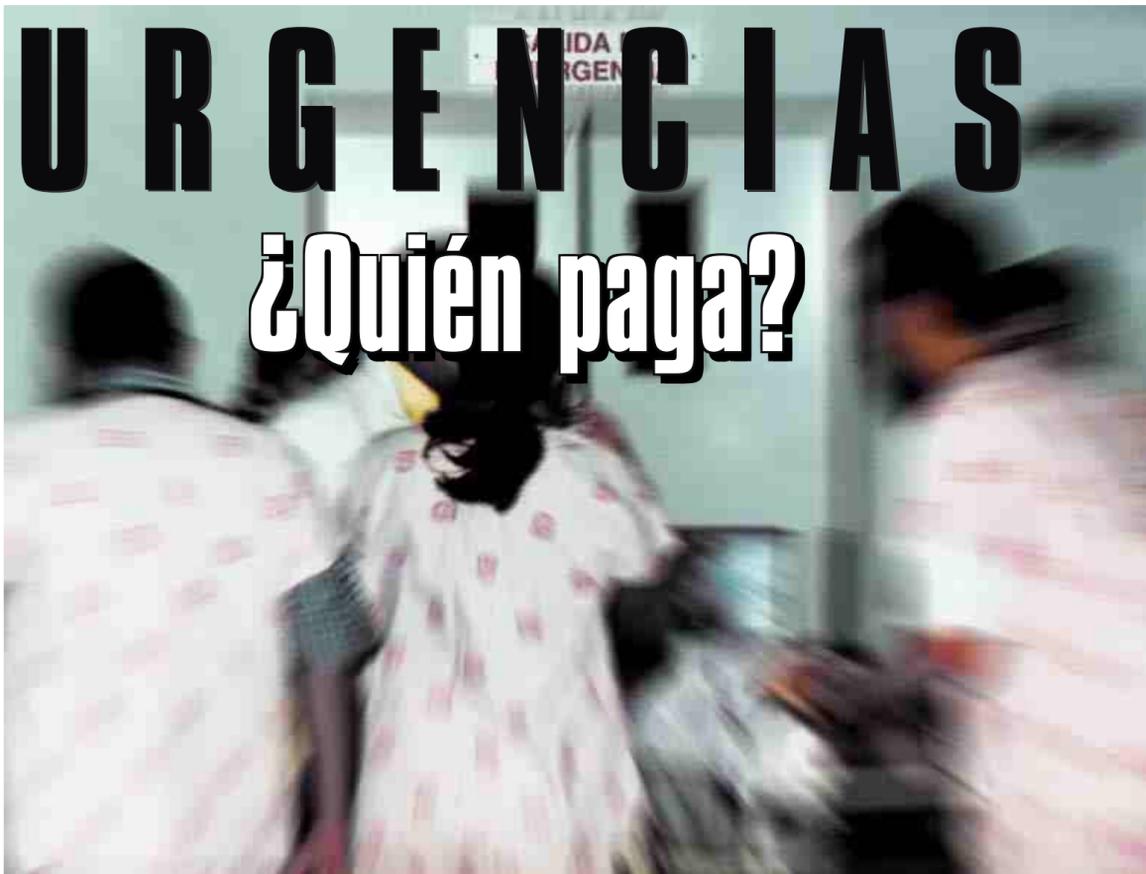


EL PULSO

Periódico
para el sector
de la salud

MEDELLÍN, COLOMBIA, AÑO 2 N° 17. FEBRERO DEL AÑO 2000 ISSN 0124-4388 VALOR \$ 1.500 e-mail: elpulso@elhospital.org.co



URGENCIAS ¿Quién paga?

Con la prestación del servicio de urgencias por parte de los hospitales y centros de salud, se han generado una serie de inconvenientes a la hora de facturar y recibir los pagos por parte de las empresas responsables del afiliado o del subsidiado. Es necesario llegar a acuerdos. Foto Luis Guillermo Giraldo R.

La discusión financiera sigue siendo el tema fuerte en el SGSS. En esta ocasión son nuevamente económicas las valoraciones de un conflicto expansivo que, con numerosas vertientes, aparece en relación con el tema urgen-

cias. ¿Quién paga qué? ¿Hasta dónde de la atención es competencia de la ARS o de la dirección de salud? ¿Qué divergencias tienen IPS y EPS a la hora de definir las responsabilidades de una deuda? ¿Son claros los conceptos de la SUPERSALUD

pero confusas las interpretaciones a la hora de los pagos? Los diagnósticos, los códigos de autorización, los criterios médicos encontrados, las historias médicas cuestionadas, la selección adversa, el drama del paciente abusado y el costo del

paciente abusivo...EL PULSO recoge diversas opiniones que permiten hacer una primera exploración, no concluyente, de temas que ponen la "calidad" -y la dignidad- en entredicho.

Debate. Páginas 2, 3 y 5

Educar para prevenir desastres

La gente mira con asombro cómo el descontrol climático en el planeta, es el causante de tragedias naturales. Las pérdidas económicas y en vidas humanas son alarmantes. En el común de las personas ronda la idea que el mundo se va a acabar, pero no existe la conciencia de que cada uno es responsable de los desajustes que llevan a que los calores sean cada vez más intensos y las lluvias más torrenciales. Expertos en el tema invitan a reflexionar para que, a partir de la educación y la comunicación, las comunidades se organicen para que aprendan a conocer y respetar las leyes de la naturaleza, como vías válidas para la prevención de desastres.

Medio Ambiente Pág. 13

Avanzan las obras en el Eje Cafetero Este año entregan Red Hospitalaria



Para el 2000, los habitantes del Eje Cafetero y los municipios de los departamentos vecinos, deben contar con la reestructuración y construcción, de la red pública de hospitales afectada por el terremoto de enero del año anterior. Esta es la meta que tienen el Fondo para la Reconstrucción y Desarrollo del Eje Cafetero, FOREC; el Ministerio de Salud y el Instituto Seccional de Salud del Quindío.

Según el FOREC las inversiones para estas obras ascienden a más de 30 mil millones de pesos. La reconstrucción se ha cumplido de acuerdo con los cronogramas establecidos. Foto El Mundo

PÁG. 9

El año 2000 inicia con nuevas perspectivas para EL PULSO. A partir de febrero el periódico tendrá una circulación de 10.000 ejemplares, con lo cual se pretende llegar a más regiones del país. Esto a la vez, compromete a realizar un trabajo

serio, responsable, de análisis, que contribuya a comprender lo que sucede en el sector de la salud.

De igual manera, y como apoyo a ese crecimiento, EL PULSO tiene una nueva presentación, que busca darte más agilidad, sin per-

der la seriedad de sus contenidos. También, se pretende reforzar la identidad visual del periódico, siempre pensando en los lectores, suscriptores y anunciantes que fielmente nos han acompañado. Esperamos sus opiniones.

Donación al Hospital



6

El Hospital Universitario San Vicente de Paúl recibió el Ecógrafo Doppler en color, donado por la empresa Orbitel gracias a la campaña "Dale un minuto de tu vida a los niños de Antioquia".



Metrosalud conservó la unidad

7

Luego de muchos debates y estudio, el alcalde de Medellín, Juan Gómez Martínez, mediante decreto 1252 de 1999, ordenó mantener la unidad de Metrosalud.

Peque y la batalla solitaria de su hospital

8

En pleno cañón del río Cauca, a 239 kilómetros de Medellín, un pueblo amenazado se defiende de la muerte y de la enfermedad.

Ética de la salud y Economía

11

"Dado que los recursos de una sociedad son escasos, ¿cómo emplearlos para mejorar la salud de su población, evitar muertes y curar enfermedades?"

En voz baja para EL PULSO, Martha Senn



12

La ópera de Tokio, los recitales y los proyectos con "Cajita de música", un trabajo pedagógico no formal sobre valores y convivencia, que se desarrolla con niños de barrios populares de Bogotá.



Otto Morales Benítez La felicidad y los libros

12

Conversación sobre su nueva obra: "Sancllemente, Marroquín, el liberalismo y Panamá".

La vida secreta de las bibliotecas públicas



15

Los ciegos, los enfermos, los presos lectores, las colecciones nuevas y viejas, los clubes de lectura, el privilegio del silencio y otras historias.

EDITORIAL

La Urgencia Es Obligatorio Atenderla, Pero No Pagarla.

4

"El apartarse de lo que son y significan los servicios de urgencias cuando se está con todo el rigor técnico revisando una cuenta, propicia un choque entre prestadores y usuarios que genera además de disgustos y sinsabores, altas carteras de difícil recaudo".

EL PULSO,
10.000
ejemplares

Una notoria disminución de casos de malaria y dengue se registró el año anterior en Colombia. Según la Oficina de Epidemiología del Ministerio de Salud en 1999 se reportaron 67.093 casos de malaria, cuando en 1998 fueron 245.070 casos .



EPS aumentan tramitología para pago de cuentas

Es deber de IPS

atender urgencias

¿Qué es una urgencia?

¿Quién determina una urgencia?

¿Qué dificultades existen para el pago de facturas, por parte de las EPS, generadas por el servicio de urgencias? ¿Qué pasa con los problemas de documentación? Problemas que viven las IPS con la prestación de este servicio.

Por Juan Carlos Ceballos S.

Periodista

Una anciana llega asfixiada al servicio de urgencias y de inmediato el cuerpo médico inicia el proceso de reanimación. Su conocimiento científico y humano, además de los recursos técnicos son puestos a su disposición. Después de cinco minutos de trabajo, la anciana responde al procedimiento. Ella fue llevada por una vecina, no tenía Seguridad Social y tampoco cargaba documentación.

Como este, son miles los casos de urgencias que atienden las Instituciones

Prestadoras de Servicios de Salud, IPS en todo el país, ese es su deber y también su obligación. Sin embargo, para estas entidades las dificultades están al momento de facturar estos servicios a las Empresas Promotoras de Salud, EPS y a las Administradoras de Régimen Subsidiado, ARS. Se presentan muchas glosas por el cobro de estos servicios entre otros, hay problemas de documentación y la gente no cancela los copagos. Testimonios de las IPS:

La falta de documentación del usuario es uno de los problemas que más se presenta al momento de atender una urgencia.



Hospital Regional de Yopal, Casanare

Crecen los servicios y las deudas

Doctor Alexander Prada Prieto, gerente del Hospital Regional de Yopal. "Durante 1999 tuvimos un aumento en número de atenciones, respecto al año anterior. Al momento, las ARS y las EPS deben al Hospital 2.500 millones de pesos. Algunas de

esas facturas corresponden al año de 1998. La principal causa de glosas se debe a la falta de soportes. Entre los que nos deben plata están el Seguro Social (600 millones de pesos), Capresoc (600 millones de pesos) y otras EPS como Unimec,

Cajanal, Concaja. Fidusalud tiene una deuda de 150 millones de pesos. Otro de los problemas es la identificación. Muchas personas se hacen pasar por vinculados, cuando les cierran los servicios de las ARS y las EPS".

Hospital de San Rafael, Tunja

Trámites para IPS son engorrosos

Doctor Armando Velasco Ulloa, gerente encargado. "La papelería que debemos tramitar es engorrosa, pero si no se presenta se glosan las facturas. Existen problemas con pacien-

tes indocumentados, las cuentas por este concepto son considerables, porque sin un documento de identidad que la respalde, la cuenta es glosada. Los pacientes sisbenizados,

atendemos un 50% por urgencias, pero todos llegan sin identificación, algunos llegan con cartas, pero eso no sirve para soportar las cuentas".

Hospital San Rafael, Yolombó, Antioquia

Sobre la urgencia falta claridad en las EPS

Doctor Juan Guillermo Ospina Ochoa, gerente. "La principal dificultad es la poca claridad de lo que es una urgencia para las EPS. Tenemos problemas con el Segu-

ro Social porque glosan un 80% de las facturas. Básicamente, porque no existe una coincidencia de lo que es una urgencia. Observamos que las auditorías médicas de la

EPS, son supuestamente estrictas, y lo hacen más para evadir los pagos, que por la atención prestada. Es una manera de postergar el pago de un servicio".

Hospital Antonio Roldán Betancur, Apartadó, Antioquia

Los pacientes no presentan identificación

Doctor Nelson Soto Buriticá, gerente del Hospital. "Nosotros somos el único centro que presta servicio de urgencias las 24 horas del día, en toda la región de Urabá. Uno de los problemas que se presentan en la región es que abundan los "alias". La gente acostumbra andar sin identificación, por los proble-

mas de orden público. Además, son poquísimos los que llevan plata para cancelar los copagos. En cuanto a la facturación, de cien actividades registradas sólo reconocen el 50%, el otro 50% se pierde en trámites, papeles y en la no pertinencia. Fuera de lo anterior, atendemos los heridos que nos

trae la Cruz Roja Internacional, por el conflicto armado que se vive en la zona. Por este concepto, existe una deuda de 150 millones de pesos, que nadie responde por ella. Por otra parte, al Hospital le deben 600 millones de pesos por la prestación del servicio de urgencias".

Hospital César Uribe Piedrahíta, Cauca, Antioquia

Le deben 120 millones por copagos

La doctora Martha Eugenia Aguilar Salcedo, gerente encargada. "Con el Seguro Social, no hay contrato de consulta externa, por esto, la gente se va por urgencias. En el momento de facturar, si el

Seguro no considera lo remitido como una urgencia, glosa la factura. Otro de los problemas es que la gente no carga la cédula, también es común que los niños no tengan ni registros, ni tarjeta de identi-

dad. Sin el soporte de la identificación, la Institución pierde. Además de esto, los usuarios tampoco llevan los copagos. Por este concepto, la gente le debe al Hospital 120 millones de pesos".

Hospital de Caldas, Manizales

Las EPS exigen más requisitos a IPS

Doctor Mauricio Tenjo Correa, coordinador del Servicio de Urgencias. "Cada día los requisitos para soportar las cuentas son mayores. Existen casos que para hacer unos exámenes de servicios especiales, si no se cuenta con la autori-

zación de la EPS o la ARS, no se puede tomar. Otras veces, para hallar la pertinencia de una radiografía, exigen la fotocopia de la atención de urgencias, como soporte del pago. Y también han solicitado la historia clínica, que es un

documento privado. Se ve claramente que prima el criterio legal sobre el médico. Algunas EPS tienen sus propios protocolos y si no nos ceñimos a ellos nos glosan las facturas. Esto es una exigencia unilateral que nos tiene maniatados".

Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín

La ley desfavorece a las IPS

Doctor Rubén Darío Restrepo Vásquez, jefe de Policlínica. "Existe un desbalance en la ley, porque las IPS están obligadas a atender las urgencias, pero las EPS pareciera que no tuvieran obligación de pagar los servicios prestados. La obligatoriedad está dada por el decreto 412 de 1992, donde dice que las IPS tenemos

que hacer la Atención Inicial de Urgencias. Casualmente las EPS imponen informar la existencia del paciente del servicio de urgencias y solicitan el diagnóstico, para decir si es o no urgencia. Otro de los problemas es que la gente no trae cédula de ciudadanía, ni el carné de la EPS. Ante esta situación tenemos posibilidad de comu-

nicarnos con las EPS para informar sobre los pacientes que tenemos, en un término de 12 horas, pero muchas veces los teléfonos, fax o 9800 están ocupados o no contestan. De igual manera, se presenta que los pacientes no firman las facturas o lo hacen con una firma ilegible, con el fin de no pagar los copagos".

Hospital Universitario del Valle, Cali.

EPS pagan a mediano plazo

Doctor Jorge Iván Ospina Gomez, Director del Hospital. "Fundamentalmente partimos de dos entidades con distinta misión institucional. La nuestra es una Empresa Social del Estado, con una prestación directa de servicios de salud con oportunidad y calidad, la misión institucional de una EPS es manejar un aseguramiento con el menor número de requerimien-

tos para así tener un mayor rendimiento financiero. Nuestra Institución debe pagar oportunamente el recurso humano, a los proveedores de insumos y apropiar la tecnología necesaria para prestar un servicio inmediato; digamos que las urgencias deben ser atendidas de forma 'urgente', sin la oportunidad de diferirlas por ley y por nuestra misión institucional;

mientras que las EPS, ARS, aseguradoras de tránsito u otras, pueden diferir los pagos haciéndonos incurrir a las Empresas Sociales del Estado en los costos financieros por la falta de oportunidad del dinero. Mientras nosotros atendemos al paciente y ejecutamos un rubro de manera inmediata, la EPS, ARS, entre otras, nos están pagando a 30, 60 y 90 días".

El Seguro Social, la Fiscalía General de la Nación, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Policía de Menores, la Comisaría de Familia y las secretarías de Salud y Educación del departamento del Atlántico conformaron una red de Maltrato Infantil, ante el incremento de casos de abuso sexual a menores de edad.

Falta entendimiento entre actores del SGSSS

URGENCIAS:

Entre el diálogo financiero y el científico

Para que la divergencia deje de ser elemento de caos y la diáspora de opinadores combativos se transforme, poco a poco, en reunión y acuerdo, EL PULSO abre sus páginas a la expresión múltiple sobre algunos temas polémicos relacionados con las urgencias.



EPS, IPS, ARS, direcciones locales y departamentales de salud, usuarios... todos templan un debate, casi siempre financiero, sobre las urgencias: Tensiones a la hora de definir los res-

ponsables económicos de muchas atenciones, dificultades administrativas disfrazadas de "políticas gerenciales", el patético tema de la selección adversa, los pacientes "costosos" para las entidades: otros desplazados y otras violencias; la obligatoria atención

inicial de urgencias, cuyos límites están claros en la norma pero confundidos en la práctica; la controversia sobre calidad de auditorías, las expectativas económicas por encima de las expectativas de servicio, los lenguajes de facturación distintos, el "criterio médico" cuestio-

nado, los llamados códigos de autorización en entredicho, la batalla de los diagnósticos y las historias clínicas, la falta de preparación de quienes tendrían que optimizar procedimientos, los problemas de comunicación entre actores del SGSSS, la manipulación de los servicios

por parte de usuarios, CRUE, CRAE y la necesidad de llegar a acuerdos, el SISBEN y el curso errático de la información... una primera exploración sobre estos y otros temas que desacompasan peligrosamente la marcha, de por sí difícil, del sistema de salud.

Clínica Medellín

Divergencia en calificación de urgencias

EL Dr. Diego Muñoz, director de Auditoría Interna, opina:

- "La primera dificultad que se tiene es la de delimitar hasta dónde va la atención inicial de urgencias y hasta dónde la atención de esa urgencia. En la norma supuestamente existe claridad, pero cuando uno aplica el proceso es en extremo difícil porque, entre otras cosas, dependiendo de lo que se decida son unos u otros los responsables financieros de esas atenciones. Esto genera dificultades grandes: una es que, cuando el paciente se presenta, la obligación de la IPS es brindar la atención. Esa atención genera un costo y, en ocasiones, cuando se intenta hacer el cobro correspondiente viene el tropiezo, porque las EPS dicen que "no era urgencia o que hubo un uso irracional por parte del usuario"... "Hay divergencia porque la calificación de la urgencia que hace la EPS es por el diagnóstico de egreso y la IPS por el de ingreso".

- "La política no puede ser de confrontación".

- "Para nosotros es complicado cuando el paciente se estabiliza pero no sale del peligro, sigue con riesgos, conectado a un ventilador por ejemplo".

- "La Supersalud expresó que cuando existe una diferencia de criterios técnicos entre la EPS y la IPS, independiente de que ambas cuenten con juicios respetables, prima la calificación del evento que hace el médico tratante, pero, como eso se pone en tela de juicio muchas veces estamos en dificultades".

- "Algunas empresas han tratado de mejorar los procesos habilitando líneas telefónicas de atención, las 24 horas del día, para que los médicos de las IPS llamen a la EPS y compartan apreciaciones sobre el caso. Esto

ayuda, aunque también aumenta el trámite administrativo y no ha faltado la empresa que, a la hora de verificar los pagos, se echa para atrás".

- "Otro problema es el de definición de responsabilidades: Está el paciente afiliado al Régimen Subsidiado. La ARS cubre sólo la atención inicial de urgencias, de ahí para adelante lo que esté contemplado dentro del POS subsidiado, a través de los acuerdos que ha definido el Consejo Nacional de Seguridad Social. Lo que no esté contemplado en ello se derivaría al Estado, a través de la Dirección Seccional de Salud del Departamento o a través de la Dirección Local Municipal si es de primer nivel. Ellos también tienen sus desacuerdos. El CRUE, EL CRAE, los períodos de carencia, competencias...son temas conflictivos".

"La estabilización de los signos vitales implica llevar los signos vitales hasta parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o de complicaciones. No necesariamente involucra la recuperación a estándares normales."
Supersalud

Seguimos en espera de respuestas del I.S.S y otras EPS que, al cierre de esta edición ho habían dado su testimonio. Se comprometieron hacerlo para la próxima edición.

EPS Colseguros

Médicos deben capacitarse

Dra. Beatriz Pérez, directora médica EPS, opina:

- "Es preciso examinar otros fenómenos inconvenientes, como el de la atención de asuntos de consulta externa por urgencias. Eso es común y está representando muchísimo dinero".

- "Cada vez es más importante promover los procesos de educación de los afiliados, observamos una peligrosa sobreutilización de los servicios. Los programas de prevención y promoción siguen siendo marginales".

- "La clasificación del evento en ocasiones no se hace con rigor, hay urgencias vitales, consultas inmediatas, emergencias...es preciso que exista un profesional de la salud debidamente capacitado para hacerlo de tal manera que se evite la congestión en los centros de urgencias. Hay hospitales que atienden en urgencias, incluso asuntos que no son de la complejidad que ellos manejan."

- "Muchos médicos desconocen la realidad del SGSS y acentúan la dificultad de los procedimientos, están totalmente desactualizados, no saben las implicaciones económicas de sus decisiones, trabajan como ruedas sueltas del sistema...y frente a esa confusión, evidente tantas veces en la manera de proceder, las EPS no tenemos más herramienta que la glosa".

- "Sabemos que cuando se presentan conceptos médicos opuestos entre la IPS y la EPS prevalece el concepto del médico tratante, pero uno se pregunta en ciertos casos ¿qué tan objetivo, acertado y sólido es ese concepto que en ocasiones aparece francamente cuestionable? Y no pocas veces las EPS resultamos en desventaja".

CONTINÚA EN PÁGINA 5.

Febrero del Año 2000 - No.17

EDITORIAL

LA URGENCIA Es Obligatorio Atenderla, Pero No Pagarla.

Esta podría ser la conclusión de la situación que actualmente se vive en las clínicas y hospitales y en general en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud; por un lado está la exigencia de Ley de prestar los servicios de salud a un paciente por una urgencia, y más obligatorio aún es la connotación ética y moral de hacerlo y, por otro, está el calvario que para las instituciones se ha convertido lograr el pago de estos servicios. Las diferentes maneras de eludir el pago a las IPS es evidente y llenas de argumentaciones incluso proporcionadas con frecuencia por las auditorías de cuentas que a su vez interpretan las normas, las cuales en muchísimos casos son poco claras, y así van quedando los costos a cargo de quien atendió al paciente y prestó con oportunidad el servicio.

Son múltiples las maneras de eludir el pago de la atención de urgencias, por parte de las entidades encargadas de hacerlo; muchas formas para ello son arrancadas de las mismas normas, desconociendo la realidad de los servicios de urgencias. Es por ello que hemos criticado la acción de las auditorías de cuentas cuando hacen su tarea pensando sólo en el documento que tienen ante sí y dejan de lado al paciente y su problemática. Tal actividad es típicamente frente a la cuenta y no tiene carácter médico propiamente, tema que hemos tratado aquí en anteriores ocasiones.

El apartarse de lo que son y significan los servicios de urgencias cuando se está con todo el rigor técnico revisando una cuenta, propicia un choque entre prestadores y usuarios que genera, además de disgustos y sinsabores, altas carteras de difícil recaudo. Tal es el caso que sucede cuando la autorización que fue concedida desde una consola telefónica de autorizaciones es desconocida luego como caso urgente arguyendo que se le debió cobrar al paciente o, en su defecto, simplemente no haberlo atendido; o que la atención prestada no correspondía al nivel de atención de la institución, y que por tanto se cobre a otro pagador, además porque ese servicio está capitado; o que el paciente está moroso y se busque al patrón y se le cobre; que el carné de afiliado no sirve porque el paciente no aparece en las bases de datos; que el caso no era urgencia vital, y entonces sólo se paga una parte; que el costo del medicamento no se reconoce por estar fuera del formulario básico y por lo tanto independiente de la necesidad del paciente y del criterio del médico tratante, no se paga, igual sucede con el stent coronario; que el paciente tiene período de carencia para esa atención; que no tiene Sisben; que la atención estaba limitada a tres días; que no se notificó en el tiempo establecido; que sólo se autoriza a partir del reporte; que el carné era falso; que la tarifa no es esa; que no se le pidió el bono de atención de urgencias; que eso no estaba en el Plan; que fue accidente de trabajo y hay que cobrarle a otro; que no utilizó la red de servicios, y en fin...todo se queda en un interminable regateo.

Las normas sobre la obligación de la atención de los pacientes urgentes son claras y la Supersalud ha sancionado de manera severa a las IPS cuando ha considerado que ha habido incumplimiento por parte de ellas, pero no existe una norma, ni una sola, en el marco del régimen de Seguridad Social, que obligue y sancione a las entidades por el no pago de la atención brindada en urgencias. Porque ¿Cuál es la culpa que tiene una clínica u hospital si el sistema de identificación de usuarios es malo, o si a ellos no se les ha orientado adecuadamente en la utilización de los servicios, o si el paciente no tiene con qué pagar a la IPS? Cabe preguntar además ¿y ahí qué hace la Supersalud?

La responsabilidad de la IPS cuando se presta un servicio de urgencia es disponer todos los recursos para que la atención sea de óptima calidad y se logre mitigar el dolor y la angustia y restablecer la salud del paciente. Y todos los recursos, son todos, los que estén a su alcance aunque no estén en el plan obligatorio de salud.

La responsabilidad de las Administradoras y del Estado como entes pagadores y normatizador este último, se extiende desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la orientación en la adecuada utilización de la red de servicios, la correcta identificación de usuarios, la vigilancia sobre la evasión y elusión de los aportes, hasta cuidar que se les retribuya a las IPS por los servicios prestados a los afiliados, puesto que la red de servicios dentro de la concepción del sistema, no puede acabarse, pues se terminaría el mismo sistema.

Mientras el tiempo y los acontecimientos ponen las cosas en su sitio, muchas cosas pueden suceder. Ya hay casos de IPS que han hecho acciones desesperadas y negocios que en circunstancias diferentes se verían absurdos, en su lucha por la supervivencia; por tanto, antes de que el sistema falle también por el lado de las clínicas y hospitales y que el nudo que tienen ellas en la garganta se cierre, se les debe preservar y salvaguardar su estabilidad, al fin y al cabo hoy por hoy en el país las clínicas y hospitales son lo más rescatable de un sistema que como va, no llegará.

Cartas a la Dirección

EL PULSO aclara que las opiniones expresadas en las páginas editoriales son responsabilidad a sus autores. De igual manera, por cuestión de espacio, se reserva la posibilidad de publicar total o parcialmente las cartas que llegan.

Medellín, 27 de diciembre de 1999
Señores / Periódico EL PULSO / La ciudad

Respetados señores:

He leído el artículo –página completa, fotografía, porción de primera página– que el periódico EL PULSO dedicó al doctor Alvaro Uribe Vélez. Allí el joven y muy prometedor político antioqueño defiende y destaca lo que en su opinión son las ventajas de la ley 100. Encuentro sorprendente que sea precisamente un medio tan cercano a la salud de Colombia, el medio que proporciona tal despliegue a ese modo particular de entender la cuestión de las salud.

Respetuosamente, y en aras al equilibrio y la justicia en la formación de la opinión de los lectores, me permito solicitar que se le de igual tratamiento periodístico a entidades como la Academia de Medicina de Medellín o la Federación Médica Colombiana. La errónea fundamentación filosófica –el materialismo patético– que inspira la visión "liberal" de la ley 100 ha sido criticada de manera profunda y rigurosa por las anteriores instituciones. Dejar de tenerlas en cuenta es inequitativo e injusto con los lectores de tan importante publicación.

Con el respeto que me merece el doctor Uribe, debo manifestar que la repetida argumentación de "coberturas", "solidaridad", "justicia social" no es sino la repetición de palabras de quien afanosamente va en pos de los electores. Es decir, la politiquería que tan pocos bienes ha hecho a nuestro patria. No por bien presentada la idea de Uribe, deja de ser lo que contiene en su esencia: demagogia.

Carlos Alberto Gómez Fajardo
Médico

Santiago de Cali, Enero 15 del 2000

Doctor
JULIO ERNESTO TORO RESTREPO
Director
Periódico EL PULSO / Hospital Universitario San Vicente de Paúl / Medellín

Apreciado doctor Toro:

En entrevista telefónica realizada por sus periodistas el pasado mes de diciembre con relación a la problemática del año social obligatorio, puntualicé:

1. Disminución de la oferta para la realización del año social obligatorio, por parte de las Empresas Sociales del Estado
2. Inseguridad para los jóvenes profesionales generada por la violencia que vive el país.
3. Nuevas oportunidades en IPS privadas
4. La necesidad de preservar la filosofía del servicio social obligatorio y generar por parte de las facultades (Escuelas de Medicina) nuevas modalidades para el cumplimiento de este servicio, ejemplo: transcurricularmente durante la formación del médico.

En mis respuestas, jamás hice un señalamiento institucional como lo describe su periodista, hacia la Fundación Valle de Lili, institución de alto nivel científico, de gran contribución en los procesos de formación de nuestros médicos y que ha colaborado con la Universidad del Valle sin costo alguno.

JAIME ARTURO ROA BERNAL, MD.
Pediatra Intensivista
Profesor Titular Emérito
Director Escuela de Medicina
Universidad del Valle

Medellín, enero 28 de 2000
Doctor / GERMAN BLANCO /
Gerente Administrativo /
I.S.S. de Antioquia / Medellín

El Comité de Padres Pro Niños con cáncer "Compadres", es una entidad sin ánimo de lucro que atiende a los pacientes del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, Colombia y/o de cualquier otra EPS en el país.

De acuerdo con los objetivos trazados en los estatutos que nos rigen, es primordial brindar bienestar a sus asociados sin importar raza, religión, sexo, ni racionalidad.

En toda la rama médica latinoamericana y en especial en Antioquia, la calidad de los servicios prestados por el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, es bien reconocida por la idoneidad y eficiencia.

Ante este prestigio logrado durante tantos años, es irreverente que el Seguro Social desplace los pacientes que en este momento están en tratamiento en dicha institución con los argumentos de calificar capacidad del personal médico,

y de la falta de presupuestos para dicha institución, y no para el Instituto de Cancerología de la Clínica La Américas.

El servicio de Hemato-oncología del Hospital Universitario San Vicente de Paúl goza de un buen prestigio en el ámbito nacional en tratamientos oncológicos, los cuales se ciñen a protocolos prolongados que en lo posible se ajustan a cronogramas de trabajo médico.

Cuando se cambia de Institución, el paciente oncológico puede sufrir variaciones en su protocolo y retrasos en el mismo; a su vez su parte emocional que es vital ante tan grave enfermedad, se afecta en grado extremo porque se debe adaptar a nuevas, al personal médico y sus auxiliares, y sin tener en cuenta las dificultades económicas que se presentan con estos cambios.

Los costos de un tratamiento oncológico son muy altos, pero ante actitudes como éstas ¿no creen ustedes que están agravando aún más la situación económica del I.S.S.? ¿Se ha evaluado alguna vez, las posibilidades de recaída durante su traslado, y el costo económico y en vidas que ésta representa? ¿Cuál es la protección

que se hace a la vida y a los derechos del niño? Señores directivos del I.S.S., con sus actitudes ¿no están atropellando la Constitución?

Este oficio reúne la problemática de los padres que tienen niños en tratamiento oncológico, que venían siendo atendidos en el Infantil del Hospital Universitario San Vicente de Paúl y que han sido trasladados al Instituto de Cancerología, quebrantando con ello la defensa de la calidad humana y a sepsia en grado extremo que es fundamental para el manejo de este tipo de pacientes.

Por tal motivo y aunque ajenos a la burocracia política que ustedes manejan nos hemos dado cuenta que están jugando con la salud de nuestros hijos y con nuestra integridad familiar.

Les pedimos tomen en cuenta todos los riesgos a los que están sometiendo a nuestros hijos y por favor los devuelvan al hospital San Vicente de Paúl.

Agradeciendo de antemano su positiva respuesta a nuestras peticiones.

John Jairo López / Presidente.

" LAS GLOSAS EN URGENCIAS "





Colombia es, después del Brasil, el país más rico del mundo en especies vegetales. Se calcula que en todo el orbe pueden existir de 350 a 500 mil especies vegetales con potencial medicinal, de las cuales en Colombia se encuentran de 35 a 50 mil. Sólo unas cinco mil han sido empleadas por nuestros indígenas y campesinos para combatir las enfermedades.

¿Habrá

ARS y direcciones seccionales de salud acuerdos?



¿Hasta dónde llega la responsabilidad de unos y otros en la atención? Existen esfuerzos por delimitar competencias entre ARS y direcciones de salud, no sólo en relación con el tema de la atención inicial de urgencias, sino con el de atenciones posteriores a la llamada estabilización de los

signos vitales. Ejemplo de este esfuerzo fue lo propuesto en reunión del 28 de diciembre en Medellín, entre representantes de los diferentes sectores. Aunque al cierre de esta edición no se había aprobado oficialmente la totalidad de las propuestas, entregamos una síntesis de las consideraciones más importantes del en-

cuentro. Representantes de ARS como Comfama, insistieron en su voluntad de favorecer puntos de coincidencia entre las partes, pues de ello depende también la atención adecuada de los pacientes. El director de Planeación y

Control de la ARS de Comfama, Raúl Vélez Fernández y el médico Juan Bernardo Garcés, de la misma institución, suministraron a EL PULSO una síntesis aproximada de algunas de las propuestas del encuentro:

Indica la Superintendencia

Atención inicial no requiere autorización previa de la EPS

Consultada por EL PULSO, la Directora de Control del Sistema de la Calidad de la Supersalud, Elisa Torrenegra, insistió nuevamente en la importancia del ya conocido documento aclaratorio elaborado

por esa dependencia, del cual señalaremos algunos aspectos:

La "atención inicial de urgencias" debe ser ofrecida en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a las personas, independientemente de su capacidad socioeconómica (Art. 2, Ley 10 de 1.990; art. 2, decreto 412 de 1.992 y artículo 168, ley 100 de 1.993) y del régimen al cual se encuentren afiliados. No se requiere convenio o autorización previa de la EPS respectiva o de cualquier otra entidad responsable, ni remisión profesional médico o pago de cuotas moderadoras (Art. 168, ley 100 de 1.993, Art. 10, Res. 5261 de 1.994 Minsalud). Esta atención no podrá estar condicionada por garantía alguna de pago posterior, ni afiliación previa al SGSSS.

La atención inicial de urgencias supone la estabilización de los signos

vitales, la realización de un diagnóstico de impresión y la definición del destino inmediato si a ello hubiere lugar.

El diagnóstico de impresión, dentro de la atención inicial de urgencias, estará referido a la identificación de la causa de la inestabilidad de los signos vitales.

La estabilización de los signos vitales implica la realización de las acciones tendientes a llevar los signos vitales dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o de complicaciones. No necesariamente involucra la recuperación a estándares normales.

La atención inicial de urgencias incorpora todas las acciones inmediatas y necesarias para controlar la presentación de posibles secuelas. Todas las acciones descritas en este concepto deben estar enmarcadas dentro de la capacidad técnico científica, los recursos disponibles, el nivel de atención y el grado de complejidad institucional.



1 Grupos quirúrgicos 2 y 3. Se sabe que corresponden al nivel 1 y son responsabilidad de las ARS. Pero cuando la atención se presta en un servicio de nivel 2, cambia la complejidad y entonces ¿quién sería el responsable? Se propuso que los grupos quirúrgicos 2 y 3 que sean atendidos por el médico general, correspondan a las ARS y, los que no realice el médico general, correspondan a la Dirección Seccional de Salud.

2 Las complicaciones de la gestante después de la atención del parto serían siempre competencia de la ARS.

3 Las complicaciones quirúrgicas que ocurran en los días de la estancia serían competencia de la ARS, si son posteriores a este término corresponderían a la Dirección Seccional de Salud.

4 La exploración de vías biliares que se realice en el acto quirúrgico sería responsabilidad de la ARS, si se efectúa por fuera del acto quirúrgico sería competencia de la Dirección Seccional. Por ejemplo, se comprueba por ecografía la litiasis vesicular, se opera el paciente pero no se localiza el cálculo. Lo más seguro es que esté en la vía y haya que explorar. Esto ya le correspondería a la Dirección Seccional, sin cubrir la colangiografía.

5 Los exámenes de diagnóstico para patologías importantes -por ejemplo cardíacas- cuyo resultado resulte negativo serían competencia de la Dirección Seccional; si resultan positivos lo serían de la ARS. Así mismo para otro tipo de pruebas. El ente regulador de estos casos sería el Centro Regulador de la Dirección Seccional. Allí remitirían los pacientes a instituciones donde exista contrato con la Dirección Seccional y con la ARS para así direccionar la cuenta.

6 En SIDA, el examen de carga viral será competencia de la ARS

7 Oftalmología. La opacidad de la cápsula considerada catarata, sería competencia de la ARS, si no es así sería competencia de la Dirección Seccional de Salud.



Entre otros temas en revisión, están el de las artroscopias y las patologías del sistema nervioso central.



Donación de Orbitel beneficia a niños de Antioquia

Durante dos meses se cumplió una campaña, para recaudar 150 millones de pesos y así adquirir un equipo de alta tecnología, para el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín.

La meta se cumplió. Orbitel entregó a la Unidad de Nefrología Infantil del Hospital Universitario San Vicente de Paúl el Ecógrafo Doppler en Color, -valorado en 150 millones de pesos- el pasado 18 de enero, en un acto en donde estuvieron presen-

tes el presidente de Orbitel, doctor Alejandro Ceballos Zuluaga y el director del Hospital, doctor Julio Ernesto Toro Restrepo, además la actriz y presentadora, María Cecilia Botero, quien fuera la imagen institucional de esta campaña.

El doctor Alejandro Ceballos, presidente de Orbitel indicó que "nosotros creemos que esta Institución merece el apoyo del sector privado. Cuando el sector público no alcanza a llegar oportunamente con sus ayudas, creo que es bienvenida

la ayuda del sector privado. La donación de Orbitel es el ejemplo, porque creemos que si muchas otras empresas se vincularán y respaldarán estas acciones médicas, podríamos llegar más lejos".

Por su parte, el doctor Julio Ernesto Toro Restrepo, director del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, se refirió a los contrastes que vive la salud en Colombia: "registramos con mucha complacencia el propósito de Orbitel de vincularse al Hospital con este apoyo tecnológico. Hemos logrado convocar los intereses de las empresas privadas, de los pacientes, de los ciudadanos. Esta forma es una gran oportunidad para que todo el mundo participe, colabore, se haga presente y empiecen los tiempos de la solidaridad, que están por iniciarse verdaderamente".



El doctor Alejandro Ceballos Zuluaga, presidente de Orbitel, entrega el equipo al doctor Julio Ernesto Toro Restrepo, director del Hospital. Los acompaña en el acto, la actriz y presentadora, María Cecilia Botero, imagen institucional de la campaña adelantada por esta empresa de telecomunicaciones. Foto Luis Guillermo Giraldo R.

Ecógrafo Doppler

Es un equipo de alta tecnología, que será destinado a los niños con problemas renales, pero tam-

bién, será utilizado para atender otra serie de exámenes que requieran los niños, ubicados en el Hospital Infantil, que padezcan otro tipo de enfermedades. De acuerdo con los estimativos del departamento de Pediatría del Hospital Infantil, el Ecógrafo Doppler en color permitirá in-

crementar en un 100%, la prestación del servicio. Actualmente en el Hospital con un equipo de ecografía con-

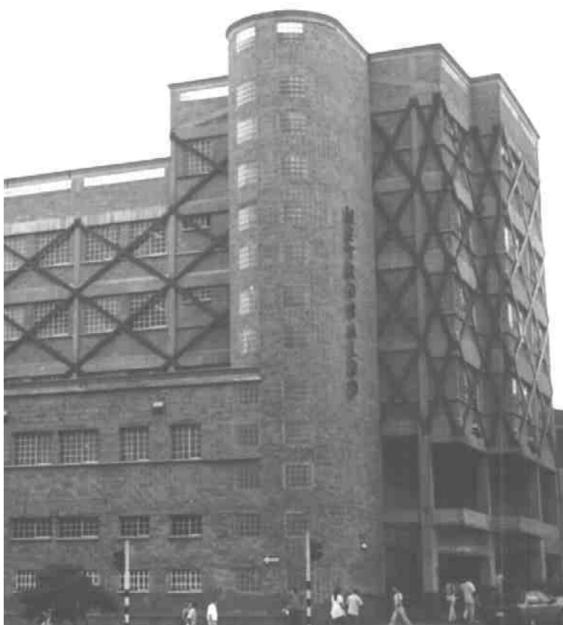
vencional, se realizan al año un promedio de dos mil estudios. Con este equipo se podrá llegar a cerca de 4.500.

El Ecógrafo Doppler en Color permite realizar diagnósticos confiables a muchos niños que requieren de este tipo de exámenes. La población más desfavorecida es la más beneficiada.

aviso
orbitel

Desgaste por una decisión anunciada

METROSALUD



La transformación de Metrosalud debe adelantarse en el interior de la Empresa. En manos de la Gerencia y la Junta Directiva está la responsabilidad de sacar adelante esta entidad.
Foto Archivo.

La transformación de la Empresa era una necesidad. Hay quienes piden al Alcalde de Medellín, doctor Juan Gómez Martínez, adelantar el proceso de reestructuración de manera pausada y tranquila.

Dos años pasaron para que el Alcalde de Medellín, Juan Gómez Martínez, tomara la decisión de conservar la unidad de Metrosalud, mediante el Decreto 1252 del 21 de diciembre de 1999. Lo que sigue es el proceso de reestructuración de la Empresa, que se espera se haga de manera pausada y tranquila. Representantes de la empresa, autoridades y la comunidad se expresan.

CONSERVA LA UNIDAD

Por Juan Carlos Ceballos S.

Periodista

Doctor Luis Guillermo Vélez Atehortúa, subdirector científico de Metrosalud

Seguir adelante

Según el Decreto 1252, ¿en qué consiste la transformación de Metrosalud?

"La reestructuración de Metrosalud parte de una desconcentración de servicios, que genere una mayor autonomía en las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, haciendo una contención del gasto y una mejor ejecución de presupuestos. La estructura administrativa de la empresa será más plana. En uno de los puntos del decreto se amarran los gastos administrativos a los ingresos del año inmediatamente anterior. Se habla de un 25% de estos gastos, sin que el nivel central pase del 8% en los mismos".

El decreto es muy claro cuando se dice que se va a conservar la unidad, lo cual fue una de las discusiones fuertes en el debate establecido.

"La idea es conservar a Metrosalud como unidad de empresa. Desde el nivel central se coordinará lo que tiene que ver con compras, nóminas, contrataciones y mercadeo, todo como unidad de empresas de Metrosalud. Se desconcentran los servicios operativos de las Unidades". **Esto conlleva una reestructuración en la planta de cargos, a suprimir cargos, a hacer algunos traslados.**

"Tiene que ser responsable. En los gastos administrativos,

el decreto indica que en la medida que las Unidades produzcan más, tendrán más ingresos, de lo contrario, van a tener recortes administrativos. Esto es válido tanto en las Unidades como en el nivel central".

El modelo empresarial moderno, hará que cada Unidad Hospitalaria sea responsable de la parte administrativa y financiera.

Doctora Patricia García García, representante profesionales del área de la salud, ante la junta directiva.

Alcalde perdió dos años.

"La decisión del Alcalde de dejar la empresa como una sola ya había sido visualizada por los profesionales y trabajadores, en los debates en los años 98-99 desde un principio, con argumentos. Simplemente

el alcalde perdió dos años valiosos. La reestructuración propuesta la pudieron hacer en ese tiempo. Los cambios no se deben hacer con comisiones del concejo, con representantes del alcalde, sino que

debe adelantarse desde adentro de Metrosalud, con la Junta Directiva y el Gerente. Queremos que la transformación se haga de una manera seria y transparente, en un tiempo prudencial".

Doña Rocío Chica Molina, representante de las Ligas de Usuarios. Copaco del barrio La América, en Medellín.

Contar con la comunidad

"A Metrosalud la favorece la descentralización, debe existir a partir de las necesidades de la comuni-

dad. En la reestructuración de Metrosalud, deben contarle a la comunidad en que van. Que haya

participación y sensatez. No queremos saber las cosas después de haber tomado una decisión".

Doctor Rogelio Zapata Alzate, Secretario de Salud de Medellín

Reestructuración en corto tiempo

"El estudio realizado a Metrosalud es válido, porque permitió a mucha gente tener un conocimiento profundo de la empresa, además nos mostró unas realidades que todos conocían, pero que nadie las tenía realmente comprobadas. Administrativamente tiene falencias. La toma de decisiones está centralizada y no hay un apropiado sistema de comunicaciones

internas, además existe un sobredimensionamiento de la planta de funcionarios.

"No se pretende que Metrosalud sea una empresa que dé ganancias al municipio, sino que aporte una ganancia social, básicamente está en que preste unos servicios de mucha calidad con el menor costo. Cuando hablamos de menor costo y mejor calidad,

hablamos de eficiencia en el servicio.

"La reestructuración de la Empresa se hará en el corto tiempo, basados en el conocimiento que se tiene y los estudios realizados. La gerencia actual va a empezar a hacer algunos ajustes dentro de la empresa, iniciando por aquellas dependencias o personal que están haciendo labores que no son propias de la Empresa".



Febrero del Año 2000 - No.17

La batalla solitaria de un hospital

Peque. "En boca cerrada..."

Por Ana C. Ochoa
Periodista

La cuota de hambre que han tenido que pagar los habitantes de Peque es vieja. Ahora es mayor y forzada por las armas. La restricción al paso de alimentos, impuesta por las llamadas Autodefensas, ha llevado a que hombres y animales se disputen lo que brota de la tierra. Que es -y ha sido- poco. Este pueblo antioqueño, un bello punto infértil al noroeste de Colombia, tiene suelos erosionados, de baja productividad. Esto hace difícil el cultivo y el pastoreo. Como si fuera poco, algunos técnicos dicen que la fracturación intensa, el cizallamiento y la agresividad de las lluvias lo hacen territorio propicio para deslizamientos de grandes proporciones. Así que es dura la tierra que da alimento a los 10 mil habitantes de Peque y no son su escaso frijol, su caña panelera o su café los que la hacen apetecible para los grupos de guerrillas y de las llamadas autodefensas. Es su ubicación estratégica la que lo ha hecho importante en la ruta de

¡Resistir! Esa ha sido siempre la vocación triste y valerosa de muchos hospitales como el del municipio antioqueño de Peque, que además afronta ahora, con su vieja precariedad, las novedades espantosas de la guerra.

la guerra. Comunica con Urabá, con el Nudo de Paramillo y de allí con Córdoba. Este pueblo templado pertenece a la cuenca del río Cauca y está ubicado al occidente de Antioquia, a 239 kilómetros de Medellín. Su territorio de altas pendientes era zona de los Frentes 5 y 18 de las FARC. La llegada de las Autodefensas y el retiro de la Policía el 7 de agosto convirtieron con sus 392 kilómetros en zona de castigo. La "lección" de hambre para la guerrilla y sus supuestos colaboradores empezó, poco a

poco, desde noviembre. Sólo ahora es noticia.

¿Cuál salud?

"Uno de los médicos rurales se fue y no volvió por miedo. Su familia no lo dejó regresar supo del problema que había con la gente armada y con el bloqueo al paso de los alimentos." contó a EL PULSO el director del Hospital San Francisco de Asís, doctor Oscar Geraldino Capdevilla. "Después nadie quería venir a ocupar el puesto". Y es que desde hace mucho tiempo Pe-

que ha sido plaza evadida por los profesionales de la salud, según comentó un médico habitante de la región. Uramita, Sabanalarga...son muchos los lugares donde el trabajo de la salud se ha limitado. Crece el temor. Ya se sabe que cada 15 días es asesinado un funcionario de salud en medio del conflicto armado. La desprotección en salud es evidente. Y esto, unido a la contaminación de las aguas de consumo, al mal manejo de basuras, a la ausencia de servicios sanitarios, a la falta de buenos mecanismos para

la disposición de excretas...y, claro, a la mala nutrición y la amenaza permanente de ser expulsados o eliminados, hacen más vulnerable a la comunidad y el trabajo con la salud se convierte en una batalla. Pocos están dispuestos a darla. "Esta es una institución de primer nivel, con 4 camas para adultos, 4 para niños, 2 para pacientes de ginecología. Tenemos tres camillas, pero ya obsoletas...estamos a la espera de una donación prometida por los Comités Municipal y Departamental de Cafeteros. Hemos salido adelante a pesar de la iliquidez. Efectuamos desde hace tiempo programas de manejo de desnutrición infantil y esperamos poder sortear este problema con los alimentos. Hemos recibido algunos intoxicados con enlatados, pacientes con diarreas bacterianas...Todavía contamos con medicamentos. No es nuevo que se presenten problemas ocasionales con los envíos de droga desde Medellín por bus, pues los atracos nunca faltan. Por fortuna tenemos un seguro que garantiza el reenvío. Seguimos trabajando. Ahí vamos, 'despacito'. Y con la boca bien cerrada".

La cuota de hambre que han tenido que pagar los habitantes de Peque es vieja. Ahora es mayor y forzada por las armas.

"El Pulso y la Editorial de la Universidad de Antioquia, una alianza saludable para usted"

Suscríbase a **El Pulso** y obtenga los mejores descuentos en las últimas publicaciones de la colección médica de la Editorial de la Universidad de Antioquia.



La oferta incluye:

Promoción 1: Libro *Plantas medicinales aprobadas en Colombia* y suscripción al periódico El Pulso por un año \$ 64.600⁰⁰

Promoción 2: Libro *Salud y enfermedad* y suscripción al periódico El Pulso por un año \$ 58.900⁰⁰

Promoción 3: Libro *Semiología pediátrica* y suscripción al periódico El Pulso por un año \$ 94.600⁰⁰

Consigne el dinero de la promoción seleccionada en la cuenta **1053-7037917 a nombre de la Universidad de Antioquia**. Envíe el recibo de la consignación y este cupón al fax 2 63 44 75 de Medellín, o a la Calle 64 con Cra. 51D, Dirección General, Periódico El Pulso y a la vuelta de correo recibirá su pedido. Mayores informes, periódico El Pulso Tels: 2 63 78 10 - 2 63 43 96, y Editorial Universidad de Antioquia, Tels: 2 10 50 10 - 2 10 50 12.

Conavi

Por favor, complete el siguiente formulario con sus datos personales:

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Documento de identidad: _____
Empresa: _____
Teléfono de la empresa: _____ Fax: _____

AVISO
SCHERING



El Director de Ética del Murdoch Institute, Australia, Julián Savulescu alertó que los avances en el conocimiento de la genética humana permitirán la identificación de muchos genes que causan o predisponen al desarrollo de enfermedades a lo largo de la vida. Si las pruebas genéticas poseen la gran promesa de la prevención de enfermedades, la legislación también debe prevenir la discriminación por los riesgos genéticos, señaló el doctor Savulescu.

EL PULSO

Febrero del Año 2000 17

Hace un año se estremeció el Eje Cafetero La salud, líder en reconstrucción

En el 2000 la red pública de salud debe estar lista. Desde las Gerencias Zonales, las comunidades participan en las decisiones, al igual que las autoridades locales.

El Fondo para la Reconstrucción y Desarrollo Social del Eje Cafetero, FOREC; el Ministerio de Salud y el Instituto Seccional de Salud del Quindío, tienen el compromiso de entregar durante el año 2000, la red pública de servicios de salud afectada por el terremoto del pasado 25 de enero de 1999, que comprometió además los departamentos de Caldas, Risaralda, Tolima y Valle del Cauca.

Según la Unidad de Salud del FOREC, durante el año de 1999 se adelantaron varias gestiones como: identificación de daños, estudios geológicos, coordinación de planes de ordenamiento territorial y planeación municipal, ajuste a los niveles de atención médica, adquisición de lotes cuando se ha requerido, estudio de proyectos y planos, definición de responsabilidades en las labo-

res de reconstrucción y apropiación de los recursos necesarios.

Por su parte, el Ministerio de Salud gestionó durante el año de 1999 varias acciones como la identificación y recopilación de los daños, orientación a las Direcciones Territoriales de Salud sobre la mitigación de desastres. Además de lo anterior, el trabajo se centró en el año que culminó en calcular la nueva red de servicios de acuer-

do con la nueva situación, sobre todo en el departamento del Quindío, entre otros.

De igual manera, el Instituto Seccional de Salud de Quindío tuvo como gestión central, la firma del convenio interadministrativo para la reparación, reconstrucción y construcción de la Red de Servicios de Salud de las IPS, entre el Ministerio de Salud, FOREC, el departamento del Quindío y la Secretaría Municipal de Armenia. Asimismo, gestionó recursos por \$7.000 millones de pesos, con los gobiernos de Japón y Alemania, que serán destinados para la dotación de equipos médicos quirúrgicos en varios hospitales. En los siguientes cuadros se observa el comportamiento de las obras e inversiones.



El proceso de reconstrucción, aparentemente ha sido lento, pero la verdad es que ha pasado por varias fases antes de iniciar las obras. En el 2000 se esperan ver los resultados del trabajo. Foto La Patria.

Fondo para la Reconstrucción y Desarrollo Social del Eje Cafetero

Reparación de infraestructura

| Departamento | Puestos de salud | Centros de salud | Hospitales |
|--|------------------|------------------|------------|
| Quindío | | 8 | 1 |
| Risaralda | | | 1 |
| Caldas | | | 1 |
| Valle | 1 | 3 | 6 |
| Tolima | | | 1 |
| También se adelantaron construcciones de infraestructura | | | |
| Quindío | | 5 | 4 |
| Risaralda | | | 1 |

El FOREC tiene destinados 32.549'826.379 millones de pesos para las obras de reparación y construcción.

Ministerio de Salud

Reparación de infraestructura

| Departamento | Puestos de Salud | Centros de salud | Hospitales |
|--|------------------|------------------|------------|
| Quindío | | 5 | 4 |
| Risaralda | 18 | 2 | 9 |
| Caldas | | | 5 |
| Valle | 1 | | 5 |
| Tolima | | | 4 |
| También se adelantaron construcciones de infraestructura | | | |
| Quindío | | 2 | 2 |

La inversión adelantada por el Ministerio de Salud hasta el momento, en estos trabajos de infraestructura, asciende a 5.000'000.000 millones de pesos.

Instituto Seccional de Salud del Quindío

Obras adelantadas

RECONSTRUCCIONES Y REPARACIONES. Gracias a una inversión de \$270.816.000 realizada por la Cruz Roja se han logrado reconstruir los Puestos de Salud de Quebradanegra, La Virginia, Río Verde Bajo (Buenavista). De igual manera, se han adelantado las reparaciones en los puestos de salud de La Nubia, (Salento) y Pueblolapao, (Montenegro).

CONSTRUCCIONES EN LA ACTUALIDAD SE ADELANTA UNA SERIE DE OBRAS, CON EL PROPÓSITO DE ENTREGAR EN EL TRANSCURSO DEL AÑO.

| Obra | Costo Inversión | Fecha de entrega | Centro de salud |
|--|-----------------|------------------|-----------------|
| De Armenia Centro de salud | 362.167.613 | 1.151.450 | Junio 2000 |
| Nueva Libertad, Armenia | 301.823.011 | 978.589 | Junio 2000 |
| Hospital Santa Ana, Pijao | 1.309.000.000 | 26.613.432 | Junio 2000 |
| Hospital San Roque, Córdoba | 1.153.000.000 | 18.844.185 | Junio 2000 |
| Hospital San Vicente, Montenegro | 2.699.000.000 | N.D. | Nov.2000 |
| Hospital San Camilo, Buenavista | 6.828.000.000 | N.D. | Junio 2000 |
| Hospital del Sur, Armenia | 4.200.000.000 | \$0 | N.D. |
| Hospital La Misericordia, Calarcá Reubicación | 4.091.000.000 | \$0 | N.D. |
| Hospital La Misericordia, Calarcá Reforzamiento | 1.372.103.992 | 404.290.590 | Julio 2000 |

REPARACIONES EN VARIOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO SE CUMPLEN OBRAS EN LOS SIGUIENTES HOSPITALES:

| Hospital | Costo | Valor invertido | Fecha de entrega |
|----------------------------|-------------|-----------------|------------------|
| San Juan de Dios (Armenia) | 941.359.254 | 625.762.251 | Abril 2000 |
| Barcelona | 6.170.686 | 4.790.686 | Marzo 2000 |
| San Vicente (Circasia) | 14.987.461 | 11.847.461 | Marzo 2000 |
| San Vicente (Salento) | 27.388.770 | 16.769.770 | Abril 2000 |
| Pío XI (La Tebaida) | 165.981.569 | N.D. | Mayo 2000-01-18 |

Fuentes: Fondo para la Reconstrucción y Desarrollo Social del Eje Cafetero. Ministerio de Salud. - Instituto Seccional de Salud del Quindío



ACERCA DE LA SELECCIÓN

El nuevo sistema excluye de su cobertura a aquellos grupos de población cuyo rendimiento financiero es negativo

ADVERSA (1)

Por Carlos Alberto Gómez Fajardo, md.
Colegio Médico de Antioquia.

Con muchas las consecuencias negativas que sobre la comunidad ha determinado la puesta en marcha de la concepción mercantilista de la salud impuesta como norma jurídica en nuestro país con la ley 100 de Seguridad Social. Lo injusto se convirtió en norma sancionada por la ley, ante la pasmosa indiferencia de la nación, de sus representantes políticos y de uno de sus gremios más importantes, los médicos.

Uno de estos fenómenos negativos es la "selección adversa", fenómeno bien conocido por los teóricos de los sistemas de prestación de servicios de salud. De manera resumida lo podemos describir como la exclusión, por parte del sistema, de aquellos "clientes" que eventualmente representan una mayor probabilidad de gastos y cuyas retribuciones nunca serán —en el aspecto monetario— las suficientes para el pago de lo que el sistema habría "invertido" en ellos.

El nuevo sistema, rigurosa e implacablemente fundamentado en una concepción materialista del hombre, por diferentes métodos, excluye de su cobertura a aquellos grupos de población cuyo rendimiento financiero es negativo: ancianos, pacientes

de enfermedades degenerativas y crónicas, cáncer, tratamientos de muy alto costo y de alta demanda de tecnologías médicas complejas. Basta para ello constatar —quienes somos médicos practicantes lo conocemos— las dificultades sin fin que surgen para el cubrimiento de determinados servicios por parte de una creciente burocracia que hace "operar" la ley de seguridad social.

Como ejemplo puede citarse el engendro de los sistemas de "direccionamiento" de pacientes como el CRAE, invención de burócratas que ante el país demuestran hasta donde llegan los extremos negativos del "ingenio" de los antioqueños. Desafortunadamente las aisladas voces de protesta que se han levantado ante esta

nueva figura aún carecen de una verdadera resonancia nacional. Estos hechos requieren de un análisis coherente y con un sano sentido de la dirección y el liderazgo. No conocemos aún quien los sepa encauzar por buenos caminos políticos.

Otro de los grupos de la población colombiana que más particularmente se ha visto afectado por estos vientos de neoliberalismo radical es el de las mujeres en embarazo y los niños menores de un año: aquellos a quienes los salubristas han denominado "población materno-infantil". Al cierre del hospital Lorencita Villegas de Santos —situación de muy complejas y variadas causas— se suma la precaria

condición de muchos otros centros hospitalarios del país.

En la pasada administración del ISS ocurrió el cierre del servicio de maternidad de la Clínica León XIII de Medellín, uno de los centros de atención obstétrica más grandes e importantes de Colombia, y por su desmesurado volumen, quizás del continente. En aquella clínica se llegó a atender hasta unos 18.000 partos al año. Su cierre —medida rápida e irrefutable— en el mejor estilo de los estrategas de la "blitzkrieg", fue "neutralizado" con la sorpresa con la cual se procedió y con la "apertura" de dos servicios obstétricos periféricos que en la realidad ya existían con anterioridad y que no alcanzan a cubrir sino

una parte de lo que fue suprimido. Su responsable político, un eficaz, duro y fugaz funcionario del régimen anterior, pronto será olvidado por la veleidosa opinión pública nacional.

La "selección adversa" tiene otras características que la tipifican: cada vez es más difícil, para la paciente y para el médico, por razones logísticas, la atención de un control prenatal institucional riguroso, sistemático y moderno. La desorganización y corrupción del sistema hace que las ayudas de laboratorio rutinarias (ecografía, laboratorio clínico,

monitoreo electrónico fetal) se conviertan en una cadena de favores sucesivos, más que en la operación de un sistema de servicio a la comunidad. El paso a contrataciones de servicios añade características de poca transparencia a un área de servicios obstétricos que fuera de grandísimo valor para generaciones de colombianos.

Un obstetra que ha experimentado y conocido durante años el funcionamiento de este sistema no puede por lo menos dejar de formularse las siguientes preguntas: ¿Dónde se encuentran aquellas pacientes de alta complejidad que usualmente visitaban nuestros servicios obstétricos?: Preeclámpticas graves, hipertensas crónicas de difícil manejo médico, cardiopatas en embarazo, enfermas renales crónicas. ¿Adonde están consultando



La población "materno-infantil", ha sido de las más afectada por los vientos del neoliberalismo radical. Foto archivo.

Otro de los grupos de la población colombiana que más se ha visto afectado por estos vientos de neoliberalismo radical es el de las mujeres en embarazo y los niños menores de un año

aviso
FRESENIUS

Según el doctor Richard Winn, profesor de Neurocirugía de la Universidad de Washington, los métodos de tratamiento serán cambiados radicalmente. Las técnicas "minimamente invasivas" y que en el futuro serán realizadas con asistencia robótica, son la utilizadas en la actualidad. Durante el primer cuarto del siglo XXI, el uso de implantes y trasplantes biológicos y no biológicos (por ejemplo: microships) en el sistema nervioso central, serán utilizados para diferentes tratamientos.



OBSERVATORIO

¿QUIÉN VIVE, QUIÉN MUERE Y QUIÉN DECIDE?

Jairo Humberto Restrepo Zea

Centro de Investigaciones Económicas
Universidad de Antioquia

Alan Williams, profesor de la Universidad de York en Inglaterra y uno de los principales exponentes de la Economía de la Salud en el mundo, considera que "el ejercicio de la medicina siempre ha planteado dilemas éticos <...>. Esto sugiere un código ético que obligue al médico a decir la verdad, a respetar la autonomía del paciente y a proceder de una manera justa con él <...> se espera del médico que use sus conocimientos para preservar la vida, aliviar el sufrimiento y no causar daño."

El dilema entre eficiencia y equidad :

Sin embargo, estos postulados se enfrentan a restricciones complejas que se escapan del alcance de quienes practican la medicina, responden por el cuidado de los enfermos y buscan promover la salud de las personas, y, más bien, condicionan su comportamiento en el marco del sistema de salud en particular. La atención de la salud es practicada por individuos racionales que tienen sus propios objetivos, están motivados por modalidades de pago cada vez más diversas, se encuentran limitados por la adopción de protocolos y poseen una responsabilidad que se diluye día a día en medio de una mayor fragmentación del acto médico.

Para el profesor Williams, las reglas de conducta de un código ético pueden apuntar en direcciones diferentes cuando se plantean, entre otros, los siguientes interrogantes: ¿Debe preservarse la vida sin tener en cuenta su calidad, incluso cuando el paciente ya no quiere vivir? ¿Qué significa tratar con justicia a los pacientes? ¿Quiere decir que hay que tratar casos clínicamente idénticos del mismo modo, sin tener en cuenta las circunstancias particulares de cada pacien-

te? ¿Qué es lo mejor que puede hacerse por un paciente ignorando cuáles pueden ser las consecuencias para los demás pacientes? Al considerar el contexto en el que se desenvuelven y a pesar de seguir el mismo código ético, diferentes mé- dicos pueden practicar tratamientos distintos en circunstancias parecidas.

Dado que los recursos de una sociedad son escasos, ¿cómo emplearlos para mejorar la salud de su población, evitar muertes prematuras y curar las enfermedades? Estos dilemas han sido expresados por varios autores, en los términos *quién vive y quién muere*, y son inherentes al ejercicio mismo de la medicina ya que ésta pretende muchos objetivos diferentes que no pueden ser perseguidos sin tener en cuenta los demás, lo que supone un intercambio entre ellos como sucede en todos los aspectos de la vida cotidiana.

En síntesis, la asignación de los recursos para salud puede llevar a brindar alguna atención a todas las personas, o toda la atención posible solamente para algunas personas, con lo cual se compromete el principio de equidad. Además, estas atenciones pueden ser evaluadas en términos de los beneficios netos que reportan (costo efectividad), lo que significa centrarse en el principio de eficiencia. En el cuadro se ilustra con un ejemplo el dilema que existe para aplicar los recursos limitados frente a unas necesidades cuya solución supera esos montos, de manera que es necesario resolver sobre los tratamientos financiados con recursos públicos y, en tal sentido, confrontar los derechos individuales y los sociales.

El caso de una tutela en Colombia :

El 10 de octubre de 1995 Byron Orlando Rojas

Suárez, estudiante de último semestre de química de productos vegetales en la ciudad de Armenia, recibió heridas múltiples con arma de fuego que afectaron "el tercio medio y su unión con tercio posterior del seno longitudinal y región vecina fronto parietal izquierda". El joven de 22 años, derechohabiente de la seguridad social, fue atendido en la clínica del Instituto de Seguros Sociales, permaneció durante un mes en estado de coma y, posteriormente, recuperó sus capacidades mentales superiores y logró alimentarse sin ayuda, aunque presentaba hemiplejía del lado izquierdo.

Ante la petición formulada por el padre del paciente, en el sentido de que se informara el estado de salud de su hijo y se indicara si éste

tenía posibilidades de recuperación y si el ISS contaba con los recursos necesarios para ello, el director de la clínica respondió en mayo de 1997 que, luego de una junta médica en la cual participaron un neurocirujano y un fisiatra, "el consenso general es que no tenemos más que ofrecer para su recuperación". Sin embargo, se dejaba la posibilidad de una referencia al Centro Internacional de Restauración Neurológica de La Habana, CIREN, lo cual había sido solicitado por el padre, pero en la Seccional del ISS en Cundinamarca se negó esta posibilidad porque "no está contemplado en el manual de tarifas" e incluso se dijo en otra ocasión que no existían posibilidades científicas para una recuperación.

Ante la negativa del ISS, el padre trasladó por su cuen-

ta a su hijo a La Habana y lo hospitalizó en el CIREN, en donde empezó a recibir tratamiento. Dos meses más tarde, el mismo señor solicitó al presidente del ISS que la entidad asumiera el valor de los gastos correspondientes al tratamiento de rehabilitación que estaba recibiendo su hijo, solicitud que reiteró haciendo énfasis en los progresos que los expertos del CIREN reportaban en un informe clínico.

Debido a la nueva negativa del ISS y como en el CIREN se recomendaban unos tres meses más de tratamiento en Cuba, cuyos gastos el padre ya no estaba en capacidad de sufragar, éste interpuso una acción de tutela ante un juzgado de Armenia y su fallo resultó favorable. Sin embargo, el ISS impugnó dicho fallo ante el tribunal superior de esa ciudad, habiendo obtenido la negación del derecho en esta instancia. Por último, la Corte Constitucional, mediante sentencia T-304/98, revocó el fallo del Tribunal y confirmó el del juzgado, ordenando así que el ISS asumiera los gastos ocasionados a partir del 10. de agosto de 1997.

¿Quién decide?:

En el caso de Byron se encuentran involucrados diversos agentes: el paciente y su familia, para quienes era esencial la recuperación y en ello habían comprometido su patrimonio, acudieron al exterior en búsqueda de opciones científicas y solicitaron la intervención de la justicia; los médicos especialistas de Armenia, que vieron limitadas las posibilidades a su alcance; los directivos del ISS, los cuales negaron en varias oportunidades la referencia internacional del paciente, subestimando la posibilidad de recuperación; el personal médico y científico del CIREN, en donde se ofreció un tratamiento con resultados efectivos; y por último, tres organismos de la rama jurisdiccional, dentro de los cuales la Corte Constitucional presentó como cosa juzgada la tutela del derecho a la vida, a la salud y a la vida digna.

Las discrepancias entre los conceptos médicos y los fallos de los organismos de justicia, amparados incluso en las mismas normas, enseñan dificultades prácticas para decidir algo del estilo quién vive y quién muere. Entonces, ... ¿quién decide? Frente a este interrogante, recogemos la propuesta del profesor Williams:

"¿No sería mejor coger el toro por los cuernos e intentar que la sociedad participe en un debate responsable sobre cómo decidir el orden de prioridades en la asistencia sanitaria, sobre las tensiones entre el potencial de la medicina moderna y el hecho innegable de que sólo se dispone de recursos limitados, y sobre los principios éticos que deberían determinar la solu-

ción de dichas tensiones. A mí me parece que esta es la única manera responsable y constructiva de proceder." Como una de las posibilidades, se cuenta con la televisión como el medio más eficaz para entrar en los hogares y presentar estas cuestiones gráficamente y de modo equilibrado.

¿Hacia dónde

En síntesis, la asignación de los recursos para salud puede llevar a brindar alguna atención a todas las personas, o toda la atención posible solamente para algunas personas

podríamos ir?:

En el caso colombiano, se presenta una fuerte tensión entre una visión de la salud como derecho y otra como bien económico, lo cual se ve reflejado en las decisiones que toman organismos judiciales y que constituyen gastos crecientes especialmente para las EPS, además de ahondar las diferencias entre quienes gozan de un seguro de salud y quienes no están cubiertos. De igual manera, se garantiza la protección del individuo en relación con los derechos y el ordenamiento jurídico consagrado en la Constitución, minimizando así los abusos y la indiferencia de organismos públicos y privados, como parece que fue el caso con Byron.

Una posibilidad para eliminar esta tensión, incluyendo una posible revisión del texto constitucional, consiste en el otorgamiento de una mayor autonomía al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el cual resolvería precisamente las cuestiones de ética social; en sentido más general, es importante contar con equipos interdisciplinarios en las diferentes instancias en las cuales se deben resolver estas cuestiones, particularmente en los hospitales.

Referencias:
Calsamiglia, Xavier. "Ética y gestión sanitaria: un ensayo sobre la necesidad de contar". Papeles de Economía Española No. 76, 1998, p. 232-242.
Kalmanovitz, Salomón. "Los efectos económicos de la Corte Constitucional". Banco de la República.
Williams, Adam. "Medicina, economía, ética y el servicio nacional de salud. ¿Un choque de culturas?". Papeles de Economía Española No. 76, 1998, p. 228-231.

Derechos individuales y derechos sociales

Un ejercicio numérico

I. Evolución temporal dando prioridad a las urgencias

| | | | | | | | |
|--------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|
| Enfermos crónicos | 100 | 100 | 119 | 135 | 147 | 157 | 1 |
| Enfermos agudos | 20 | 36 | 46 | 55 | 62 | 69 | |
| Crónicos tratados | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Agudos tratados | 20 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | |
| Enfermos curados | 24 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 49 |
| Muertes | 0 | 6 | 11 | 15 | 19 | 22 | 74 |

II. Evolución temporal con prioridad equilibrada

| | | | | | | | |
|--------------------------|-----|----|----|----|----|----|-----|
| Enfermos crónicos | 100 | 45 | 27 | 27 | 26 | 31 | 31 |
| Enfermos agudos | 20 | 31 | 28 | 24 | 22 | 22 | |
| Crónicos tratados | 75 | 45 | 30 | 30 | 25 | 20 | |
| Agudos tratados | 9 | 15 | 18 | 18 | 19 | 20 | |
| Enfermos curados | 77 | 52 | 39 | 39 | 35 | 30 | 272 |
| Muertes | 6 | 8 | 5 | 3 | 2 | 1 | 25 |

En este ejemplo, presentado por Calsamiglia, se considera una lista inicial de 100 enfermos crónicos y 20 agudos, la aparición de 20 enfermos de ambos tipos en cada período siguiente y una disponibilidad de 120 unidades monetarias en cada período, las cuales se pueden emplear en el tratamiento de los enfermos crónicos con un costo unitario de 1 y en el de los agudos con un costo de 5. Para un enfermo crónico, el tratamiento le devuelve la salud (curación) y si no recibe tratamiento tiene una posibilidad de 20% de pasar al estado agudo, permaneciendo el 80% restante como crónico. Para un enfermo agudo, el tratamiento es eficaz con un 20% de curación y

un 80% pasa al estado crónico; si no recibe tratamiento, el paciente muere en el 50% de los casos y el resto permanece en ese estado. Obsérvese que si los recursos disponibles se destinan en cada período a atender los casos urgentes o agudos, con lo que sólo podría atenderse a 24 pacientes (24*5 = 120), el número de muertes es superior, son muy pocos los enfermos curados y permanecen muchas personas en estado crónico o agudo; en cambio, si se parte de una asignación equilibrada con el tratamiento de enfermos de ambos tipos, se llega a una solución mucho más atractiva, reduciendo significativamente la incidencia de la enfermedad.

En el caso colombiano, se presenta una fuerte tensión entre una visión de la salud como derecho y otra como bien económico, lo cual se ve reflejado en las decisiones que toman organismos judiciales y que constituyen gastos crecientes especialmente para las EPS



En voz baja

Martha Senn

Por Ana C. Ochoa

Periodista



"La gente a la que no le gusta la música ignora hasta qué punto, además de la belleza, el placer y la alegría que proporciona, es misteriosa. Me parece que a veces, si pudiera desdoblar ante mí la música que amo, encontraría en ella el secreto del amor y de la vida (...). A veces creo descubrir el pliegue por donde es posible desplegarla, pero es como si no tuviese manos." **Victoria Ocampo.**
Foto El Mundo

mo tentador y se prende de su ilusión: "Desde hace tres años unas 43 personas y 165 profesores de escuelas populares de Bogotá, trabajamos en 'Cajita de música', proyecto orientado por la Fundación Opera Estudio. Es una metodología no formal de enseñanza de valores de convivencia. El baile, el teatro, la música, el juego... todos esos elementos permiten una metaforización de los valores. La puesta en escena es de gran calidad, participan unos 14 niños y se está involucrando ya a las familias. Creo que es efectivo aprender descubriendo el mundo de otra manera ¿A quién se le olvida una canción que conoció en su niñez? Coordino también la parte administrativa y la idea es llevarlo a otras ciudades. Es un reto. Aquí ética y estética me comprometen hasta el fondo."

Ella habla y explica todo muy despacio, con una natural cortesía en la expresión, con una suavidad magnética... Así que por el roto que le ha hecho a la vida la vulgaridad, se escapa ella, con su galería de voces, sus historias de escenas y escenarios y la leyenda de esos ojos fastuosos que hacen comprobable la versión de que existe la belleza.

La mezzosoprano contó a EL PULSO que estará en la ópera de Tokio haciendo de Dulcinea en Don Quijote, de Massenet. En Colombia participará con la Filarmónica de Bogotá en El Canto de la Tierra, una de las obras más hermosas de Gustav Mahler. Y comentó de qué manera feliz está "jugándose" la vida: Se trata de "Cajita de música", un proyecto pedagógico con niños de barrios populares de Bogotá. Un canto nuevo que reparte belleza en este mundo adolorido.

"No me gusta rondar el pasado. Las cosas de la memoria pueden ser trampas...yo prefiero que sean impulso", dice. Pero esa voz que asciende y desciende delicada por cada palabra, nos arrastra inevitablemente hacia atrás, hacia el mundo cultivado de su voz, hacia el universo lírico en el que empezó su canto, su historia de más de 20 años viviendo con el arte episodios de sombra y esplendor.

Nació en Suiza en 1.952, estudió derecho en Bogotá pero la aventura de perfeccionar sus atributos artísticos, la ha llevado a protagonizar en ocasiones, papeles que estarán en el recuerdo: Una de ellas fue su Carmen, en Nápoles, con la dirección de Lina Wertmuller, "la mejor Carmen posible", según el director de cine español Carlos Saura.

Escenarios, nombres brillantes...La Arena de Verona, la Scala de Milán en 1.984, la ópera minimalista de Phillip Glass en el City Opera de Nueva York, la Opera de la Bastilla en 1.994 y su papel principal en Carmen, de Bizet; en Estocolmo con Plácido Domingo en Werther, de Massenet; la grabación de El Rey David de Honneger, con la dirección de

Baudó; la Rosina de El Barbero de Sevilla de Puccini en Roma y allí también Una italiana en Argel y La Cenicienta, de Rossini...Ya en 1.982 había iniciado su buena ruta, cuando ganó el concurso internacional de Canto en París.

"Ahora voy a la Opera de Tokio, que es una de las que ha llegado más lejos en calidad estética. Haré de Dulcinea en Don Quijote, de Massenet. Eso y mis proyectos con la Fundación Opera Estu-

dio en Colombia, ocupan mi tiempo."

Colombia

"Hace poco estuve en México, cantando en el Palacio de Bellas Artes, y conocí a varios escritores colombianos, entre ellos Fernando Vallejo y William Ospina. Quedé muy bien impresionada, fue un gusto. Estoy leyéndolos y me tienen impactada. "Colombia no tiene redención ni perdón posible", escribe Vallejo. Pero ella da un curva lejos de ese abis-

Comentario para EL PULSO sobre su última obra.



"En Morales Benítez se reúnen los fracasos y virtudes de una clase de colombianos ejemplares. Individuos a quienes el país debe mucho y poco deparó, desde el punto de vista de haber utilizado mejor sus capacidades de estudio y sus conocimientos en la conducción del Estado...Morales Benítez habría sido, qué duda cabe, un gran Primer Magistrado, si el país hubiese sido la Colombia por la cual luchó su generación y que perdió sin darse cuenta." Harold Alvarado Tenorio

compañía, La Francesa, que había sufrido un descalabro económico y sus representantes más importantes estaban en la cárcel. El gobierno de Marroquín negoció con ellos a pesar de las advertencias de Nicolás Esguerra y de Carlos Arturo Torres, a quienes había perdido que viajaran a París para establecer la realidad de esa compañía, que era realmente desastrosa. Marcel Proust en una de sus novelas cuenta cómo fue ese "escándalo del Canal". Pero, a pesar de todo, el gobierno negoció, y lo hizo por una cantidad económica exigua. Estaba buscando dinero para combatir la guerra de los Mil Días. La negociación conducía necesariamente a que cayera el Canal en manos de Estados Unidos. Así que el gobierno conservador les empujó a Panamá. Y utilizó para ello los funcionarios más separados de la sensibilidad, del entendimiento, de la psicología de los habitantes del istmo. Dentro de esos funcionarios algunos fueron de una crueldad y de una perversión monstruosas. Otro fenómeno fue fatal: La constitución de 1.886 redujo a Panamá a ser simplemente una oficina que dependía de la Presidencia de la República de Colombia. Esa afrenta para la gente panameña, aceleró la separación de Panamá. Así que acomodarlo a la Guerra de los Mil Días participación

en la pérdida de Panamá es un error. En mi libro queda demostrado que el liberalismo y la Guerra de los Mil Días, no tuvieron una sola referencia trágica en la pérdida del istmo. Fueron definitivos, más bien, los errores del Gobierno conservador.

En el libro me refiero a personajes de la historia colombiana hoy olvidados, y realizo biografías sintéticas pero de mucha intensidad. El trabajo incluye muchos datos y asuntos desconocidos pues está apoyado básicamente en documentación que nunca se había utilizado en Colombia".

Foto El Mundo

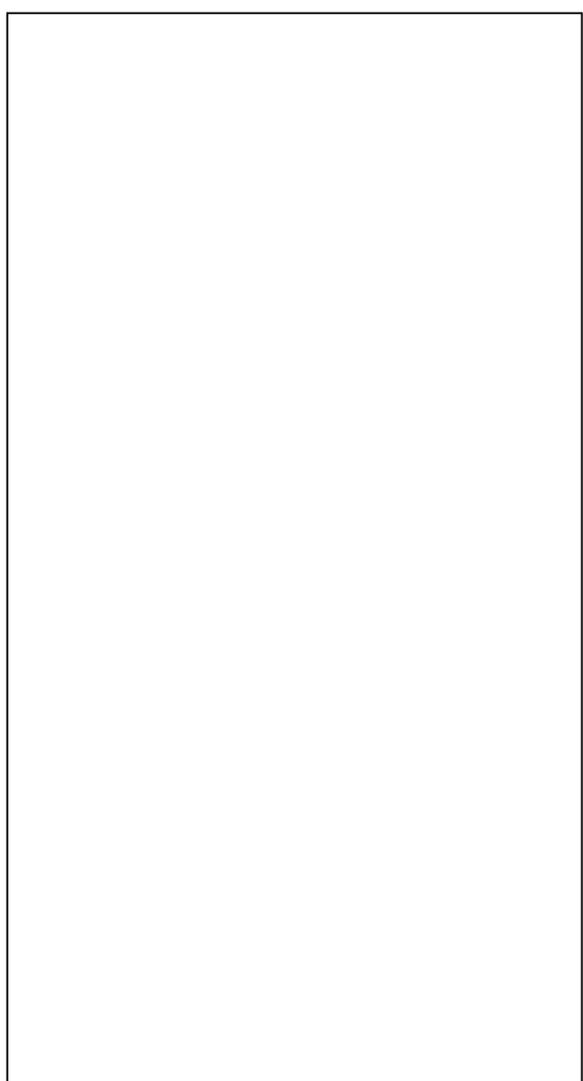
De Otto Morales Benítez

La felicidad y los libros

Abogado, político, periodista, representante a la Cámara a los 27 años, senador, ministro, autor de 64 libros publicados...hombre cordial en extremo, "limpias las manos de codicia y el corazón de malas pasiones" según decía el doctor Eduardo Santos. Ejemplar, opina Juan Luis Mejía, "en el arte de la amistad y la constante alegría". Con entusiasmo contó para EL PULSO de sus tres últimas obras, dos

de ellas en preparación: la biografía del ex presidente Eduardo Santos y otra titulada "El mestizaje, identidad y autenticidad del continente." Ya empezó a circular su libro "Sancllemente, Marroquín, el Liberalismo y Panamá". "Duré escribiendo este libro cinco años y medio y tengo conciencia de haber hecho un trabajo de mucha severidad histórica, mucho análisis político y visión en profundidad. La intención es rescatar la

memoria de Sancllemente, tan denigrada por el grupo de los históricos, quienes dieron el golpe con Marroquín. Incluye documentos esenciales, en los que consta que, destituido San Clemente, éste reacciona con mucha dignidad. En la parte del "Liberalismo y Panamá", establezco que en la pérdida de Panamá, fue un error la actitud del Gobierno de haber negociado la reanudación de los trabajos del canal con una





De acuerdo con la Family Health Internacional, de Estados Unidos, las tecnologías emergentes de laboratorio y mejores métodos epidemiológicos han identificado más de 25 organismos transmitidos por contacto sexual. Las cuatro principales infecciones curables acumulan unos 333 millones de casos por año.

EL PULSO



Febrero del Año 2000

MEDIO AMBIENTE

Educación y comunicación claves para prevenir desastres

Por Jaime Alberto Ospina Giraldo.

Ingeniero de Petróleos, U. Nacional. / Magister en Desastres, U. de A.

“El desarrollo debe garantizar bienestar, no solo a las comunidades actuales, sino también a las futuras generaciones”.

En diferentes rincones del planeta se viven cada día más y complejos fenómenos naturales, como terremotos, inundaciones y tormentas eléctricas. Otros son originados por el hombre como atentados terroristas, incendios y contaminación ambiental. Los hechos más conocidos han sido las inundaciones de Venezuela, Argentina y Brasil en Suramérica; Bélgica, Francia e Italia en Europa; además, los sucesos de la China y el Japón. El factor común de estos hechos es que el hombre ha variado e intervenido, de manera inapropiada, las leyes y los fenómenos de la naturaleza, en busca de su propio bienestar.

Muchas de las obras consideradas de gran importancia desde el punto de vista tecnológico, en diferentes partes del mundo, son una muestra de un desarrollo que privilegia lo económico y político, por encima de lo cultural y social. Lo anterior ha ocasionado un

fuerte impacto ambiental, que ha generado graves y cuantiosas pérdidas humanas y naturales, en regiones donde aparentemente existía un perfecto equilibrio hombre-naturaleza. Los sucesos descritos son un llamado de atención para que el desarrollo obedezca a las necesidades *in-situ* de los diferentes lugares geográficos, donde éste sea aplicado. El desarrollo debe garantizar bienestar, no sólo a las comunidades actuales, sino también a las futuras generaciones.



El hombre para estar en armonía con la naturaleza, requiere conocer y comprender los fenómenos que a partir de ella se generan. Foto archivo

...cualquier fenómeno natural generado por el hombre puede culminar en un desastre, puesto que la comunidad pierde su capacidad de autorregulación.

NO ES TARDE

A pesar de lo anterior, es importante para el bienestar de las diferentes comunidades, saber que el hombre cuenta con dos herramientas muy importantes que le permiten prevenir o enfrentar los desastres: la educación y la comunicación. La combinación de estos elementos permitirá minimizar y/o atenuar las consecuencias generadas por los fenómenos naturales y, además, fomentar una cultura de la prevención.

La educación, entendida como el procesamiento de información con el fin de reducir la incertidumbre, es un factor preponderante porque contribuye a que las comunidades se preparen para prevenir los de-

astres o en el peor de los casos enfrentarlos de una manera adecuada. Además, facilitará la comprensión de la relación que debe establecer el hombre con la naturaleza, con el fin de encontrar un equilibrio adecuado entre los mismos, para que de esta forma la evolución de la humanidad se haga de acuerdo con las leyes de la naturaleza.

Por su parte, la comunicación debe ser entendida como el proceso de socialización del conocimiento, entre diferentes actores: los científicos, tanto de las ciencias exactas y naturales, como los de las ciencias sociales y las comunidades impactadas. Este elemento contribuirá a que las comunidades

se organicen para enfrentar los fenómenos adversos que generan desastres y también para prevenir la aparición de los mismos.

A manera de propuesta, se sugiere que para lograr una verdadera organización y capacitación de las comunidades para prevenir o enfrentar los desastres, se debe fortalecer la relación entre las instituciones académicas, hospitalarias y de desarrollo tecnológico que están presentes en ellas, lo cual se logrará con un apropiado proceso comunicativo-educativo, entre las partes en mención, a partir de la aplicación *in-situ* de las propuestas que surjan, de acuerdo con las necesidades de esas comunidades.

TEORÍA DE SISTEMAS Y DESASTRES

Para comprender la relación hombre-naturaleza, es necesario mirar los desastres desde la óptica de la Teoría de Sistemas. Por sistema se debe entender un conjunto de elementos que se hallan en permanente interacción, lo que hace que el sistema hombre-naturaleza sea diná-

mico y cambiante, adoptando su cotidianidad a las exigencias propias de cada lugar geográfico intervenido.

Es interesante resaltar que los elementos que conforman el sistema pueden ser las ideas que los científicos o los mismos integrantes de una determinada comunidad tienen o los desarrollos tecnológicos existentes en el medio, los cuales deben materializarse en mejores condiciones de vida para la misma comunidad. Pero cuando esas relaciones entre los elementos del sistema no permitan mantener el equilibrio apropiado entre el hombre y la naturaleza, cualquier fenómeno generado por el hombre puede culminar en un desastre, puesto que la comunidad pierde su capacidad de autorregulación, es decir, no puede mantener una relación armónica con la naturaleza, tanto en el tiempo como en el espacio habitado.

En el mundo occidental la posición frente a la prevención y mitigación de desastres es muy desigual. Mientras unos países, como Costa Rica están preparados para evitar y enfrentar desastres, otros como Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela siguen siendo más paliativos que preventivos, lo cual obedece más a una relación mítica que existe entre las diferentes comunidades con su entorno, que al permanecer intactas en el tiempo, hace a estas muy vulnerables a sufrir un desastre.

La educación, es un factor preponderante porque contribuye a que las comunidades se preparen para prevenir los desastres...

NOTICIAS

FOSYGA, un billón para el 2000

El Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, tendrá para el año 2000 un presupuesto de 1 billón 258 mil 391 millones de pesos, aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Este dinero será distribuido entre las cuatro subcuentas que integran el FOSYGA, de la siguiente manera:

Solidaridad: \$502.182'426.000, para cofinanciar la atención en salud de 8'500.000 personas subsidiadas.

Eventos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT): \$119.264'211.000, para atender el pago de las reclamaciones de las víctimas de accidentes de tránsito, de acciones terroristas, catástrofes naturales, como también para el fortalecimiento de la red de urgencias y atención de la población desplazada.

Promoción: \$69.799'127.640, destinados para la promoción y prevención de enfermedades, prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica.

Compensación: \$567.145'845.587, para el pago de los procesos de compensación entre las EPS, los pagos por fallos de tutela, entre otros.

Aumento de la UPC

Mediante Acuerdo N° 159, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud aprobó un aumento del 10% en las Unidades de Pago por Capitación del Sistema de Seguridad Social en Salud. De esta manera, a partir del 1° de enero las aseguradoras reciben un promedio ponderado de \$265.735 por cada afiliado del Régimen Contributivo y \$141.383 por cada afiliado del Régimen Subsidiado. En la norma se definió, de igual manera, que cada EPS deberá destinar el 0.27% del ingreso base de cotización por cada afiliado para garantizar el reconocimiento y pago de incapacidades por enfermedad general.

10% más para Promoción

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, aprobó también el reajuste del 10% al valor que se les reconoce a las EPS, para realizar actividades de Promoción y Prevención en el Régimen Contributivo. El valor definido por año es de \$10.843. Por su parte, en el Régimen Subsidiado, las Administradoras destinarán el 10% de los recursos de la UPC para financiar estas actividades.

EL PULSO

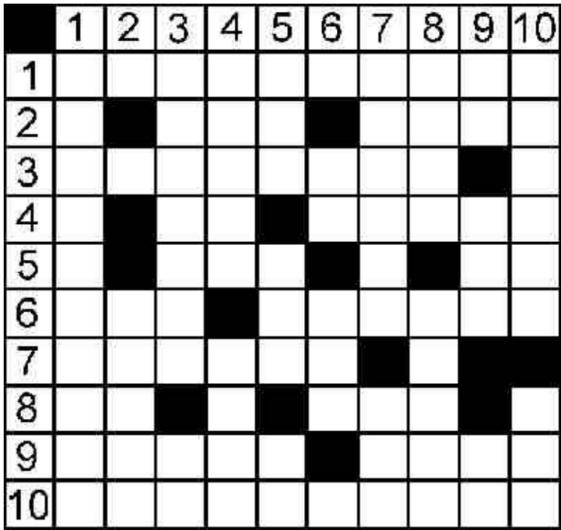
El médico cirujano de la U. de A. y especialista en gerencia Hospitalaria de EAFIT, doctor Andrés Aguirre Martínez, asume la dirección del Hospital Pablo Tobón Uribe. Continúa la labor adelantada por el doctor Iván Darío Vélez Atehortúa, quien estuvo 35 años al servicio de la Institución.



Febrero del Año 2000 - No.17

CRUCIPULSO

Por Julio Ramiro Sanín, md



Encuentre la solución en el próximo número.

SOLUCIÓN AL ANTERIOR

| | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 | E | M | E | T | E | R | I | O | | L |
| 2 | L | U | N | A | R | | M | I | M | O |
| 3 | E | L | A | M | | J | U | G | A | R |
| 4 | N | O | N | A | S | | S | A | L | A |
| 5 | I | | I | R | I | S | A | V | | |
| 6 | T | O | T | A | | U | T | A | S | |
| 7 | A | P | O | | A | M | A | N | D | A |
| 8 | | I | | A | N | I | | T | A | L |
| 9 | A | M | O | R | O | S | A | | S | A |
| 10 | S | O | | S | O | S | O | | S | O |

HORIZONTALES

1. Tripudiantes. ¿Recuerdan los famosos dereviches?
2. Contracción. Transmite la herencia.
3. Nombre de revolucionario mexicano.
4. Así quedó la final del fútbol; colombiano -se fue a penaltis-. Cada uno de los corredores de un claustro.
5. Si esta mosca lo pica, lo medio duerme. Para los más viejitos, ¿se acuerdan de mister... el caballo que habla?
6. Lía. Nb.
7. El color del optimista.
8. Inesita Aguirre. El número con el cual te marca el gobierno.
9. Mirar desde lo alto. La flor y ... de la sociedad, (lo máximo).
10. Amanuense (femenino).

VERTICALES

1. Ningún cura se puede acostar sin haberlo leído, (plural).
2. Remolcate como si fueras una canoa.
3. Memo (plural). Eduardo Cano.
4. Mentecato (plural). Lo que hay que hacer a ver si esto se compone.
5. Esposo de Fátima, yerno de Mahoma. Se acabó la película gringa. Una de la escala.
6. Agencia de prensa. Atomo con carga eléctrica.
7. Ignorante. Instituto Nacional Agropecuario.
8. El gas que nos ilumina. Despedir o echar a una persona.
9. Preposición. El Agnus... es muy milagroso. Medio miquito.
10. Le quitó la humedad. El horario más caro de la televisión.

CLASIFICADOS

Anuncie en los clasificados del periódico

EL PULSO

TARIFAS ECONÓMICAS
Mayores informes, teléfonos:
2634396 - 2637810

EVENTOS

EVENTOS

- **II Congreso Internacional de Neuroanestesia.** Genk, Bélgica. Febrero 2 al 5.
- **VII Curso de Actualización en conocimientos médicos.** Facultad de Medicina U.P.B. Mayores informes en el 4415544, exts: 731-717. Febrero 14-19.
- **Congreso Colombiano de Cirugía Dermatológica.** Santafé de Bogotá, Organizado por la Sociedad Antioqueña de Dermatología (SADE). Mayores informes 2515631. E-mail jhoyos@epm.net.co
- **Seminario Taller Reanimación Cardiopulmonar avanzada.** Auditorio Humanæ Vitæ. Facultad de Medicina U.P.B., Medellín. Mayores informes 4415544, ext. 731-717. Febrero 25 y 26

- **IV Congreso Colombiano de Genética.** Popayán, febrero 21 al 25 del año 2000. Mayores informes Sociedad Colombiana de Genética.
- **X Simposio Internacional de Dermatología.** C.E.S. Medellín, Colombia. Marzo 3 al 4.
- **VI Congreso Mundial de apnea de sueño,** Sidney, Australia. Marzo 12 al 15.
- **IV Congreso Colombiano de Hospitales y Clínicas.** Centro Empresarial Compensar. Santafé de Bogotá. Informes: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, PBX 3124411. E-mail eventos@latinmail.com

- **V Congreso Colombiano de Endocrinología.** Santafé de Bogotá. Marzo 13-18.
- **I Congreso Colombiano Mundial de Posgrado en Medicina del Deporte.** Santafé de Bogotá, marzo 13-18 del 2000. Mayores informes en la Universidad del Bosque, postgrado en Medicina Deportiva, teléfono 6252006. [Http://www.unbosque.edu.co](http://www.unbosque.edu.co)
- **XXI Congreso Colombiano y I Congreso Bolivariano de Obstetricia y Ginecología.** Ciudad por definir. Marzo.
- **Retina Meeting.** Frankfurt, Alemania. Abril 8 al 9.
- **1er Congreso Iberoamericano de Enfermería**

- **Geriátrica y Gerontología.** Logroño-España. 7-11 abril. Mayores informes en www.arrakis.es
- **XX Reunión Anual de Dermatología Latinoamericana.** Mar del Plata, Argentina. Mayo 6 al 9.
- **Clinical Dermatology 2000.** Viena, Austria. Mayo 18 al 20.
- **XIV Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Micología Humana y Animal.** Buenos Aires, Argentina. Mayo 8 al 12.
- **XXX Congreso Nacional de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.** Ibagué, Colombia. Mayo 31 al 5 de junio. Centro de Convenciones Alfonso López Pumarejo.

EVENTOS

EVENTOS

RESEÑA BIBLIOGRÁFICA

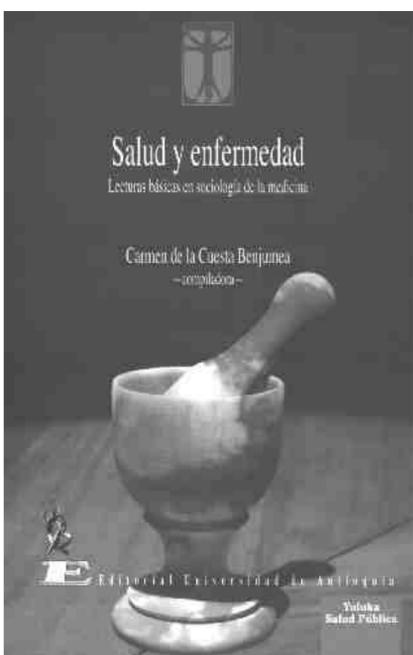
SALUD Y ENFERMEDAD.

Lecturas básicas en sociología de la medicina. Carmen de la Cuesta Benjumea, compildora. Colección Yuluka Salud Pública. Editorial Universidad de Antioquia.

Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina es una compilación de textos clásicos en la materia que tratan diversos temas como las políticas sociales en materia de salud, las diferencias entre los modelos de salud y enfermedad de legos y profesionales, las relaciones entre médico y paciente, y entre medicina y sociedad, y la

investigación sobre el manejo de las enfermedades crónicas.

Aunque seleccionados por la controversia que en su momento suscitaban, sorprende que los temas tratados y las perspectivas desde las que se éstos se abordan conserven plena vigencia. La variedad de enfoques y el prestigio de los autores de los artículos convierten esta compilación en una herramienta didáctica y de reflexión para estudiantes, profesores y profesionales de la sociología y del área de la salud.



Hospital Universitario San Vicente de Paúl.
Consúltenos en Internet - [http://: www.elhospital.org.co](http://www.elhospital.org.co)



Carrera 32
Nº 1B Sur 51.
Local 103
Tel: 312 24 84
Medellín
Colombia

MENSAJERIA URBANA
Licencia MIN
Nº 000122

deblanco

ESPECIALIZADO EN DOTACIÓN MEDICA HOSPITALARIA

Vestuario, Calzado y Accesorios para:
Médicos Odontólogos
Enfermeras Laboratoristas
Estudiantes del Área de la Salud.

VENTAS POR CLUB EN:

Medellín:
Centro Comercial Almacentro, local 204.
Cra. 43 A Nº 34 - 95.
Tel. 232 36 31.
Santa Fe de Bogotá:
Principal Cra 74 Nº 15 42.
Fax: 217 73 37. Tels: 211 74 35 - 249 74 82.
Sucursal: Carrera 7 Nº 121 49.
Tels: 215 05 56 - 213 54 21



Según el Instituto di Ricerche Farmacologiche de Milán, Italia, para tener una "super-salud", las personas recurren con más frecuencia a las píldoras con vitaminas, suplementos dietarios, anti-radicales libres y antioxidantes, lo que refleja una mentalidad "farmacocéntrica". Precisan que si se trata de mejorar la salud hay que recurrir a hábitos como no fumar, moderación al beber, ejercicio físico, dietas bajas en grasa y control de peso.

EL PULSO



Febrero del Año 2000

CULTURAL

Medellín y sus bibliotecas públicas

Y los dos ciegos dijeron ¡leamos!

Hospitales, asilos, cárceles...el recorrido conmovedor de un libro que se presta.

Por Ana C. Ochoa
Periodista

"Nació el día que allí en el aeropuerto se tostó Carlos Gardel..." Y después: "Las perlas son el resultado de una enfermedad del molusco...En la India se les considera gotas de rocío solidificadas a la luz de un rayo de luna". Y después: "El Corazón de Jesús más feo del mundo está en el Barrio Simón Bolívar: Carrera ochentaycuatro a, número treintaysiete guión seis, de Medellín. En esa casa vive Martín Emilio Rodríguez Gutiérrez, alias Cochise." La máquina decodificadora leía cada cinco minutos una cosa distinta. Los dos muchachos ciegos le metían fascinados lo que fuera: enciclopedias, un libro de Manuel Mejía, uno de los Incas,

otro de Gonzalo Arango. Estuvieron toda la tarde en la biblioteca pública. Entraron sin problema, y gratis como a pocos sitios. Eran dos de los tres mil lectores que visitan diariamente la biblioteca pública de Comfenalco, de la Playa, en Medellín y sus siete sedes en los barrios. 12.500 personas entran diariamente a la biblioteca Pública Piloto y a sus cinco filiales populares. El año pasado, 3'665.307 visitantes llegaron a las 13 bibliotecas de Comfama en Medellín y sus municipios cercanos. Comfenalco es una de las mejores de la ciudad, entre otras cosas porque es la única que no cierra en todo el año. La central abre diario hasta las ocho de la noche y los domingos hasta las seis. Antes de que llegara la máquina decodificadora para invidentes, ya se hacían programas de lectura en

voz alta todos los sábados por la tarde. Vienen todavía hasta 40 personas para escuchar lo que pidan o lo que planean los voluntarios. La lectura compartida, y no sólo para invidentes, ha sido uno de los programas más hermosos. Voces privilegiadas, como la de Aura López, así como la de Carlos Ignacio Cardona, se escuchan cada miércoles, de siete a ocho de la noche, leyendo un día a Stevenson o a T.S Eliot. Se presta, se consulta, en sus 75 mil libros o en periódicos, revistas, en Internet, Cd, Cd Room..."Concebimos la lectura en un sentido amplio, acogiendo las nuevas oportunidades de conocimiento, facilitando el uso de tecnología. Por diversos medios, tradicionales o modernos, intentamos promover la formación de una sociedad lectora", dice Gloria Rodríguez, directora. Los

sistemas para consultar se han ampliado. Es posible hacerlo telefónicamente o por Internet, en la dirección que se señalará en el recuadro. Los catálogos están sistema-tizados.

Hay quien extraña los ficheros de cartulinas...en la famosa biblioteca pública de Los Angeles forraron las paredes de vidrio del ascensor con miles de fichas viejas del catálogo. La gente sube y baja pasando por registros amarillos que dicen Conrad y otros nombres que remueven el recuerdo. O la curiosidad por ese catálogo que tanto consultó el escritor Henry Miller: "De vez en cuando iba a pasar la noche en la biblioteca pública, para leer. Eso era como ocupar un palco en el paraíso."



Foto Luis Guillermo Giraldo R.



Foto Luis Guillermo Giraldo R.

"Prestemos libros"

Cajas viajeras llenas de libros llegan a cárceles, hospitales, asilos, empresas, escuelas de pueblos y ciudades...este es otro programa de bibliotecas públicas de Medellín como la Piloto, la Fundación Ratón de Biblioteca o Comfama. Patricia Lemarie, directora del departamento de bibliotecas de Comfama,

dice que el acceso libre e ilimitado al conocimiento, al pensamiento, a la cultura y a la información es un derecho. Y un beneficio que, según el manifiesto de bibliotecas públicas de la UNESCO, hace posible la existencia de "personas reflexivas, críticas, capaces de tomar decisiones independientes, más desa-

rolladas individual y socialmente...". Medellín es la ciudad Colombiana con más bibliotecas populares. La infraestructura informativa, en general, ha crecido: Existen, según Comfenalco, aproximadamente 42 bibliotecas especializadas, 11 bibliotecas universitarias, 28 bibliotecas, 34 públicas y 45 populares. De

las públicas alrededor de 17 dependen del Estado y 17 del sector privado. Dice el investigador venezolano Iraset Páez que "la biblioteca pública existe para que la gente sea socialmente más inteligente...la escuela crea un ciudadano que sabe, la biblioteca pública un ciudadano que actúe." Ojalá.

LO INVITAMOS

EL PULSO

Periódico para el sector de la salud

Fecha de suscripción: _____

Nombre (s): _____

Apellidos: _____

Lugar de nacimiento: _____ Día Mes Año

Profesión: _____

Especialización: _____

Entidad donde trabaja: _____

Cargo: _____

Universidad (si es estudiante): _____

Ciudad o Departamento: _____

Semestre: _____

Dirección de envío: _____

Ciudad - País: _____

Teléfono: Fax: _____

Correo electrónico: _____

Residencia: _____

Oficina: _____

Apartado Aéreo: _____

Forma de pago Efectivo Cheque

(a nombre de la Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl)

Banco: _____

Cheque no.: _____

Usted puede realizar su consignación en cualquier ciudad del país, en las cuentas:

Banco Ganadero, cuenta no. 29900056-2

Banco Santander, cuenta no. 01004147-3

Favor enviar copia de la consignación al Fax.:263 44 75

Si lo prefiere, puede realizar el pago de la suscripción en la caja general del Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

Hospital Universitario San Vicente de Paúl
Calle 64 con Carrera 51D
Teléfonos: 263 43 96 - 263 78 10.
e - mail: elpulso@elhospital.org.co
Medellín - Colombia

BIBLIOTECA PÚBLICA PILOTO

Cinco sedes:
Carlos E. Restrepo, Campo Valdéz, Florencia, San Antonio de Prado, El Raizal.

Horarios
(L A V) 8:30 am a 7 pm.
(S) 9 am a 6 pm.
136 mil libros.
12.250 visitantes diarios.
Sala Antioquia

Biblioteca personal
León de Greiff
Archivo Fotográfico Fondo Melitón Rodríguez
Colección especial UNESCO
Fondo editorial:
90 volúmenes publicados

COMFAMA

13 bibliotecas:
San Ignacio, Pedregal, Aranjuez, Manrique, Cristo Rey, La Ceja, Bello (2), Girardota, Itagüí, Caldas, Envigado, Rionegro

Horario:
(L a V): 8:30 am a 8:30 pm.
(S) 8:30 am a 6 pm.
(D) 9am a 3:30 pm

120 mil libros, 8.300 unidades de material audiovisual, 1.600 títulos de revistas, archivo de prensa.

En 1.999 se prestaron 731.993 unidades de lectura, se atendieron 7'446.328 consultas, asistieron 43.889 lectores nuevos y visitaron sus 13 sedes unas 3'665.307 personas

COMFENALCO

7 bibliotecas:
La Playa, Itagüí, La Independencia, Castilla, Bello, Guayabal, Centro, El Salado

75 mil libros

Horario:
(L a V) 8am a 8pm.
(S) 9 am hasta 6 pm.
(D) 10 am 6 pm

Lectura para invidentes. Máquina decodificadora y lectura en grupo los sábados. Biblioteca electrónica (Internet, Cd, Cd Room, discos láser).

Dirección Internet:
Biblioteca.comfenalcoantioquia.com/cgi-bin/w207.sh



50 años de la León XIII en Medellín



Aspecto actual de la Clínica León XIII, ubicada en el barrio Sevilla, en Medellín. / Foto Luis Guillermo Giraldo R.

Al punto del cierre por sus problemas financieros, la Clínica León XIII, cumplió 50 años de haber sido comprada por el Seguro Social al Municipio de Medellín, el pasado 13 de enero del año 2000 y que fue uno de los primeros inmuebles adquiridos por la institución en todo el país.

La presencia del ISS en Antioquia se remonta al primer semestre de 1950, cuando se inauguró en el Departamento la primera Caja Seccional del naciente Instituto Colombiano de Seguros Sociales. El director de la entidad en esos años, doctor Víctor G. Ricardo, comentó: "desde el momento de su creación la Caja de Antioquia funcionó admirablemente; los antioqueños respondieron a las expectativas del Seguro y contaban con una clínica, de modo que teníamos una entidad eficiente para atender los servicios de enfermedad-maternidad".

Esta clínica es hoy el bloque dos del centro hospitalario, edificación adquirida a la fundación Clínica de Maternidad "Luz Castro de Gutiérrez", representada por esta ejemplar dama, elegida como una de las antioqueñas del siglo XX. Según escritura pública, el edificio construido por Vélez Posada y Rodríguez, fue comprado por el ISS el 13 de enero de 1950.

En cuanto a la puesta en marcha de los servicios, se destacó la agilidad y eficiencia financiera del doctor Gabriel Barrientos Cadavid, primer gerente de la Caja de Antioquia, para lograr en poco más de un semestre la reforma y dotación de la Clínica León XIII y la obtención de recursos físicos, científicos y humanos para que la entidad iniciara sus servicios en Medellín y el Valle de Aburrá en agosto de 1950.

Ya el 2 de junio de 1950, la institución había comprado al señor Emilio Montoya Restrepo, el lote de lo que es hoy la Central de Urgencias, cuyo edificio inicial fue construido por Obras Públicas de Medellín.

El último gran paso en la construcción del complejo hospitalario se dio el 31 de marzo de 1953 cuando el ISS compró el terreno donde se construyó el bloque uno, obra realizada por la firma Colombiana de Construcciones a partir de 1954 y puesta en funcionamiento en 1962.

AVISO IATM

**AVISO
CORPAUL**