Reseñamos de algunas y expresamos los agradecimientos a quienes nos han escrito. Continuamos a la espera de columnas de opinión, comentarios, respuestas a nuestros planteamientos de interés para todo el gremio de la salud y para la comunidad en general.
------------------------------	--	--

Doctor
Julio Ernesto Toro
Medellín

Quiero expresarle mi cordial saludo de agradecimiento por el gentil envío del periódico EL PULSO. El nacimiento de esta fuente de información, es un medio eficaz para que cada uno de los usuarios tenga

pleno conocimiento de los derechos y beneficios que tiene nuestro sistema de salud a nivel nacional. Es por ello que quiero felicitarlos muy especialmente y a la vez desearles continuados éxitos.

Alvaro José Cobo Soto
Viceministro de Defensa

El periódico EL PULSO, como órgano informativo sobre el acontecer del sector salud colombiano, se constituye en una fuente de información de gran importancia para los trabajadores del área de la salud. La pertinencia, calidad y sencillez con que son expuestos los temas, hacen que el futuro de este medio informativo sea promisorio.

José Hernán Gómez Giraldo
Gerente IPS. Clínica de Bello del ISS

Me llena de gran reconocimiento la atención que me hace, al presentarme el periódico EL PULSO que, sin lugar a dudas será un medio de comunicación efectivo que a través del análisis, la conformación de ideas y evaluación informará a todas las personas que laboramos en el sector salud, y a aquellas otras que de alguna manera influyen en él y quieren en él y quieren aportar su grano de arena en esta tarea tan grande y significativa.

Margarita Berrío de Ramos
Jefe de Centro de Investigación y Extensión Universidad de Antioquia

... El periódico EL PULSO merece todo nuestro respaldo y espero que continúe publicándose para seguir recibéndolo.

Cordial saludo

Fabio Valencia Cossio
Presidente Senado de la República

... EL PULSO se constituye en complemento esencial para quienes están interesados en la problemática de la medicina actual. Encuentro que esta publicación es atractiva, contiene elementos novedosos y polémicos, por lo tanto no dudo que se convertirá en un medio de comunicación especializado para todos los trabajadores del área de la salud.

Ph.D. Angela Restrepo M.,
Corporación para investigaciones Biológicas, CIB.

Periodista
Sonia Gómez Gómez
Editora

... El Hospital en buena hora entrega a la comunidad médica, universitaria y al público en general, un periódico - cada vez mejor- con información ágil, fresca, excelente diagramación y profundidad en el manejo de los temas.

Congratulaciones como editora y a todo el equipo de colaboradores que han hecho posible que este trabajo periodístico llegue a nuestras manos.

Gloria Elena Vélez
Comunicadora Facultad de Medicina Universidad de Antioquia

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

Cartas a la Dirección.

... Y no fue verdad tanta belleza

Federico Díaz González, md.

A fines de 1997 y comienzos de 1998 el ISS anunció con bombo y platillos que empezaría a funcionar el sistema de adscripción de los prestatarios de servicios de salud y su libre elección por parte de los usuarios; parecía la solución anhelada a los problemas de largas colas, citas demoradas, programación de las cirugías para meses después y mala atención al usuario; resolvía también la queja de larga data de la casi imposibilidad de los prestatarios para formalizar contratos con el ISS. El anuncio generó el natural entusiasmo entre los profesionales de la salud: ahora sí, todos tendrían la posibilidad de atender pacientes del ISS compitiendo con base en calidad y buen servicio; teóricamente, al menos, quienes fueran mejores y brindaran una atención más humana irían adquiriendo buen nombre entre los usuarios y, por ende, se harían merecedores a sus preferencias. Infortunadamente no iba a ser verdad tanta belleza pues el sistema nació con anomalías congénitas: planillas supremamente engorrosas de diligenciar y reservas presupuestales asignadas con el cuentagotas condenaron al fracaso cualquier intento de que las cosas funcionaran bien; no obstante, venciendo las dificultades y el desaliento que generaban se logró que marcharan durante un trimestre. Aún faltaba el golpe de gracia: a los pocos meses de iniciado el nuevo modelo se terminaron las reservas presupuestales y las planillas; la función de los prestatarios del servicio se ha limitado desde entonces a decir a los usuarios que todavía aspiran a un mejor servicio: “lo sentimos mucho pero no podemos atenderlos”. ¡Qué frustración para usuarios y prestatarios por igual! ¡Qué oportunidad desaprovechada para solucionar problemas inveterados! ¡Cuánta perplejidad al no lograr entender dónde residió la falla que condujo al fracaso! El sistema de adscripción de prestatarios y libre elección por los usuarios debiera volver a funcionar; depurado de sus engorrosos trámites, agilizado, concertado con quienes ofrecen los servicios para que llegue a ser el modelo de atención eficiente, amable y humano al que todos aspiramos; sería así una vía de solución a muchos de los problemas que aquejan al ISS y, por qué no el modelo que podrían implantar otras EPS.

<p>EL PULSO desea a todos sus lectores una feliz Navidad y agradece la acogida que ha recibido de todo el sector salud a lo largo de este segundo semestre de 1998. Esta es la última edición del año. En febrero de 1999 estaremos llegando hasta ustedes con más informes de interés para todos.</p>	<p>EL PULSO -----5-----</p>	
--	--	--

Una buena noticia para el cuerpo médico

Nace la Asociación Médica Colombiana, capítulo Antioquia

El 6 de diciembre de 1997 empezó a funcionar en Santafé de Bogotá la Asociación Médica Colombiana y el día 22 del pasado mes de septiembre se conformó el capítulo Antioquia de la misma. Se trata de un importante logro que tomó varios años de maduración y planeación, liderado por la Academia Nacional de Medicina, la Federación Médica Colombiana, Asocofame y diversas asociaciones médicas gremiales, como es el caso de Asmedas.

¿El propósito? Básicamente unir al cuerpo médico del país en torno de diversos objetivos, dos de los cuales, prioritarios en este momento, el análisis de la situación de salud del pueblo colombiano y la forma como se vive el ejercicio de la medicina en el marco de la ley 100.

Idris Londoño Restrepo, médico, presidente del Capítulo Antioquia, responde para los lectores de EL PULSO una serie de interrogantes sobre la forma como la Asociación vislumbra el panorama de la salud y respecto a sus estrategias de acción.

MUCHOS DERECHOS VULNERADOS

¿Cuál es la motivación de la Asociación?

“La motivación está plasmada en nuestra declaración de principios: la situación de salud del pueblo colombiano no es la adecuada y la realidad de los médicos dentro del Sistema impuesto por la Ley 100 no es justo. No podemos dejar a los colombianos solos, creyendo el cuento de que este sistema es bueno para todos por eso buscamos reflexionar con profundidad y hacer propuestas en ese sentido. Respecto a los profesionales de la salud, debemos contribuir a recuperar sus derechos a ejercer una autonomía una profesión liberal por excelencia que está siendo vulnerada ante la búsqueda del beneficio económico de una serie de intermediarios. Para lograr estos objetivos necesitamos unirnos y contar con otras entidades del sector salud y con asociaciones de profesionales y asociados de usuarios”.

¿Significa esto un cuestionamiento radical a la ley 100?

“Teóricamente la Ley se hizo para mejorar el acceso de la gente al Sistema y en realidad lo que buscaba era entregarle la salud a la empresa privada siguiendo las leyes neoliberales del gobierno y de los impulsores de la ley”

¿Se buscará a través de la Asociación derogar la ley 100?

“No creemos que la ley se vaya a caer, pese a que está claro que un sistema que no funciona y donde los prestadores de la salud están quebrados, debe desaparecer. Los que se están quedando con el dinero son las ARS y las ARP y las administradoras privadas de pensiones. El Ministerio tiene bien definido el problema y todos sabemos qué está pasando; lo que se necesita es acción”.

¿Tiene este gobierno voluntad política para modificar este estado de cosas?

“Políticamente no creemos que esto tenga reversa, porque el gobierno tiene el mismo compromiso o quizás más que el gobierno de César Gaviria, con los grupos económicos. Pero hay una realidad que el presidente Pastrana y su ministro de Salud deben ver: La situación social, política y económica del país

es tan grave que hay que tomar decisiones. Nosotros creemos que el gobierno debe actuar y queremos ayudarlo en este propósito y no comportarnos como sus enemigos porque eso nos conduce a nada positivo. Hay que unir esfuerzos”.

¿Qué propuesta concreta tienen?

“Estamos preparando un proyecto de la ley de modificación al régimen subsidiado, donde desaparece la intermediación, porque ya está denunciado, aún por el Ministro de Salud, que las ARS se están quedando con la plata de la salud del pueblo colombiano, igualmente estamos preparando un seminario taller de discusión en torno a propuestas de reforma a la ley 100”.

CRÍTICA AL SISTEMA

¿Qué otros problemas de fondo, además de la intermediación, tiene el Sistema?

“Un problema serio es que el Estado adeuda al sistema cerca de 600 mil millones de pesos. Está haciendo lo mismo que con el ISS: lo manejó políticamente siempre y no le apartó el dinero que le correspondía”

¿A propósito del ISS, cómo ven su situación actual?

“Más que su situación nos preocupa qué le pasa al país con el ISS. ¿Cuál es el verdadero interés en que el instituto no funcione?. ¿Por qué algunos grupos económicos están empeñados en hacer aparecer al ISS como quebrado?; ¿Por qué si las EPS incumplen, siempre se hace referencia solamente a las fallas del ISS”.

¿CAMBIO DE RUMBO?

La Asociación Médica Colombiana es optimista en cuanto al fruto de su esfuerzo por mejorar el Sistema General de Seguridad Social. Una de sus metas prioritarias es que en el país se siga haciendo medicina de calidad y que los médicos ejerzan su profesión de manera autónoma en beneficio de todos, dentro de parámetros éticos y científicos.

Esta asociación, de carácter gremial y científico, espera terminar el año en Antioquia con un número aproximado de 600 miembros activos, quienes se vinculan, todos ellos, a título personal.

Su junta directiva en este departamento la integran: Idris Londoño Restrepo, Carlos Ordus, Jorge Luis Delgado, Bernardo Alejandro Guerra, Germán Reyes, Enrique Zambrano, Jorge Loaiza, Germán Garzón, Francisco Umaña, Fernando Tirado, Miguel Molina, Diego Acosta, Fernando Henao y Misael Duque.

—

Tenga presente el E-Mail de EL PULSO elpulso @elhospital .org.co. Esperamos en esta dirección sus aportes, comentarios, artículos y sugerencias	EL PULSO -----6-----	
--	--------------------------------	--

¿Cómo ser un buen médico?

Reseña bibliográfica preparada por

En 1998, James E. Drane, bioeticista norteamericano, filósofo, teólogo y escritor, publica su obra “Becoming a Good Doctor: The Place of Virtue and Character in Medical Ethics”, recientemente traducida al español bajo el título de “¿Cómo ser un buen médico?”

Este libro es de importancia capital y debe ser objeto de profundos análisis y reflexiones para aquellos profesionales que, además de ser buenos médicos, quieran ser médicos buenos.

Ambos asuntos bien diferentes aunque complementarios. Veamos, la tesis central que propone Drane es que además de conocimientos y de habilidades, el médico debe cimentar su actuación profesional en actitudes, en ciertas cualidades de carácter y en un sistema de valores tales que le permitan ser a un médico virtuoso.

James E. Drane fundamenta su presentación en los enfoques filosóficos de los pensadores españoles José Luis Aranguren y Pedro Laín Entralgo. Postula Drane, seis dimensiones de la ética de las virtudes que deben caracterizar al médico bueno, dimensiones a las que hace corresponder otras tantas virtudes, tal como aparecen en el recaudo.

EL BUEN MÉDICO

El médico bueno se distingue del médico malo, dice Drane, en que adquiere estas virtudes y las hace vivenciales en su práctica cotidiana en su relación con el paciente. Pues la medicina es una forma de encuentro humano que se caracteriza por la ayuda.

Afirma Drane que “la relación médico paciente es más que un estrecho convenio profesional, debido a que los seres humanos son indigentes por naturaleza y más aún si están enfermos, las personas necesitan ayuda de otros desde el momento en que nacen hasta que mueren. La ayuda del médico es llamada asistencia, término que en su raíz etimológica significa estar al lado de otro – ad – sistere -,lo cual indica una cierta cercanía espiritual”.

Drane reconoce que es esta ética de las virtudes médicas el estrato más que es esta ética de las virtudes médicas el estrato más profundo de la medicina y por cierto el que resulta más difícil de transmitir y adecuar, de conservar y acrecentar, pues además de conocimientos y habilidades el médico necesita distinguirse por sus comportamientos y actitudes positivas en su relación con los enfermos y con la sociedad en la que vive, y para tener hábitos y actitudes positivas el médico ha de ser un médico virtuoso.

LA ÉTICA MEDICA

Anota que la ética médica tiene que ver con imágenes, modelos e ideales que influyen en el carácter y en la virtud que se hacen realidad en la relación médico – paciente. Estos conceptos explican mejor que las reglas y los derechos, las formas sociales de autorregulación médica prevalentes en la civilización, hasta solo hace algunas décadas y que preservaron la calidad humana de esa específica relación.

Por eso en una práctica profesional inspirada en el temor a la ley y a la defensa de demandas judiciales, hace repulsiva y mediocre a la medicina y cada día la distancia más de una práctica moral virtuosa. Pues una cosa es centrar la relación médico paciente alrededor de deberes y derechos y otro asunto muy diferente centrarla en el carácter, la virtud y las maneras de ser de una persona buena. La virtud tiene la ventaja de fomentar actos buenos aunque ninguno sea vigilado, revisado o regulado por las leyes de los países.

EL ASPECTO HUMANO

El autor plantea también las diferencias de una actuación profesional tecnocrática, fría y distante, carente de semiología, de auscultación, de palpación y de escucha atenta al paciente y a sus

percepciones, sentimientos y necesidades físicas, afectivas y espirituales. Señala que los avances tecnológicos han perfeccionado las categorizaciones abstractas de los cuerpos y su molecular y microscópica dinámica, pero han perdido contacto con los rasgos personales de los pacientes, que no solo son cuerpos sino ante todo personas. Las mismas especializaciones médicas, han contribuido a una profunda deshumanización de la medicina por la fragmentación que se hace de los cuerpos y por la atomización que hace frente a las personas enfermas.

Frecuentemente el hacer las cosas eficientes, conduce al médico a no actuar bien.

LA MORADA DEL SER

Para el autor, la ética es la inspiración que le da sentido a la vida del ser humano desde lo más profundo de sí mismo, de allí que el sentido etimológico de la palabra ética significa "Ethos": la morada del ser".

Por eso termina con energía la obra comentando, con una dura pero serena y llamativa reflexión que se convierte hoy en un grito desesperado que invita a luchar por la preservación de los valores, es decir de las virtudes del médico bueno, las cuales se compendian en la vivencia cotidiana de lo auténticamente humano que reside en la morada del ser, veamos:

"El médico inauténtico o egoísta resulta más peligroso que los abogados, los políticos y los hombres de negocios, deformados de manera similar: más repulsivo, más ofensivo y mayor objeto de escándalo. Quizá esto nos diga algo sobre lo que hace diferente a un médico".

	EL PULSO -----7-----	EL HOSPITAL, CAMPEÓN El Hospital San Vicente de Paúl fue el gran campeón de los V Juegos de la Salud que acaban de celebrarse. Congratulaciones a este centro asistencial y a todos los deportistas que llevaron en alto su nombre.
--	--------------------------------	--

Gestión

¡La Ley 100 da para todo!

Aunque casi nunca para hablar de responsabilidad social

Por Manuel Camacho M.,

Centro de Gestión Hospitalaria

Henry Mauricio Gallardo,

Jefe de Área de Salud, Fundación Corona

En pasados días se han escuchado las cosas más increíbles del mundo. El director de la Asociación Colombiana de Cirugía Plástica dijo ante la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, que él operaba con diferentes niveles de calidad según la paga que recibía. En la entrega del noveno premio

de la academia Nacional de Medicina, uno de los galardonados dijo que la ley 100 había hecho que se disminuyera la calidad y la cantidad de la investigación en salud.

El programa de televisión “Testimonio” dedicó la mitad, de su primera emisión de noviembre, a explicar lo pésimo que era el sistema de salud porque el POS no cubría el tratamiento “millonario” de los pacientes de SIDA (desconociendo la sentencia de la Corte que se pronunció al respecto); y porque en el listado de medicamentos del POS, no se incluía la desmopresina de aplicación nasal para el tratamiento de la diabetes mellitus. Por último, en este rosario de perlas, en el número de noviembre del periódico para el sector salud una cascada de diatribas contra la ley 100, llenas de frases como “... Alvaro Cardona Afirma que se necesita es una reforma sanitaria integral para el país ...”.

Queda en el aire una pregunta: ¿A qué estamos jugando como país?

¿Quién no recuerda, hace apenas un lustro, las precarias condiciones del sistema nacional hospitalario, en que ni siquiera había papel para escribir las formulas medicas? ¿Acaso 25% de la población sin acceso a los servicios de salud no tiene importancia?

LOGROS DE LA LEY

Colombia no fue el país más innovador del mundo al desarrollar su reforma de la salud. La baja inversión social durante la década de los 80 y la preocupante descomposición social que se observa a inicios de los noventa, llevaron a que organismos internacionales sugieran aumentar la inversión social y reformar el sistema de seguridad social.

La ley 100 nació y ha tenido, en cuatro años de implementación, múltiples logros como: un importante aumento de la cobertura de aseguramiento en salud; una preocupación del sistema como un todo para mejorar su gestión; un aumento de los recursos que el país destina a salud (que ya significan cerca del 10% del PIB del país); el hecho de que 21 de las 23 EPS privadas estén funcionando adecuadamente, una satisfacción de los colombianos con la calidad de la atención que, según la última encuesta de calidad de vida del DANE, supera el 83%.

Sin embargo, los múltiples críticos no mencionan eso, sólo las dificultades y la necesidad de una contrarreforma.

Ningún proceso de consenso entre actores tan diferentes es fácil, y nunca se logra nacer satisfaciendo a todo el mundo. Es mediante la interacción y la discusión que se construyen las soluciones y se optimizan los procesos.

¿QUÉ PROPUESTA MEJOR HAY?

Lamentablemente, en caso de la reforma de la salud, se trata de crucificar todo lo que parezca o hable de la ley 100. ¿Hay propuesta sobre la mesa que mejore la condiciones de los colombianos, que son el fin del último de nuestro sistema de salud? si hablamos claro, gran parte de las barreras para el desarrollo de la reforma son la corrupción y la falta de responsabilidad social.

A continuación algunos ejemplos: El gobierno nacional no hizo aportes para el fondo de solidaridad durante el año 1997, y en el año 1996 sólo aportó la cuarta parte de lo esperado; se calcula que en Caprecom el descalabro financiero y la mala contratación superan los 80 mil millones de pesos; el proyecto CIDER – Reunirse de la Universidad de los Andes, en 1997 encontró entre otros, que de los usuarios 161ARS, el 21% no poseía carnet de afiliado; los alcaldes deben destinar el 25% de sus transferencias municipales al sector salud, sin embargo en 1994 sólo destinaron el 17.7% y el 20% en 1995 (documentos CONPES 2813 de octubre de 1995, 2874 de agosto de 1996); el estudio CORONA y Fedesarrollo calculó que solo el grupo de contribuyentes de grandes ingresos debió aportar por el punto de solidaridad la suma 224.617 millones de pesos, el recaudo efectivo fue de 78.042 demostrando una alta evasión en el mencionado grupo.

No se trata de ser aguafiestas con los anteriores ejemplos, pero la situación es más compleja de lo que parece. En el caso de los ingresos médicos, por ejemplo, el crecimiento de los costos en salud ha hecho que estos ingresos en todos los países del mundo esté disminuyendo, y si se suma a esto que la sobre

oferta de médicos hará que disminuya la demanda y con esto a que caigan aún más los sueldos. El panorama del ingreso médico en el país es aterrador con o sin ley 100. La solución está en controlar el número de médicos, formarlos de acuerdo a las necesidades del país, y en evitar los sobrecostos de la mala utilización de la tecnología en salud.

Tampoco es de esperar que la situación del ISS se mejore, con o sin el sistema de salud vigente, si no se toman correctivos para acabar con la corrupción (se cree que cerca del 15% de las cuentas que paga el ISS tienen problema de fraude); si no se mejora el sistema de riesgo (que evite las afiliaciones repetidas, los muertos, etc.); y si no se reducen los costos administrativos a cifras razonables (en el informe de la OIT se dice que el costo administrativo del ISS es del 26%, cifra definitivamente alta).

LOS HOSPITALES PÚBLICOS

En relación con los Hospitales públicos, el caso no es diferente. Si se mira el panorama nacional existen casos sorprendentes como el Socorro, Sabaneta, o inclusive Samaritana, que bajo el esquema de la reforma han logrado ser eficientes y superar el momento difícil que vive el país. Pero al mismo tiempo hay hospitales públicos que todavía no facturan, que su planta paralela es más costosa que su planta formal, que sus inversiones en infraestructura y equipos requieren un flujo de caja que supera su capacidad funcional. ¿Es Honesto pensar que esto cambiará porque exista o no la ley 100?

En el ámbito internacional la reforma colombiana es considerada un modelo interesante y viable, América latina está adoptando sistemas similares (en Venezuela la reforma es casi igual sólo que obliga al cierre del ISS venezolano desde el inicio de la reforma).

Es vital pedir mesura y medir las consecuencias de los ataques indiscriminados contra este proyecto de revolución social pacífica y tratando de rescatar los valores de equidad y responsabilidad social como se puede tratar de construir un sistema eficiente en el que todos los actores ganen. De lo contrario tampoco hay buenos augurios para la consecución de las metas propuestas, ni para cualquier sistema que se cree en el futuro para reemplazar la ley 100.

En este país el discurso de la paz tiene que trascender a otros escenarios más allá de los propios de la zona del despeje. Si no se construye para mejorar las condiciones de la sociedad, no hay esperanzas para el futuro del país.

	<p>EL PULSO</p> <p>-----8-----</p>	<p>DIRECTV APOYA LA SALUD La empresa Directv hizo una dotación de 70 millones de pesos al Hospital San Vicente de Paúl, representados en 25 televisores y 5 años de servicio de 130 canales, inicialmente. Estos equipos serán un valioso elemento de confort para los pacientes hospitalizados y de consulta externa y son una respuesta más de la confianza de la empresa privada en ese centro asistencial. Muchas gracias</p>
--	---	--

Virgilio Galvis, Ministro de Salud:

“Estoy tratando de demostrar que la plata del Sistema se la han robado”

EL PULSO publica algunos conceptos o afirmaciones expresados por el Ministro de Salud, Virgilio Galvis, en su citación al Congreso de la República el pasado 13 de octubre. El debate, que duró alrededor de 6 horas, fue intenso, con la participación de varios senadores quienes le hicieron al Ministro la misma pregunta que muchos profesionales de la salud se formularon una vez conocido el diagnóstico hecho por él ¿Entonces qué soluciones se van a adoptar?. La polémica está planteada porque hay quienes insisten en las bondades de la ley 100 y afirman con argumentos que está no debe calificarse alegremente sino con cifras y datos (ver página 7 de esta edición), que dicho sea de paso, no son muy claros. Otros, por el contrario, son partidarios de un borrón y cuenta nueva como planteábamos en la publicación de noviembre de este periódico.

Frases del Ministro Virgilio Galvis

- Estoy tratando de demostrar que la plata del Sistema se la han robado; físicamente robado; fui antes de mi posesión a la Fiscalía y denuncié esto.
- Estoy librando una batalla y a veces me siento muy solo y necesito de ustedes.
- Tengo temores porque no poseo un base de datos fiable para la toma de decisiones.
- En el Sistema de la Salud hay mucha corrupción y burocracia y nada de lo que se infringe se castiga.
- El porcentaje de contratación obligado de las ARS con la red pública es del 60% y hoy está en el 40%.
- En el manejo del régimen subsidiado los alcaldes lo están controlando y le dicen a las ARS, a su arbitrio, les entrego tantas personas; el usuario no tiene la libertad de escoger y en cambio el Alcalde puede pedir comisiones a las ARS por entregarles pacientes por lo que paga el Estado y sobre los cuales producen la adecuada información. La mayor parte del dinero se está perdiendo en este paso; en esta intermediación.
- Los alcaldes deben publicar las listas de las personas sisbenizadas y no lo están haciendo. El Ministerio pidió esa información y de 1.072 municipios 153 remitieron los datos y de ellos sólo 9 acreditaron con veracidad lo que decían.

DEFRAUDE POR DOQUIER

- Según mis datos que son preventivos, hay 14 millones de colombianos afiliados al régimen contributivo y de ellos 7 al ISS y 3 a las grandes EPS Cajanal y Caprecom; en el régimen subsidiado hay 7 millones y hay 19 Millones de vinculados.

- El sector independiente de la población no esta cotizando como debía y le está haciendo una gran estafa al Sistema. Le dicen al ISS que ganan dos salarios mínimos y en el régimen prestacional afirman ganar \$6 millones (por citar un ejemplo). En esta forma el régimen contributivo le está dando una gran pérdida al Sistema.
- Pero hay una gran verdad frente a este régimen contributivo: la salud del país dentro de este régimen no depende en un 80% del Ministerio de Salud. El Mintrabajo, por ejemplo, es el que maneja el ISS y la Caja Nacional de Previsión.
- He ido infinidad de veces ante las instancias correspondientes a clamar que no me reduzcan el presupuesto del sector salud y no tengo la capacidad física de insistir más.

“Nunca antes de la historia del país le habían llegado tanta plata al sector salud nunca antes se había perdido tanta plata del sector”:

Virgilio Galvis

<p>PESEBRE ECOLÓGICO Los organismos ambientales insisten en esta época del año en hacer un llamado a los padres de familia para que establezcan la cultura de los pobres amigos del ambiente. Destruir los musgos, que retienen la humedad y previenen la erosión, es hacer un grave daño ecológico y dañar en los niños su natural sensibilidad de amor y protección a la naturaleza.</p>	<p>EL PULSO -----9-----</p>	
--	---	--

Medio Ambiente

**Vigilancia
 Epidemiológica ambiental
 Un imperativo en los centros asistenciales**

Por Guillermo León Valencia, m.d.

Si entendemos que el ecosistema como “un sistema abierto entregado por todos los organismos vivos (incluyendo al hombre) y los elementos no vivientes de un sector ambiental definido en el tiempo y en el espacio, cuyas propiedades globales de funcionamiento y auto regulación derivan de la interacciones entre sus componentes, tanto pertenecientes a los sistemas naturales como aquellos modificados u organizados por el hombre mismo” 1, podemos comprender el porque es necesario replantear el manejo y control de los diversos factores que conforman el medio ambiente hospitalario y que tradicionalmente se han tratado como elementos independientes.

En este sentido vale citar como ejemplos el control de factores de riesgo en salud ocupacional, el manejo de la infección intrahospitalaria, el seguimiento de las sepsis resistentes y el manejo de los desechos contaminantes, englobándolos dentro de un mismo concepto mediante un elemento integrador que facilite su conocimiento y control.

El compromiso con una política de gestión ambiental y la implementación de un programa de gestión medio ambiental exitoso que promueva e implante, requieren que el hospital defina un sistema de vigilancia epidemiológica Ambiental que integre todo el que hacer e la actividad hospitalaria.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA AMBIENTAL

Se entiende por vigilancia epidemiológica la observación activa y permanente de la frecuencia, distribución y tendencia de un fenómeno mediante la recolección sistemática de información y su evaluación permanente para proponer cambios que mejoren el comportamiento del fenómeno que está vigilando.

Este concepto de valoración de la información que sólo se aplica en el sector salud para la vigilancia de la mortalidad corresponde en su intención y manejo a los sistemas de análisis estadístico y de evaluación de indicadores de la industria como una adaptación a la labor hospitalaria.

La vigilancia epidemiológica como modelo de control es insuperable para la gestión medio ambiental en el sector salud pues sus herramientas son válidas para el control tanto de procesos médicos asistenciales como de la operación no asistencial mediante ligeras adaptaciones.

PROCESOS

Tradicionalmente, los hospitales realizan la vigilancia epidemiológica como parte de la gestión de tres procesos:

1. En el control de los factores de riesgo para el personal, como parte de la gestión de la salud ocupacional. 2. En el control de la infección hospitalaria como parte del control diario enfocado a la detección de la infección generada en el hospital. 3. En el seguimiento con fines estrictamente epidemiológicos de las enfermedades de reporte obligatorio.

En este enfoque no ha conducido a una real integración de la información, pues se considera que, aunque se utilizan herramientas epidemiológicas comunes, los fines son distintos y cada uno de estos componentes propone e implanta sus propias medidas de control.

Se plantea entonces como alternativa que, partiendo del concepto de la gestión de protección y conservación del ambiente como elemento integrador, se conforma todo un sistema de vigilancia de control y gestión ecoeficiente mediante la vigilancia epidemiológica del medioambiente.

POLÍTICA AMBIENTAL

Este concepto lleva implícito el control del ecosistema interno hospitalario y del ambiente externo en su área de influencia, tanto desde el punto de vista de control de la actuación asistencial como de la

actuación “industrial” en aquellos procesos internos no asistenciales, tales como el control de los factores de riesgo para el trabajador y control de la contaminación del ambiente externo expuesto a la capacidad de daño por los desechos o los procesos por sí mismos.

De esta forma la infección intrahospitalaria, el control de antibióticos, el riesgo biológico, el control de radiaciones y sustancias nocivas, el ruido, el calor y el manejo de desechos hospitalarios harán parte de una sola propuesta y obedecerán en su manejo a una sola política ambiental.

La estructura organizacional debe incluir en los hospitales más complejos la conformación de un grupo de profesionales en capacitación en epidemiología, salud pública y salud ocupacional que definan y asesoren

La estructura organizacional debe incluir en los hospitales más complejos la conformación de un grupo de profesionales con capacitación epidemiología, salud pública y salud ocupacional que definan y asesoren los procesos que se desprenderán del plan estratégico de manejo pero que a la vez lideren y pongan en marcha un complejo programa de educación sobre la conservación del medio ambiente que permita generar el cambio cultural dentro de la organización, orientando por las políticas fijadas desde el nivel gerencial y que deben ir generando un cambio actitudinal y de difusión hacia la comunidad.

RESPONSABILIDAD COMPARTIDA

Es sin embargo el la fijación de responsabilidades por el programa de gestión medio ambiental donde esta el secreto del éxito, sólo cuando cada jefe de departamento, servicio o área acepte su responsabilidad, el desarrollo de las políticas y el control del programa operativo, se logrará interrelacionar todos los componentes tanto desde el punto de vista de control y proyección del trabajador como de la protección comunitaria y ambiental, integrando todas las acciones bajo un mismo denominador.

El programa como tal debe contemplar un sistema de vigilancia epidemiológica de los diversos componentes de control de cada factor de riesgo con sus componentes intra extrahospitalarios e integrar los datos de todo el sistema estadístico hospitalario donde se lleven los registros de mortalidad, ocupación hospitalaria, rotación, incapacidades de trabajadores, etc. lo que definirá los perfiles epidemiológicos que permitirán definir estrategias de manejo según cada caso.

Sólo la concepción integral del manejo de la información mediante un programa único permitirá tener el control del problema ambiental.

1. Vega G, Silvia, Toxicología I, Cinética y Efectos de los Contaminantes Tóxicos del Ambiente, 1985, Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud, OPS, OMS.

Razones para hacer control ambiental en los hospitales

Ventajas de un programa único de vigilancia epidemiológica.

Se definen las responsabilidades de los servicios como receptores del año pero a la vez como generadores del mismo u otros daños.

No se dispersan esfuerzos en varias dependencias administrativas donde cada uno prioriza de acuerdo a criterios propios del programa individual y no como problema global.

Se tiene el control total ambiental lo que permite generar nuevas políticas o directrices de acuerdo al comportamiento de los indicadores de gestión.

SE OPTIMIZAN RECURSOS

Se tiene políticas y procesos de operación coherentes evitando distorsiones en el desarrollo y la gestión organizacionales.

Para alcanzar la meta de lograr reducciones en el uso de materiales y energía, la búsqueda de mejoras en el reciclaje y uso de recursos renovables, la promoción de innovaciones para prolongar la vida útil y

la funcionalidad de los productos utilizados en los procesos, pero sobre todo, la minimización de la dispersión de tóxicos ambientales se debe tomar la decisión de rediseñar el sistema operativo de la organización, de todas las maneras posibles, por eso creemos que la vigilancia epidemiológica con su gran capacidad para analizar un fenómeno y controlarlo es la herramienta más adecuada para iniciar el proceso.

COSTOS DEL SIDA La información disponible en Colombia sobre la mortalidad producida por el Sida permite estimar en unos 74.542 años de vida saludables (Avisa), la pérdida acumulada por la enfermedad.	EL PULSO -----10-----	VALOR DEL TRATAMIENTO En el estudio realizado en 1994 para determinar el valor del POS del Sistema Seguridad Social en Salud, se estableció un costo anual del tratamiento del Sida en un momento equivalente a \$8.6 millones de 1997, lo cual se encuentra dentro de los parámetros establecidos por los estudios internacionales.
---	---------------------------------	--

Observatorio _____

Los costos del Sida, otra preocupación para Colombia

Jairo Humberto Restrepo Zea
Centro de Investigaciones Económicas
Universidad de Antioquia

El Sida ocasiona efectos sobre la población y la economía del país.

En especial, cuando una persona está enferma se reduce su capacidad productiva y, en consecuencia, disminuyen las posibilidades de generar ingresos; además, para atender la enfermedad y procurar la recuperación de la salud es necesario disponer de recursos en el sector salud, como servicios médicos ambulatorios y de internación, medicamentos y ayudas diagnósticas.

LA CARGA DE LA ENFERMEDAD

En el caso del Sida, la persona afectada enfrenta una situación compleja con repercusiones sobre la economía. Por una parte su esperanza de vida disminuye notoriamente en el comparación con el promedio registrado en el país. A manera de ilustración, mientras un colombiano puede vivir 70 años en promedio, el 82% de los muertos por Sida corresponde a personas con edades entre los 15 y 44 años.

Por otra parte, durante la progresión de la enfermedad se presenta una reducción de las capacidades productivas de la persona, con ausentismo en el trabajo, malestar y dificultades para

responder plenamente a sus funciones. Adicionalmente, la familia también resulta afectada al contar con uno de sus miembros que necesita hospitalización periódica y tratamientos médicos con costos efectos secundarios importantes, incluida su situación psicológica.

SIDA Y CRECIMIENTO ECONÓMICO

Los efectos económicos del Sida, ocasionados por la mortalidad y la debilidad que resultan de la enfermedad, tienen su expresión final en el crecimiento económico; es necesario asumir los costos derivados del reemplazo de los puestos de trabajo abandonados a causa de la muerte o de la incapacidad, además de atender a los enfermos y realizar transferencias a sus familias. El caso más dramático se encuentra en los países africanos del sur del Sahara (se destacan Tanzania y Malawi) en donde, de acuerdo con estudios del Banco Mundial, se estaría presentando una desaceleración del aumento del ingreso per cápita del 0.6%.

LOS COSTOS DE LA ENFERMEDAD

En la especificación de los costos atribuidos al Sida se establecen en primer lugar los relacionados con el tratamiento de la enfermedad unos costos directos (servicios médico asistenciales, servicios de apoyo social y cuidados informales) y unos indirectos (reducción de la capacidad productiva, dolor y ansiedad).

En segundo lugar, la existencia del Sida ocasiona otros costos económicos de importancia, dirigidos a su prevención y a la búsqueda de tratamientos más adecuados y, en últimas, a su erradicación. Es así como se dedican cuantiosos recursos a la investigación sobre el VIH y los tratamientos antirretrovirales, se promueven hábitos para evitar el contagio como es el caso de la distribución de preservativos, y vienen ocurriendo cambios en la utilización de insumos para la producción de ciertos servicios; por ejemplo, el tamizaje realizado en bancos de sangre para evitar la transmisión sanguínea y la utilización de material desechable por parte de peluqueros, acupunctores, centros de estética y odontólogos, entre otros.

Los estudios sobre los costos del tratamiento del Sida, a pesar de arrojar resultados diferentes, reconocen la disminución de éstos debido a la aparición de nuevos medicamentos y tecnologías. Parece existir cierta convergencia en estos costos, entre los 30 a 40 mil dólares por paciente – año en los primeros estudios, y entre los 20 a 30 mil en los más recientes.

Pero lo más importante de estos estudios radica en los lineamientos que ofrecen para asignar recursos y organizar los programas de atención de enfermedad. Un asunto que ha ocupado gran interés es el uso de Zidovudina (AZT); por ejemplo, la doctora Scitovsky realizó un seguimiento durante 12 meses a un grupo de pacientes que recibieron la droga y a otro grupo con otro tratamiento, con los siguientes resultados: se obtuvieron unos costos inferiores en el caso de los pacientes tratados con AZT, lo cual ocurrió principalmente por la menor utilización de los servicios hospitalarios, una hospitalización de 3.6 días por paciente – año frente a 34 días en el caso de los otros pacientes (cuadro 1); además, los pacientes con AZT obtuvieron tasa de supervivencia significativamente mejores, 21 meses en promedio frente a 9 meses en los demás casos en general, los estudios y análisis sobre costo – eficacia de la Zidovudina han mostrado resultados más positivos por la supervivencia mayor que ofrece a la disminución del costo del medicamento. Además, se ha encontrado que la combinación de antirretrovirales resulta adecuada para erradicar el VIH de la sangre, con una duración de 2.3 a 3.1 años de tratamiento.

LOS COSTOS DEL SIDA EN COLOMBIA

En el estudio realizado en 1994 para determinar el valor del plan obligatorio de salud, POS, del sistema de seguridad social en salud, se estableció un costo anual del tratamiento de VIH/SIDA en un momento equivalente a \$8.6 millones de 1997, lo cual se encuentra dentro de los parámetros establecidos por los estudios internacionales. Del mismo modo, en Colombia se ha dado importancia al tratamiento encaminado a reducir la carga viral.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud adoptó los antirretrovirales más conocidos, dentro del plan de medicamentos esenciales para los afiliados al sistema, casi todos ellos con existencias en el país. Igualmente, el Ministerio de Salud ha propuesto a las EPS y ARS unos esquemas de tratamiento que consideran la combinación de antirretrovirales como la estrategia más adecuada (Cuadro 2).

Referencias

Cabasés, J.M. (1994). "Aspectos económicos del Sida". Noticias de Salud, Monografías 2. Consejería de la Salud de la Comunidad de Madrid.

Maynard, A. (editor; 1991). Aspectos económicos del manejo del VIH. International Seminal Series San José de Costa Rica.

Ministerio de Salud (1997). "Manejo básico de la infección por VIH/SIDA. Tratamiento antirretroviral".

Santafé de Bogotá (documento)

	<p>NO MÁS PÓLVORA EL PULSO se une al llamado de las autoridades y del Sector salud en general, para evitar el uso de pólvora en estas navidades. No más niños quemados por pólvora debe ser el reto de todos como ciudadanos y como funcionarios de la salud, llamados a cumplir un papel fundamental en la tarea de promoción y prevención de la salud.</p> <p>EL PULSO -----11-----</p>
--	---

I.A.T.M. avanza en actualización tecnológica

El Instituto de Alta Tecnología Médica, I.A.T.M. inició proceso de actualización tecnológica en sus equipos, con el fin no sólo de continuar con su liderazgo en aplicaciones, sino también brindar con mayor oportunidad, los servicios que se requieren en Medellín, Antioquia y en todo el país, en el campo de esta ayuda diagnóstica.

Para lograrlo, inició un estudio de factibilidad para la adquisición de nueva tecnología en resonancia magnética que incluye un proceso de transmisión de imágenes y resultados a las clínicas y hospitales socios, para hacer más rápido y efectivo el sistema de recepción de resultados.

EN DIVERSOS FRENTES

Dado que los desarrollos de la resonancia magnética y sus aplicaciones avanzan de una manera rápida, el I.A.T.M. traerá las actualizaciones apropiadas que le permiten continuar a la vanguardia de esta técnica diagnóstica puesta al servicio de las clínicas y hospitales.

Estas actualizaciones incluyen la Angiografía Florescópica (Tiempo real) por resonancia magnética aplicable en el diagnóstico no invasivo de la patología vascular de todas las áreas del cuerpo; p aquetes de cinecardiografía avanzados con evaluación funcional cardíaca automática y técnicas funcionales

cerebrales avanzadas, estudios cinemáticos del movimiento de las articulaciones de la columna, entre otras.

BOLETÍN TÉCNICO No.7

También, I.A.T.M., tiene a disposición de la comunidad médica el Boletín Técnico No.7, el cual en esta ocasión está dedicado a la angioresonancia tridimensional contrastada, técnica no invasiva de gran utilidad en el diagnóstico de muchas lesiones vasculares de amplio cubrimiento anatómico sin caracterización arterial y sin nefrotoxicidad. Pueden solicitarlo gratuitamente en los teléfonos 263 17 72 ó 211 30 30.

Fabio Arturo Muñoz Todo un atleta de la salud

Fabio Arturo Muñoz Gallego ganó el mes de noviembre. En Porto Alegre, Brasil. La medalla de oro en la prueba de 3 mil metros con obstáculos y el segundo puesto en 400 metros con vallas y, como si fuera poco, compartió con el equipo colombiano el segundo puesto en los relevos 4 por 400 metros. Esta es una escala más en su brillante carrera como atleta veterano que le ha otorgado el primer puesto en diversas competencias nacionales. Todo empezó para él hace 9 años en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl donde trabaja hace 12 años como auxiliar de servicios generales. Allí las “pistas” que utilizan los pacientes de rehabilitación cardíaca le vieron dar sus primeros pasos como atleta. Posteriormente pasó a los escenarios deportivos de la Universidad de Antioquia y el Estadio Atanasio Girardot, donde entrena todos los días, sin contar con la guía de un técnico o con respaldo del Estado. “Tengo 47 años y para el gobierno los atletas de mi edad somos veteranos y por lo tanto no recibimos ningún tipo de apoyo; en mi caso sólo el hospital me ha dado la mano con permisos, estímulos y viáticos. Creo que esta situación de atletas como yo y de muchos otros de mi edad o mayores, que han tenido reconocimientos mundiales, debe ser un motivo de reflexión para los dirigentes deportivos ya que, incluso, somos motivo de ejemplo para los más jóvenes que se inician en este deporte”.

ALEGRÍAS Y PREOCUPACIONES

Fabio Arturo está feliz con su premio y tiene entre ceja y ceja la meta de llegar al campeonato mundial que se celebra en Inglaterra el próximo año.

Pero él tiene en su corazón otra meta más importante: ayudar a salir adelante a su hijo de 21 años que está en una silla de ruedas sin poder mover sus piernas, desde diciembre del año pasado, como consecuencia de un impacto de bala que recibió cuando le robaban la moto en que se transportaba. “La situación de mi hijo no me ha bajado la moral. Estamos luchando por salir adelante. Él me ha dicho: ¡Si vos sos berraco papi yo también tengo que serlo! Y yo creo que no podemos perder la esperanza en que él vuelva a caminar... No tenemos recursos pero sí amor de un hogar y muchos deseos de superación”.

Para Fabio Antonio, para su familia, para el Hospital, un aplauso de EL PULSO y nuestros votos porque los sueños de este atleta de la salud se cumplan.

Encrucijada normativa en el sector de la salud

Tulio Alonso Pérez Alemán

Abogado, Secretaria de Seguridad Social en Salud

Consecuente con la diversidad de experiencias vividas por los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en los últimos años, es indiscutible la imperiosa necesidad de realizar algunos ajustes a la ley 100 de 1993, en especial con lo atinente al Sector Salud; pero más que darse a la tarea de formular trascendentales cambios, se necesita primero tomar conciencia de que la normatividad en salud no es, ni puede ser un sistema aislado al Ordenamiento Jurídico Nacional, pues a diario se presentan situaciones que dan pie a pensar la desorientación que presentan, no solo los organismos de Administración y Financiación, sino también aquellos de Dirección, Vigilancia y Control del Sistema.

RÉGIMEN SUBSIDIADO

En lo que atañe a la contratación del Régimen Subsidiado, a manera de ejemplificar el laberinto conceptual en que se encuentran inmersos estos organismos de Dirección, presento al lector dos de tan diversas ambigüedades:

La primera de ellas tiene que ver con el Decreto 882 de 1998, que al igual que el infierno, también esta lleno sólo de buenas intenciones, pues pretende la norma en comento fijar márgenes de solvencias que aseguren la liquidez de los intermediarios en salud, EPS y ARS, con resultados pocos satisfactorios por no decir nefastos, ya que la norma lo que aportó fue márgenes de confusión dentro del sistema General de Seguridad Social en Salud, y claras contradicciones en la estructura jerárquica de nuestro ordenamiento jurídico.

La letra del Inciso segundo del Artículo 3 del Decreto 882 de 1998, obliga a las Administradoras del Régimen Subsidiado, en lo eventos de insolvencia, a realizar la cesión de sus contratos a cualquier otra administradora del régimen que tenga capacidad para ello, trasladando inmediatamente los recursos del aseguramiento por los meses que faltan hasta la terminación del contrato; esta situación es anómala desde todo punto de vista, pues desconoce la autonomía para la gestión de los intereses de las entidades territoriales contratantes, la libre autonomía de la voluntad de las administradoras contratistas y vulnera los contenidos del Estatuto de Contratación Administrativa ley 80 de 1993, que en su artículo 41 establece que los contratos estatales son Intuitu Personae y que una vez celebrados no pueden cederse ni la previa autorización escrita de la entidad contratante.

El Decreto 882 de 1998 no hace alusión a la anuencia que debe mediar por parte de la entidad contratante, por el contrario ordena que cuando la entidad (ARS) se abstenga de realizar la cesión, la Superintendencia Nacional de Salud, per se, podrá ordenarla.

Además la norma deja a la entidad contratante sin la posibilidad de utilizar las cláusulas excepcionales, tal es el caso de la declaratoria de caducidad, pues ante el grave cumplimiento del objeto del contrato por parte de la Administradora contratista (insolvencia o no - pago a la red de servicios), los entes territoriales quedan inermes para garantizar los fines de la contratación pues el Decreto 882 autoriza al contratista incumplido a ceder su posición contractual, sin el consenso de la entidad contratante, presentándose en esta figura anómala de cesión, la posibilidad de defraudar los intereses del Sistema en la prestación del servicio público de salud.

LA MINUTA ÚNICA

La segunda de las ambigüedades se presenta con respecto a la Minuta Única emanada del Ministerio de Salud, para que los entes territoriales contraten el Régimen Subsidiado en su respectiva jurisdicción, desconociendo la máxima autoridad en salud la autonomía que tienen los municipios para la gestión de sus propios intereses.

Ha considerado la Honorable Corte Constitucional al Municipio como la Piedra Angular del Edificio Territorial, “pues son las autoridades locales las que mejor conocen las necesidades a satisfacer, las

que están en contacto más íntimo con la comunidad y, sobre todo, las que tienen en última instancia el interés, así sea político, de solucionar los problemas locales, por lo que las entidades territoriales tienen derechos y competencias propias que deben ser protegidos, dentro del marco de una república unitaria, de las interferencias de otras entidades y, en especial de la Nación”, interferencias como las del caso sub lite, pues mal haría el Ministerio de Salud en obligar a suscribir contratos de administración del régimen subsidiado a los distintos entes territoriales a través de minutas únicas o proforma; máxime cuando es la ley 136 de 1994, la que define que: “El municipio es la entidad territorial fundamental de la división político - administrativa del Estado, con una autonomía política, fiscal y administrativa, dentro de los límites que se le señalen la Constitución y la ley y cuya finalidad es el bien estar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población es su respectivo territorio”.

Y, en su artículo 3º, le asigna la función de administrar los asuntos municipales y prestar los servicios públicos que determine la ley, tal es el caso del servicio público de la salud y para el caso la ley 100 de 1993, expresa en su artículo 176 que corresponde como función a las Direcciones Locales o Municipales de salud, administrar los recursos del subsidio para la población más pobre y vulnerable en los términos dados en la misma ley y con los controles de la participación ciudadana.

<p>TARJETAS DE CORPAÚL Comprar tarjetas de Navidad de Corpaúl para hacer llegar un mensaje de amistad en estas celebraciones de fin de año, es una manera también de apoyar a los niños ya que su dinero se destinará a la Sala de Hematología de pabellón infantil del Hospital San Vicente de Paúl.</p>	<p>EL PULSO -----12-----</p>
---	--

El pesebre, una expresión cultural por excelencia

En 1223, en Greccio, Italia, nació la tradición del pesebre, cuando san Francisco de Asís revivió con personajes reales la escena del nacimiento de Cristo, tradición que continuó hasta su muerte y que luego fue seguida por su comunidad.

Se cree que hacia 1478, también en Italia, se difundieron las primeras figuras de barro y yeso para hacer los pesebres, las cuales se divulgaron a través de Nápoles; de allí pasaron a España y por este conducto llegaron a Colombia durante la conquista.

Sin embargo, se encontraron en las Catatumbas, siglo IV, representaciones de la virgen y el niño y escenas de la adoración de los Reyes Magos, sin la presencia de San José.

El pesebre que tuvo en el mundo católico un gran auge a partir del siglo XVIII, había perdido interés hacia mediados de este siglo, entre otras debido a que la influencia anglosajona impregnó la Navidad de personajes ajenos al pesebre cristiano, como el papá Noel con toda su parafernalia.

En el caso de Colombia. Fue la exprimera dama de la República, doña Nydia Quintero, la encargada de revivir el fervor por esta tradición gracias a su iniciativa de realizar un concurso nacional de pesebres.

Hoy, cuando despunta el siglo XXI la tradición del pesebre está en verdadero furor en Europa, en América Latina y aun en países que no han sido tradicionalmente católicos pero que han recibido esta influencia a través de grupos minoritarios.

TODO UNCONOCIMIENTO

Hablar de los pesebres es ir mucho más allá del Niño Dios, la Virgen y San José. Intentar un repaso de la historia del pesebre y de lo que ha significado en la diferentes culturas, guiados por el médico Fernando Londoño Martínez, es hacerse a una lectura bastante amena e instructiva.

Para empezar es preciso entender que en Colombia y en todo el mundo se habla de pesebres bíblicos y pesebres no bíblicos. Los primeros tratan de seguir lo más fielmente posible todo el contexto histórico de la natividad de Cristo teniendo en cuenta aspectos geográficos, costumbres, vestuarios, escenario, rasgos físicos y demás elementos que permiten reproducir con gran exactitud lo ocurrido en torno al nacimiento del Niño Dios.

En Antioquia los pesebres bíblicos fueron introducidos en la Iglesia de Jesús Nazareno hacia el año de 1952 y de allí surgió toda una escuela de seguidores de este tipo de pesebres que se congregó en torno a la Sociedad Pesebrística en la cual el criterio es que mientras más perfecta sea la reproducción de la escena del nacimiento del Señor, mejor. Ello implica el uso de un colorido blancuzco, y calcáreo y terroso, un conocimiento de la arquitectura oriental y de todo el esquema cultural de entonces.

PESEBRES NO BIBLICOS

Los pesebres no bíblicos son diversos según sus tendencias: folclóricas, típicos de cada país, artesanales, estilizados y ecológicos.

Los folclóricos apelan a los materiales, la cultura, las tradiciones, los gustos de cada país y cada región. En Antioquia, por ejemplo, los pesebres fabricados con casa campesinas, con vacas, lago de patos, musgo y cardos y con figuras de rasgos muy nuestros, han sido toda una tradición de enorme arraigo en todos los sectores.

También han sido tradicionales en todo el país los pesebres de Popayán hechos de tela y con bastante lujo y fabricados por familias que siguen esta tradición de generación en generación y han merecido publicaciones de lujo por el arte y la creatividad de que hacen gala.

Igualmente son conocidos en el mundo los pesebres de Ráquira, con figuras de barro cocido, de rasgos indígenas y los pesebres de Nariño fabricados en madera y decorados con los famosos barnices de esta región.

En América Latina han sido famosos los pesebres Quiteños tallados espléndidamente en madera, con ojos de vidrio y rostros muy bien elaborados y que poseen un distintivo singular: San José y María siempre tienen la misma estatura.

TIPICOS DE CADA PAÍS

Los pesebres típicos de cada país tienen una característica: sus figuras se visten con los trajes nacionales. Es una costumbre más Europea y son dignos de mencionarse el pesebre austríaco, el español y por su puesto el más célebre de todos: el napolitano, que fue difundido por lo Reyes de Nápoles; es riquísimo en figuras – de 300 a 400- y supremamente abundante en ángeles.

Los pesebres artesanales utilizan diversas materias primas de cada país o región como dad en el uso de materiales y se encuentran en todos los países.

Los pesebres estilizados, como su nombre lo indica, estilizan la figura; es decir , son más simbólicos, San José, por ejemplo, puede ser representado por un trozo de madera, o por un hierro forjado de manera particular. Muchos de ellos son verdaderas expresiones artísticas.

En este momento son de mucho auge los pesebres ecológicos en los cuales se ha tratado de evitar el uso de material de la naturaleza y reemplazado por productos inertes que lo simulan. Obedece este

cambio a toda una estrategia ambiental en el mundo que, por su puesto, ha llegado a la Navidad y ya tiene mucho eco en Colombia.

Vale la pena decir que los pesebres bíblicos han sido ecológicos por naturaleza ya que no requieren para su fidelidad el uso de productos de la naturaleza.

Un pesebre para todos los días

Pese a que existe el estereotipo según el cual los médicos “solo hablan de medicina”, es grato encontrar que muchos de los representantes de esta profesión han tenido el acierto de dedicar parte de su vida a otros asuntos que los convierten en verdaderos eruditos en los más variados temas.

Es el caso del médico internista endocrinólogo, Fernando Londoño Martínez, toda una autoridad en los pesebres como expresión religiosa, cultural y artística de los pueblos. A propósito de la Navidad, EL PULSO dialogó con él sobre el particular y descubrió que, en este gran símbolo de la iglesia católica, se encierra una enorme variedad de conocimientos que ocupan el tiempo de muchas más personas de las que creemos, en todo el mundo.

- **¿Por supuesto debe ser la Navidad su época predilecta del año?**
“Me encanta uno de los días de la novena suelo reunir a toda la familia en una celebración que vale por todo el calendario, por el sentido que tiene, por el gusto que representa, porque es una manera de transmitir estos sentimientos religiosos y esta pasión por lo pesebres a toda una descendencia”.
- **¿Como coleccionista de pesebres, cuáles son sus preferidos?**
“Para mi los quiteños, que además tienen en el mundo un gran reconocimiento”.
- **¿De dónde viene su devoción por los pesebres?**
“La afición es de origen familiar. Cuando pequeño en nuestro hogar se acostumbraba que cada día de la novena había que cambiar totalmente el pesebre; aquello era todo un gusto. Mi pesebre fue español, traído de Barcelona. Luego empecé a adentrarme más y más en el estudio de los pesebres y de la Navidad, aumenté mi colección y diversifiqué el gusto con la cual incluí estampillas, tarjetas, canciones populares y música culta de Navidad”.
- **¿Qué importancia encuentra al cultivo de aficiones como esta, entre los profesionales de la salud?**
“No sólo para los profesionales de la salud sino para cualquier persona los pasatiempos son muy importantes por el enriquecimiento espiritual o intelectual que significan y porque son altamente recomendables contra la depresión”.

DIAGNÓSTICO El paciente con Pénfigo Foliáceo Endémico presenta placas eritematosas y ampollas en la cara, pecho y espalda. Para el diagnóstico se hace evaluación clínica, biopsia paratinsión por hematoxilina eosina y para inmunofluorescencia. El	
---	--

tratamiento es con esteroides tópicos o sistémicos, antisolar, dieta rica en proteínas, suplemento de calcio y antiparasitarios cada 3 meses. La enfermedad no es contagiosa.

EL PULSO

-----13-----

El caso _____

Enfermedad de la piel agobia a grupo minero

Por Gloria Elena Vélez

Comunicadora, facultad de Medicina Universidad de Antioquia

Con el propósito de realizar una investigación para describir las características clínicas, epidemiológicas, moleculares, inmunológicas, ecológicas y ultramicroscópicas del Pénfigo Foliáceo Endémico, un grupo de investigadores encabezado por la médica– dermatóloga y Ph.D. Ana María Abreu Vélez de la Facultad de Medicina de Antioquia, ha descubierto una preocupantes y difícil situación de salud. En el Congreso Nacional de Dermatología realizado en octubre en Santa Marta, Colombia, fue presentada la investigación en la versión de trabajo libre por la dermatóloga Ana María Abreu y allí se obtuvo el primer premio.

EN QUE CONSISTE LA ENFERMEDAD

Pertenece al grupo de los Pénfigos junto a otras enfermedades como el Pénfigo vulgar el cual se caracteriza por presentar ampollas y separación de las células donde se la piel y el compromiso de las mucosas es común. La mortalidad es elevada siempre y cuando no se administren los medicamentos adecuados.

- I. El Pénfigo Vulgar: es una enfermedad rara y de amplia distribución mundial. Se presenta especialmente en personas entre la cuarta y la sexta década de la vida y la raza judía (Ashkenazi) es la mayor incidencia. El PV presenta las variantes vegetantes de Newman y Hallopeau con placas exofíticas malolientes de predominio en pliegues axilares. Una de las partes del cuerpo más afectadas por la enfermedad, es una proteína que mantiene la células de la piel y recibe el nombre de desmogleina 3.
- II. Pénfigo foliáceo (PF): es más superficial el Pénfigo Vulgar, es decir ataca las capas más superficiales de la piel y raras veces presenta compromiso de las mucosas.
 - 1) Pénfigo foliáceo no endémico (PF) ó también de Cazenave: La distribución de esta enfermedad es mundial y afecta primordialmente a los adultos. La historia familiar es poco común.
 - 2) El Pénfigo foliáceo endémico (PFE): Inicialmente es descrito a principios de siglo en Brasil y cuyo nombre nativo es fogo selvagem. En varios países suramericanos se ha descrito su presencia como en Brasil, Venezuela, Chile, Argentina, Bolivia y Colombia entre otros. En nuestro país, en una población del nordeste del departamento de Antioquia (El Bagre– Nechí), existe esta enfermedad, la cual difiere notablemente del foco de Brasil; el segundo, descrito en

indígenas de la Amazonía y la Orinoquía, presenta características similares a las del Brasil. El foco de El Bagre - Nechí tiene una prevalencia de tres afectados/ mil habitantes/año, mientras que la incidencia mundial de la afección es de un afectado/millón de habitantes/año. También se ha notado la presencia de la enfermedad en pacientes del departamento del Chocó.

- 3) El Pénfigo eritematoso o síndrome de Senear Usher: se cree que este es una mezcla del Pénfigo foliáceo y del lupus.
- III. Pénfigo inducido por drogas: Algunas drogas pueden inducir la enfermedad.
- IV. Pénfigo paraneoplásico: Es una forma de enfermedad asociada con enfermedades malignas.

ASPECTOS INMUNOLÓGICOS DEL PFE

La causa que produce los Pénfigos y los mecanismos que desencadenan la respuesta autoinmune (es decir que las células ataquen así mismo al organismo) es aún desconocida. Sin embargo en el PFE existe una alta sospecha epidemiológica que sugiere que un agente del medio ambiente es el responsable de desencadenar la enfermedad en una persona que sea susceptible genéticamente para adquirirla. Hasta la fecha se ha reportado asociación entre el PFE con el complejo mayor de histocompatibilidad (HLA) que es un sistema que nos distingue a todos los humanos.

Evidencias sugieren que factores genéticos pueden jugar un papel en el desarrollo del Pénfigo.

Estudios realizados en Brasil demostraron que la enfermedad ocurría en más de un miembro de la familia, siendo el 93% de ellos genéticamente relacionados con los pacientes, sin embargo en Colombia por carencia de recursos no se han podido llevar a cabo estos exámenes.

Los autoanticuerpos (es decir lo que autoataca) se detectan usando diferentes técnicas, una de ellas denominadas inmunofluorescencia, la cual ayuda a amplificar lo que ocurre en la piel para poder ser detectada a la vista. Se ve el depósito de los autoanticuerpos en los desmosomas, es decir en las uniones de las células de la piel.

Al contrario de lo que ocurre en PV, los recién nacidos de madres con PF en estado activo de la enfermedad, en su mayoría no son transmitidos. Han sido escasos los reportes mostrando lo contrario, de acuerdo con reportes de investigadores de los Estados Unidos.

Los investigadores en el laboratorio han inyectado las células que atacan a los humanos en ratones y éstos presentan lesiones similares a las registradas en los pacientes que padecen la enfermedad.

De otro lado, es importante anotar que la enfermedad se ha presentado en animales domésticos como perros especialmente de la raza akita y en caballos.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ENFERMOS DE PÉNFIGO

Después de seis años de pesquisas el grupo de investigadores ha detectado 57 pacientes, quienes en su mayoría son hombres, con un promedio de edad de 50 años, en su totalidad mineros y campesinos, del área rural y de escasos recursos.

Los pacientes, analfabetos en su gran mayoría, viven en una zona con altas temperaturas atmosféricas y precipitación ambiental y por las características de su trabajo - la minería -, están expuestos varias horas al sol.

La radiación solar empeora su enfermedad, pero por su estado de pobreza y como cabezas de familias deben trabajar para ganar el sustento diario.

Por hecho de ser una enfermedad autoinmune y que afecta un grupo de enfermos en un área circunscrita, el grupo de investigadores de la U. de A. Buscó posibles factores ambientales, que en este caso fueron el mercurio, el oro y la radiación solar los cuales podrían estar desencadenando el fenómeno autoinmune. La enfermedad se presentaba con ampollamiento de la piel y con un olor desagradable lo que les impedía viajar en los chiveros, debido a que eran repugnantes a sus coterráneos.

RESULTADO DE LAS INVESTIGACIONES

Este foco posee unas características únicas a nivel mundial. El cuadro clínico de los pacientes semeja en un 60% una mezcla de lupus y de Pénfigo (similar al síndrome de Senear- Usher), encontraron que el mercurio y la radiación solar pueden estar relacionados con la enfermedad. Detectaron un cuadro histológico nunca antes descrito en la literatura mundial.

Encontraron mercurio en la piel y unos autoantígenos nunca detectados. Aislaron el antígeno conformacional más pequeño de Pénfigo foliáceo y con éste desarrollaron una prueba altamente sensible y específica para detectar los anticuerpos (por medio de ELISA).

Además concluyeron que la enfermedad tiene características única de presentar separación tanto en las células de la piel (epidermis), como en la unión de la epidermis con la dermis.

Esto se logró gracias a la colaboración del doctor Ken Hashimoto, director Dermatología del Wayne State University (USA). El doctor Bernard Ackerman de Thomas Jefferson Institute (USA) corroboró los hallazgos histopatológicos encontrados por el doctor Walter León Herrera del departamento de Dermatología de la U. De A., en lo que tiene que ver con la inmunología se obtuvo la colaboración y apoyo del doctor Luis A. Díaz Director del Medical College of Wisconsin en estados Unidos.

LA INVESTIGACIÓN Y LA AYUDA A LOS PACIENTES, APENAS COMIENZA

Los logros científicos han sido valiosos, sin embargo los investigadores se pusieron como objetivo continuar trabajando y desde 1992 hasta la fecha se han empeñado en darles a los pacientes la salud y el bien estar físico y espiritual y no verlos solamente como una fuente de muestra biológicas.

Fue así como se inició un programa de capacitación, a los pacientes, familiares, amigos y demás miembros de la comunidad sobre esta enfermedad, de la no contagiosidad y de las medidas que deben adoptar ellos mismo para cuidarse.

Durante la investigación, han sido visitadas más de 40 veredas en casi 2.000 Km² buscando y atendiendo enfermos caminando por carreteras o por chalupas hasta los recónditos lugares.

Con la colaboración de algunos medios de comunicación de la ciudad, fue informada la comunidad acerca de la enfermedad. Gracias a esto, el personal de la Seccional de Salud de Antioquia recibió al grupo de trabajo y aprobó en 1995 una investigación por dos años por un monto de 7 millones de pesos, además, fueron brindadas algunas medicinas las cuales se acababan o no se mantenían disponibles.

A este proceso, se ha vinculado la primera dama del departamento Teresita Cuartas de Builes quien dicho sea de paso adelantó la organización de un plan interdisciplinario para brindarle a los pacientes una mejor calidad de vida, y gracias a un llamado suyo, la Secretaría de Agricultura visitó la zona con personal de la UMATA con el propósito de organizar cultivos hidropónicos, huertas caseras, sembrar árboles frutales, entre otros. Es importante destacar la buena voluntad de la colaboración de esta dependencia.

EL TRABAJO CONTINÚA

A pesar de la falta de apoyo del Estado y de las entidades que dirigen la salud en el departamento de Antioquia, el grupo de investigadores integrado por los docentes y residentes del departamento de dermatología de la Facultad de Medicina y de los investigadores de la Corporación Ciencia Básicas Biomédicas de la Universidad, continúa trabajando a fin de seguir con la disminución de la mortalidad.

De igual manera, es importante destacar la desinteresada y eficiente labor de la Relacionista Martha Luz Londoño López, quien con dedicación ha conseguido fondos para investigación y ha colectado enseres, medicinas y otros recursos para bien de los pacientes.

De otro lado, fue sugerida la creación de un Centro único en el país para la realización de investigación, asistencia, docencia y extensión del Pénfigo, así como para el procesamiento del análisis de estos pacientes el cual estaría asesorado por los investigadores de la universidad de acuerdo con la experiencia y el entrenamiento que ellos poseen. Este centro se podría organizar – según concepto de

la doctora Ana María Abreú – con recursos del Estado – FOSYGA - y sería útil para subsanar las carencia de los pacientes no sólo de El Bagre, sino del Chocó, la Amazonía y la Orinoquía.

Vincúlese a esta causa

Si usted desea vincularse a esta campaña le solicitamos: antisolares protección UVA y UVB, esteroides orales y tópicos antiparasitarios, vitaminas, calcio, soluciones desinfectantes y jabones. Basados en la difícil situación socioeconómica de los pacientes sugerimos que se mejores las labores del agro en las miniparcelas que ellos poseen. Es así como Mineros de Antioquia S.A. facilitará la asesoría y el suministro de algunos árboles frutales para los pacientes.

Mejorar la siembra de árboles y productos agrícolas puede ser una buena alternativa para el autoabastecimiento y evitar la desnutrición. Para este propósito necesitamos:

Cal dolomita, azadones, semillas, fertilizantes, aneas, botas pantaneras, herbicidas, palas, picas y rulas.

APORTES

Estamos recolectando también alimentos no perecederos como arroz, leche en polvo, café, maíz, enlatados, azúcar, entre otros.

También toldillos, sábanas, frazadas, toallas, sombreros de ala ancha, pantalones de dril de colores claros, camisas blancas de manga larga y ropa usada en buen estado.

Si su empresa o entidad desea vincularse a esta actividad, la Universidad de Antioquia ha destinado las cuentas #18001077-9 del Banco Popular ó 001065150 del Banco Santander para hacer efectivas sus donaciones.

Para asuntos tributarios la Universidad de Antioquia expedirá un certificado para que el donante descuenta el 125% del valor invertido o donado en el período gravable en que se realizo la donación, de acuerdo con el artículo 126-3 del E.T.

Mayores informes: Oficina de Comunicaciones de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, Tel: 510 60 49, fax 510 60 48 ó con la Sra. Martha Luz Londoño Tel: 2601735.

EL HERPES GENITAL RECIDIVANTE PUEDECURARSE CON UN AÑO DE TRATAMIENTO

El consumo de la sustancia antiviral famciclovir durante todo el año es un tratamiento eficaz para eliminar el herpes genital en la personas que padecen repetidas recidivas, según un estudio publicado recientemente en The Journal of the American Medical Association (JAMA)

EL CANCER CUTÁNEO ELEVA EL RIESGO DE OTROS TUMORES

Las personas con un historial de cáncer de piel no melanocítico riesgo al poseen u riesgo añadido de entre 20 y un 30 por ciento de fallecer de otros tipos de cáncer, según un trabajo que aparece hoy en The Journal of the American Medical Association (JAMA)

EL PULSO

-----14-----

Reconocimiento a 40 años de docencia y asistencia

Hace la Universidad de Antioquia al Médico Iván Duque

El médico Iván Duque Velásquez fue el primer internista graduado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Su residencia la hizo en el Hospital San Vicente de Paúl y desde entonces, por 42 años, se decidió a la docencia y a la asistencia en ambas instituciones que tuvieron sobradas razones para condecorarlo este fin de año.

Su carrera en la medicina ha estado llena de satisfacciones, pero algo muy importante es que ha sabido hacer una agradable mezcla de su ejercicio profesional con la práctica de otras actividades. Fue, por ejemplo, capitán del equipo de fútbol de la Facultad de Medicina entre 1950 y 1960 y ha sido integrante del grupo vocal en instrumental los Galenos 1951, desde 1951.

Uno de sus aportes más significativos ha sido su labor con los enfermos de diabetes. Fue fundador del Club de Diabéticos del Hospital San Vicente de Paúl de Medellín en 1963, con la enfermera Olga Vallejo Ospina; luego, en distintas épocas, se le unieron las enfermeras Martha Cecilia Ramírez, Josefina Correa Elsa Diez y Débora Castrillón; con ellas y con el apoyo de sus colegas médicos, logró consolidar este club, que aún cuenta con él ya que, pese a que se jubiló hace un par de años, todos los días llega, como de costumbre, a aportarle sus experiencias, sus consejos y su cariño por los pacientes.

DESDE EL CORAZÓN

- **¿Por qué después de jubilarse, el Club de Diabéticos sigue haciendo parte de su rutina diaria?**
“Porque ellos me necesitan y yo a ellos para no acabarme de embobar”.

- **¿Una frase para los diabéticos?**
“Disciplina con las pautas de tratamiento”.

- **¿Una petición a Dios en esta Navidad?**
Poder seguir disfrutando de su benevolencia”.

- **¿Una frase de un maestro suyo?**
“Meta los dados para que no meta la pata”

- **¿Una canción?**
“Para cada momento”. Porque cada momento tiene una canción”.

- **¿Un compositor colombiano y un amigo músico?**
“Un compositor: Carlos Vieco Ortiz por lo auténtico, por su musicalidad; un amigo o unos amigos músicos que recordar: Obdulio y Julián y Rafael Ortiz.

- **¿Una palabra amiga?**
“Dios”

Salud en internet

Notas médicas de actualidad

Recopiladas por

José Humberto Duque Z., M:D:

Fuente: Diario Médico de España

Dirección web – site www.recolectos.es/dm

El 80% de los Melanomas Son por culpa de las Exposiciones solares

El sol es el mejor amigo del melanoma. Según datos de la Academia Española de Dermatología y Venereología, el 80 por ciento de los casos registrados de melanoma tienen su origen en exposiciones abusivas al sol antes de los 18 años de edad. Teresa Castel Rodó, jefa de Sección de dermatología, de Hospital Clínico, de Barcelona, ha resaltado la importancia de evitar quemaduras solares durante la infancia y la adolescencia a los rayos ultravioletas. “Hay que tener en cuenta que el sol es acumulativo y el mayor riesgo se produce hasta los 20 años de edad”.

Dosis menores de interferón Previenen la recidiva en la melanoma

Durante las últimas tres décadas la incidencia del cáncer de piel ha aumentado con rapidez poco usual en otros tumores sólidos. En 1996 investigadores estadounidenses mostraron que el interferón, una proteína que se halla de forma natural en el organismo humano, previene las recurrencias en aquellas personas ya operadas por melanomas, y aumenta las posibilidades de sobrevivir.

El Sr89 alivia el dolor óseo de las metástasis en cáncer de Próstata

El dolor provocado por la metástasis óseas del cáncer de próstata, que no remite con otros analgésicos, puede controlarse mediante la utilización del estroncio 89. Los pacientes que responden reanudar algunas de sus actividades cotidianas, ha asegurado Ramón Herranz, del Hospital Clínico de Barcelona, en un curso sobre cáncer de próstata que se ha celebrado en Oviedo.

El sildenafil (Viagra) ofrece buenos resultados en el lesionado medular

Los primeros resultados de la efectividad de Viagra en pacientes con lesión medular son prometedores, puesto que puede reducir problemas de infertilidad en estos sujetos, de los que tan sólo el 3 por ciento son fértiles por medios naturales, según un trabajo del Hospital de Parapléjicos de Toledo. La Clínica Euskalduna, de Bilbao, también ha efectuado un estudio con sildenafil y los datos preliminares son buenos.

La micción en incontinencia puede controlarse por neuromodulación

El implante de electrodos para la neuromodulación de los nervios sacros permite que pueda controlarse la micción en pacientes con incontinencia. La Fundación Puigvert de Barcelona ha comenzado este tipo de procedimientos de implante y su eficacia es evidente, según explica el responsable de la técnica, Pedro Araño. La incontinencia es una patología cuya incidencia aumenta año tras año en casi todo el mundo.

La esplancnicectomía se revela útil para controlar el dolor pancreático

La esplancnicectomía por vía toracoscópica, consistente en la sección de los nervios espláncnicos que conducen el dolor de origen digestivo, se ha revelado como un buen método para combatir el dolor causado por cáncer de páncreas o pancreatitis crónica. Los beneficios de ésta y otras técnicas quirúrgicas se explicaron en la VIII Reunión de Capítulo español de la Sociedad de Cirugía del Mediterráneo Latino (UML), en Barcelona.

La inmunosupresión pieza clave en trasplantes microquirúrgicos de manos de donantes

Desde que en 1965 los doctores Komtsu y Tamai reimplantaron con éxito un dedo pulgar, la cirugía de la mano ha progresado hasta el punto de que el pasado mes un equipo de Lyon ha trasplantado una mano de donante a un paciente que lleva nueve años amputado. El impacto de esta intervención y de otros avances dentro del campo de la cirugía han sido aspectos abordados durante el congreso de la AEM.

La columna debe tratarse de forma interdisciplinar

Las lesiones de columna no deben ser el monopolio de una sola especialidad médica, sino, como ha explicado Mario Brock, de la Universidad Libre de Berlín, en Alemania, “un punto de encuentro entre distintas disciplinas médicas, como los ortopedas, los rehabilitadores, los neurocirujanos o los traumatólogos

La laparoscopia gana gana terreno como terapia

quirúrgica en el cáncer de colon y de recto

La cirugía mínimamente invasiva comienza a perfilarse como técnica del futuro para la patología localizada en el aparato digestivo. En enfermedades benignas sus ventajas están claramente demostradas. Ahora se incorpora al ámbito oncológico, área que centra las primeras sesiones del XVI Congreso Mundial de Cirugía Digestiva, recientemente celebrado en Madrid con la asistencia de 700 expertos mundiales.

La cirugía de la mano tetraplégica tiene un éxito del 95 por ciento

Alfonso Castro e Isabel González, cirujanos plásticos del hospital de Paraplégicos, de Toledo, han explicado a Diario Médico Español los beneficios de la cirugía de la mano tetraplégica. La funcionalidad de la mano se centra en los movimientos de extensión y flexión de los dedos y la pinza lateral. El citado hospital es centro de referencia, puesto que la citada técnica es desconocida en muchos centros sanitarios.

<p>UN GRAN MISTERIO “Del universo que se conoce sólo es visible para el hombre el 10%; el otro 90% es materia oscura que es la que rige el movimiento de las galaxias. Es una inmensa energía que tiene un inmenso poder y un gran misterio”.</p>	<p>EL PULSO -----15-----</p>
--	---

¿Qué fue realmente la estrella de Belén?

Por Elkin R. Mesa O. Md.
Garantía d Calidad
Hospital San Vicente de Paúl
Medellín

Desde hace muchos siglos el relato del evangelista San Mateo sobre la Estrella del Mesías ha ocupado la fantasía de las gentes. Tanto los profanos como los expertos se dedicaron a este tema llenado páginas de literatura intentando explicar en qué consistió este fenómeno descrito en la Biblia. Se ha atribuido esta estrella a cuantos astros cruzan la bóveda celeste: cometas, meteoros, etc. en todo caso, del texto bíblico se deduce que se trató de una aparición sideral muy extraordinaria.

(Nacido Jesús en Belén de la Judea en los días de Herodes, el re, he aquí unos magos, venidos de las regiones orientales, llegaron a Jerusalén diciendo: “¿dónde está el rey de los judíos que nació? Pues vimos su estrella en el Oriente y venimos a adorarle”. Mt,2, 1-2)

EXPLICACIONES ASTRONÓMICAS

Cuando se trata de fenómenos celestes, es competencia de los astrónomos dilucidar su origen y brindar una aclaración acorde con los conocimientos del momento.

Si se pone que fue una repentina aparición en el firmamento sólo pueden darse, exceptuando los bólidos (estrellas fugaces de gran tamaño y luminosidad), dos posibilidades: se trató de un cometa o de una estrella nueva, lo que los científicos llaman “nova”. Ni en los países del Mediterráneo, ni en Mesopotamia, ni en Egipto se hace, para la época calculada como la del nacimiento del Mesías, mención alguna en los escritos ni en la tradición oral, de un cuerpo celeste tan luminosos e impresionante como los referidos.

Poco antes de la Navidad, el 17 de diciembre de 1603, el matemático y astrónomo Johannes Kepler se encontraba observando la aproximación de dos planetas. Este fenómeno se define por los astrónomos como “conjunción”, palabra que sirve para indicar que dos planetas se hallan situado en la misma línea de visión en el firmamento. A veces, los planetas se acercan tanto que pueden llegar a parecer una sola “estrella”.

Aquella noche Saturno y Júpiter se dieron cita en la constelación de los Peces. Al volver a calcular sus posiciones Kepler descubre, de repente, un relato DEL RABINO Abravanel que da por menores sobre una extraordinaria influencia que los astrólogos judíos atribuían a la misma constelación: “El Mesías tendría que venir durante una conjunción de Saturno y Júpiter en la constelación de los Peces”. Kepler hizo cálculos y los repitió varias veces, encontrando la ocurrencia de una triple conjunción dentro del mismo año como el 7° antes de nuestra Era. Este dato fue corroborado en 1925 cuando se descifraron unos trazos cuneiformes procedentes de la escuela de Astrología de Sippar, en Babilonia. Hacia finales del mes de febrero del año 7 antes de nuestra era, atravesaba el firmamento la citada constelación. Júpiter pasó de la constelación de Acuario para encontrar a Saturno en la constelación de los Peces. El 29 de mayo tuvo lugar en las horas de la mañana, la primera aproximación; la segunda tuvo lugar el 3 de Octubre, y la tercera y última, el 4 de diciembre.

LOS MAGOS

¿Por qué los Magos marcharon a Palestina siendo así que el fenómeno era también visible en Babilonia?

Desde Nabucodonosor muchos millares de judíos vivían en Babilonia y muchos de ellos pueden haber realizado sus estudios en la Escuela Astrológica de Sippar. Una aproximación tan esplendorosa de Júpiter (“la estrella de la fortuna y la realeza”) y Saturno (“el protector del pueblo de Israel”) en la constelación de los Peces (“signo de Tierra de Occidente, de Israel, del Mesías”), tiene que haber conmovido a los astrólogos judíos. Pues según la interpretación astrológica significa la aparición de un Rey poderoso en la Tierra de Occidente, en la tierra de sus padres. ¡Asistir a ello, verlo con sus propios ojos, este fue el motivo del viaje de los Magos, conocedores de estrellas, procedentes de Oriente!.

En el camino de Hebrón, a unos 7 Kms de Jerusalén, se halla situada la aldea de Bet Lahim, el antiguo Belén de Judá. La vieja senda lleva casi exactamente de norte a Sur. En su tercera conjunción, los planetas parecían formar una sola “estrella”. En el crepúsculo vespertino eran visibles en dirección Sur de manera tal que los Magos de Oriente, en la ruta que seguían desde Jerusalén a Belén, siempre tenía a la “estrella” ante sus ojos. La “la estrella” iba, en efecto, tal como dice el Evangelio, precediéndoles.

INCOGRUENCIAS

La cristiandad celebra la fiesta de navidad del 24 al 25 de diciembre. Astrónomos, historiadores y teólogos han llegado a la conclusión de que el 25 de Diciembre del año uno de nuestra Era, es la fecha

auténtica del nacimiento de Jesucristo, ni por lo que hace referencia al año ni al día. Esto se debe a los errores cometidos en los cálculos del monje escita Dionisio el Exiguo quien recibió el encargo de Roma, en el año 533 de nuestra Era, de determinar el inicio de la Nueva Era. Olvidó tener en cuenta el año cero que debía ser intercalado entre el año uno antes y el año primero después de Cristo; además, dejó de contar los cuatro años en que el emperador romano Augusto había reinado bajo su propio nombre, Octavio.

Pero acá no termina el problema de la datación del nacimiento de Jesucristo. El evangelista San Lucas menciona la coincidencia de un censo durante los días vecinos a la Natividad, el cual se sitúa históricamente en el año 6-7 de nuestra Era.

Debido a estos datos y consideraciones, actualmente se adopta una posición más cautelosa acerca de la fecha del nacimiento de Jesús. Podría situarse en el período comprendido entre el año 7 antes y el 7 después de nuestra Era. Jesús pudo nacer en cualquiera de estos años. Pero hoy por hoy no puede decirse nada en concreto...

Referencia

Werner, Keller. "Y la biblia tenía razón".

Ed. Omega S.A. Barcelona,

1981. p. 371-381.

Astronomía y medicina: dos extremos de la misma verdad

Al planetario municipal Jesús Emilio Ramírez González, de Medellín, asisten muchos médicos y la explicación que yo doy a esto es que la medicina es un arte y quien la practica tiene, como artista, una sensibilidad especial hacia la naturaleza, hacia el cosmos.

Cuando se es profesional de la salud se está trabajando con el microcosmos, y el microscopio muestra las formas más elementales de vida; entonces, cuando se paso al telescopio y se observa la inmensidad del universo uno se da cuenta que los dos extremos se unen que tanto el micro como el macro están hechos de los mismo, hay una energía común, unos elementos comunes, hay una consonancia y una resonancia".

Quien así se expresa es un médico aficionado a la astronomía, Elkin Ramiro Mesa O., quien de tanto asistir al planetario, movido por un interés que había nacido desde niño, llegó a hacer una gran amistad con el fundador del mismo y entonces director Gabriel Jaime Gómez. Estudiando con él y asistiendo cada semana a talleres y conferencias se fue volviendo un gran conocedor del tema y desde hace 6 años dicta en este recinto de la ciencia un curso de Astronomía Práctica para aficionados.

Lo que ha aprendido de la observación del universo lo ha hecho crecer espiritualmente, pero, ante todo, lo ha llevado a mirar al paciente bajo una óptica muy especial.

TODA UNA FILOSOFÍA

"Al estudiar el mundo interestelar uno lo primero que conoce es que estos puntos luminosos que tanto nos maravillan están hechos de hierro, magnesio, sodio, calcio y demás elementos que también están en la esencia del organismo humano. Entonces uno comprende porque siempre se nos ha dicho que somos hijos de las estrellas. Ellas al chocar formaron núcleos y electrones y estos al unirse crearon el átomo de hidrógeno y fue a partir de este átomo que se formaron todos los elementos de la tabla periódica.

Así que al observar el ser humano uno se da cuenta lo insignificante que es por el tiempo relativamente corto que vive, pero a la vez comprende que inmensamente grande porque comparte la misma esencia del universo, lleva su misma energía y por lo tanto todo cuanto hace repercute en el macrocosmos. Ese ser al que llamamos insignificante por su paso tan fugaz, es a la vez inmensamente valioso porque es único e irrepetible; es n verdadero cosmos".

A Elkin Mesa, la astronomía lo ha llevado a la filosofía oriental y la meditación como una forma de ponerse en sintonía con el Universo; pero, sobre todo, lo ha conducido como médico a ver al paciente como parte suya porque como integrante del cosmos sabe bien que él y ese ser que tiene al frente están hechos de los mismo y se repercuten mutuamente.

EL PULSO -----16-----

La Clínica del Prado inauguró Unidad Neonatal

“La unidad Neonatal de la Clínica el Prado presentó oficialmente a los profesionales de la salud y a la comunidad en general en los últimos días, nos reafirma como la Clínica Materno Infantil del Medellín”, dijo a EL PULSO el gerente de este centro asistencial, Gustavo Restrepo Nicholls. Expresó así mismo que en esta forma la Clínica respondió con creces a una demanda de servicios en este campo que le venía haciendo la población, ya que del año 1996 para acá el promedio de partos mes se incrementó de 120 a 288. Esta unidad está desarrollada con todos los requisitos legales y la tecnología existente en la actualidad para la atención de la más alta calidad a los neonatos.

INFRAESTRUCTURA

La Unidad Neonatal de la Clínica del Prado tiene capacidad para 18 neonatos y cuenta con los servicios de Cuidados Intensivos, Cuidados Intermedios, Cuidados Básicos y Cuidados de Aislado. Cuenta con pediatras neonatólogos las 24 horas del día, enfermeras y personal paramédico y está disponible para particulares, pacientes provenientes de la medicina prepagada, de las aseguradoras; es decir, atiende a toda la comunidad, dentro de una política de extensión de servicios que se ha venido posicionando en la institución, con efectivos resultados. Precisamente, fruto de esta política es la aplicación de número de camas de hospitalización que pasó de 20 en 1996 a 51 que tiene actualmente, además de 10 cubículos para ambulatorios y 10 para recuperación.

OTROS SERVICIOS

La Clínica cuenta entre sus servicios con una serie de unidades de apoyo especializadas como el Inser: Instituto de Fertilización; la Unidad Fetal Electrónico Computarizado y las Unidades de Osteoporosis y Climaterio masculino y femenino, la Unidad de Ecografía y Mamografía y la Unidad de Patología Cervical y de mama.