

La ley 100 hizo crisis. Y no bastan ajustes

Ver página **6**

Corpaúl recibe certificado del Invima

Ver página **9**

Hospital Pablo Tobón Uribe: hace educación ambiental

Ver página **15**

Menopausia: reto para los profesionales de la salud

Ver página **16**

Periódico para el sector de la salud

EL PULSO

Medellín, Colombia • - N° 7 • - Abril - 1999 • Valor: \$1.000

Frente a la crisis del sector salud Se solicitan acciones del Estado

La Supersalud, gran ausente

“ De las 129 Empresas Sociales del Estado que hay en Antioquia, más del 90% están ilíquidas y ello debido a la dura crisis que atraviesa el sector salud”, afirma José Darío Rojas, Director Ejecutivo de la Asociación de Empresas Sociales del Estado, quien pide la eliminación de las ARS.

Argumenta que una de las causas de la crisis es definitivamente la intermediación y que las ARS y EPS se están quedando con el dinero de la salud en un promedio durante 120 días, lo que es contrario a la ley.

Por su parte, Oscar Emilio Guerra, presidente de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, Acemi, dice que la ineficacia financiera es el punto donde se presentan mayores limitantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y es duro con el Estado colombiano cuando declara que «los problemas se agudizan cuando los vacíos legales no se han podido llenar».

Anota el presidente de Acemi que «en un tema tan delicado como el de la salud no puede existir una brecha tan grande entre el diagnóstico, la presentación de soluciones y la formulación institucional de las mismas».

LOS MUNICIPIOS SE DEFIENDEN

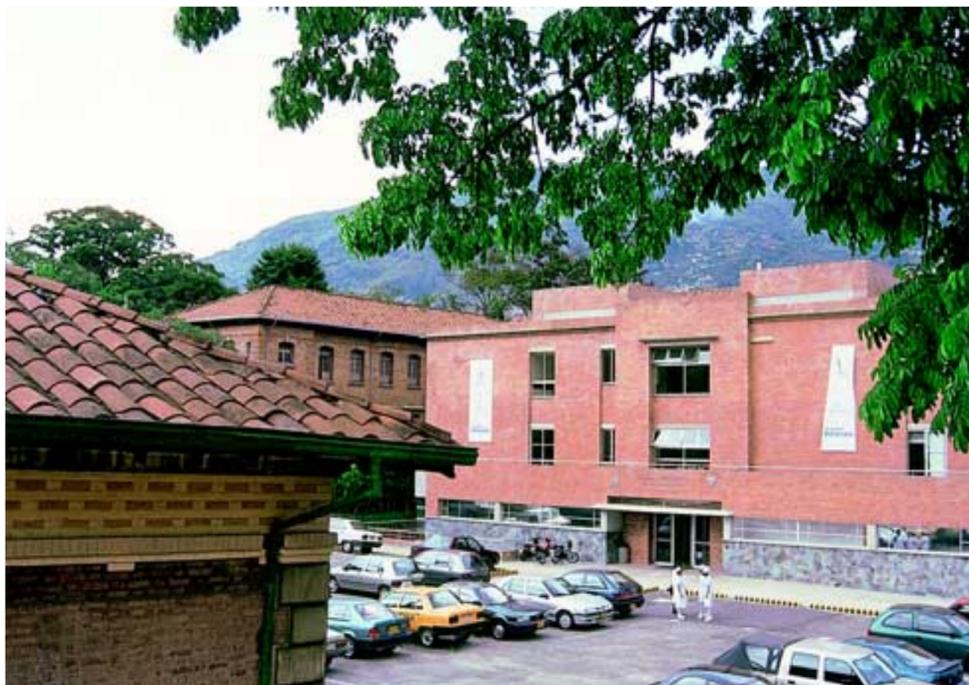
El Presidente de la Federación Colombiana de Municipios, Gilberto Toro Giraldo, consultado por EL PULSO sobre la responsabilidad de los entes municipales en esta crisis dijo que «si hay inconvenientes y falta de oportunidad por parte de los municipios en el manejo de los dineros, ha sido precisamente la Supersalud la ausente en la toma de decisiones que tiendan a corregir oportunamente estos hechos».

«Creemos que es dañina la práctica de los medios de comunicación y de los organismos de control de estar generalizando acusaciones contra alcaldes, sin respaldo en sentencias, atentando contra el honor de 1075 ciudadanos alcaldes que prestan sus servicios a las comunidades».

En esta edición EL PULSO continúa con su propósito de auscultar, desde los más diversos sectores, opiniones que ayuden a aclarar el actual panorama complejo que afrontan los organismos de salud del país.

PAGINAS 2, 3, 4 y 5

En operación, Centro Internacional de Diálisis y Trasplantes



Centro Internacional de Diálisis y Trasplantes. Foto Jorge Narváez

En un momento en que la situación del sector salud hace más difíciles las propuestas y soluciones para mejorar la calidad de la atención a los pacientes, el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín y la empresa alemana Fresenius Medical Care, en una fructífera alianza, inauguraron el Centro Internacional de Diálisis y Trasplantes más moderno de América Latina.

Dicho centro, que funciona en el interior del Hospital Universitario, une la trayectoria y experiencia de sus dos entidades gestoras en el manejo de los problemas renales y posee tecnología de punta, para poder prestar el mejor servicio en este campo a pa-

cientes de todo el país y del exterior.

TAMBIÉN TRASPLANTES

El edificio de tres plantas, entregado a la comunidad con la presencia de autoridades del departamento y representantes del gobierno nacional, tiene además el propósito de afianzar la actividad de trasplantes que el Hospital Universitario San Vicente de Paúl viene desarrollando desde hace varias décadas.

Allí se continuará con el trasplante renal y se reforzará la cirugía cardiovascular y el trasplante de corazón, dijo su director Julio Ernesto Toro Restrepo.

Colecta el 16 de abril “Un día vital para el Hospital”

El próximo viernes 16 de abril, el Hospital Universitario San Vicente de Paúl y Corpaúl -su corporación de fomento asistencial- realizarán la tradicional colecta pública «Un día vital para el

Hospital», con el fin de obtener recursos económicos en pro de la entidad hospitalaria.

La colecta se realizará en Medellín, Envigado, Itagüí, Caldas y Bello, entre las 8:00 a.m y las 6:00 p.m, y el martes 13 de abril en Sabaneta.

Se dispondrán 123 puestos distribuidos en 14 zonas ubicadas en sitios estratégicos como: estaciones del Metro, centros comerciales, agencias bancarias, universidades, almacenes de cadena, entre otros.

Se contará con el apoyo de cerca de

1.000 voluntarios, los cuales estarán identificados debidamente.

DESTINO DEL RECAUDO

Se ha habilitado la cuenta Conavi N°1001-1490579, para quienes deseen

consignar su donación.

Esperamos la colaboración de todos en la realización de este evento, cuyos recursos permitirán adquirir equipos para la Unidad de Cuidados Intensivos de Recién Nacidos.

LEA EN ESTA EDICIÓN



«Soy defensor de la ley 100»

El Secretario de Salud del Municipio de Medellín, Luis Carlos Ochoa, declara ante EL PULSO su convencimiento en las bondades de la ley 100 y reitera que esta norma no requiere de una contrarreforma sino de una correcta aplicación. En un balance de su trasegar por la salud revela la fórmula del éxito: lealtad y honestidad.

PÁGINA **8**



Ataques y defensa del Crae

Como corresponde al buen periodismo, en esta edición EL PULSO hace un seguimiento al polémico tema del Crae, permitiendo que el subsecretario de salud del departamento, odontólogo Nicolás Pérez, responda a las críticas y haga una defensa de este sistema de regulación.

PÁGINA **11**



Clínicas privadas buscan respaldo de la Andi

Un grupo de clínicas privadas buscó el respaldo de la Andi para canalizar sus inquietudes y problemáticas a través de un ente de gran peso ante el gobierno. Sobre esta estrategia informe especial de EL PULSO.

PÁGINAS **13**

NO ES CIERTO

«Respaldados en estudios serios, rechazamos la forma maniquea con la cual los enemigos, agazapados de la descentralización tratan, a través de rumores y afirmaciones no documentadas, de echarles a los municipios la culpa de los problemas del país. En años anteriores eran culpables el déficit fiscal; ahora son los problemas estructurales de la ley 100 de 1993»: Gilberto Toro Giraldo, director Federación Colombiana de Municipios.

EL PULSO

2



Debate

“Eso es una infamia”

Federación Colombiana de Municipios rechaza denuncias sobre desvío de dineros por parte de los alcaldes

En su habitual sección «Debates», EL PULSO ausculta la posición de diferentes actores del sector salud del país, frente a la crisis de los hospitales y clínicas. Ellos plantean propuestas concretas

Por Ana Ochoa

“ Ya viene la crisis... pueblo de gerentes» escribió el filósofo Fernando González en 1936. Y, a su manera, eso es lo que dicen hoy muchas personas del sector de la salud que miran con preocupación cómo este tema se ha vuelto discusión de finanzas. Y de finanzas heridas de muerte por sus propios «gerentes», según denuncias de la Superintendencia Nacional de Salud: Más de la mitad de los alcaldes del país -550 de 1.075- están investigados por utilizar indebidamente los recursos destinados a la salud, fundamentalmente los dineros del Régimen Subsidiado. No hay buena administración del dinero, por lo tanto éste no se ve, es el comentario escuchado a pesar de que, a raíz de la Ley 100, los recursos para el sector aumentaron en cinco billones de pesos. Ya se ha mencionado la cuota de irregularidades en cadena, que empiezan en los chanchullos de numerosos usuarios y pasan por los malos manejos de algunas IPS y las maniobras más que oscuras de algunas ARS y EPS, entidades estas que, de acuerdo con denuncias y quejas -más de 7 mil- retienen abusivamente, en muchas ocasiones, cantidades importantes de dinero. Miles de millones de pesos que las hacen tan solventes como desprestigiadas: 94 de ellas ya han sido sancionadas. Algunas personas, entre ellas el director de la Federación Colombiana de Municipios, Gilberto Toro Giraldo, proponen eliminar dicha intermediación pues es ella la que, a su juicio, es responsable de gran parte del problema. Según él no son entonces los alcaldes los voraces de esta crisis. Sobre este y otros temas Toro Giraldo hizo algunas declaraciones para EL PULSO.

«VUELVE Y JUEGA»

«Respaldados en estudios serios, rechazamos la forma maniquea con la cual los enemigos agazapados de la descentralización tratan, a través de rumores y afirmaciones no documentadas, de echarle la culpa a los municipios de los problemas del país. En años anteriores eran culpables del déficit fiscal, ahora lo son de los problemas estructurales de la ley 100 de 1993». ¿Acaso son «rumores» las denuncias de la Supersalud? «Una cosa es que estén siendo investigados, otra muy distinta es que sean culpables. Todos sabemos que los enemigos políticos de los alcaldes utilizan estas entidades de control para sus intrigas. Además yo no creo que en tan corto tiempo que llevan de gestión ya estén haciendo algo semejante».

DEFENSA

Usted menciona que su opinión está basada en estudios «serios» ¿Cuáles son? «El Departamento Nacional de Planeación (Planes y Desarrollo, julio-septiembre de 1997) publicó un estudio sobre 821 municipios del país titulado «Cómo invierten los Ingresos Corrientes de la Nación los Municipios Colombianos». Este documento concluye que los Municipios estudiados destinan al financiamiento del Régimen Subsidiado el porcentaje ordenado por la Ley, y que este comportamiento ha sido ascendente en los últimos tres años para cumplir



¿POR QUÉ NOS ACUSAN?

Según el director de la Federación Colombiana de Municipios, hasta la fecha ningún estudio ha demostrado que estos entes no estén manejando adecuadamente los dineros del régimen subsidiado. Foto Jorge Narváez.

con lo estipulado. Los Municipios deben destinar 15% (400.000.000.000) en 1.999, de su participación en los Ingresos Corrientes de la Nación para financiar la afiliación de su población pobre.»

¿QUÉ PASA?

Según la Federación, los municipios certificados como descentralizados en salud, actualmente 380 de los 1075, reciben y administran directamente el Situado Fiscal para salud y recursos del Fondo de Solidaridad y Garantías, recursos que llegan con destinaciones específicas y prácticamente con un cronograma de desembolso. Estos recursos son destinados, parcialmente, al pago de la atención de los usuarios participantes vinculados al SGSS, que son aquellos ciudadanos que no tienen capacidad de pago ni a quien exigirle su afiliación, pero tampoco se tiene actualmente capacidad por parte del sistema para afiliarlos al Régimen Subsidiado. Otra parte de dichos recursos se destina a cofinanciar la afiliación de la población pobre al Régimen Subsidiado. Aclara el Doctor Gilberto Toro que, «para el municipio recibir estos recursos se le exige como condición previa la entrega de los contratos con las Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS, y hasta la fecha, ningún estudio ha demostrado que esta función no se está cumpliendo en forma acertada».

CASOS

Sobre este tema referimos la opinión del Diputado Bernardo Alejandro Guerra Hoyos que señala casos como el de Sopetrán, «donde el Alcalde participa en la creación de una entidad que se reparte la mitad de la atención de salud con el hospital. Y como si fuera poco el gerente es el presidente del Consejo. Priman los intereses económicos. Dabeiba es otro caso, en Ebéjico se robaron la plata...Y esto sin olvidar que muchos alcaldes toman los recursos para pagar la nómina y hacer otras inversiones. Abria-

quí es uno de tantos ejemplos.»

DE MEDIDAS Y MEDIOS DESMEDIDOS

La Federación Colombiana de Municipios acepta que «si hay inconvenientes y falta de oportunidad por parte de los municipios en el manejo de dineros, ha sido precisamente la Supersalud la ausente en la toma de decisiones que tiendan a corregir oportunamente estos hechos...creemos que es dañina la práctica, ya común, de los medios de comunicación y de los organismos de control de estar generalizando acusaciones contra los alcaldes, sin respaldo en sentencias y sin precisar quiénes realmente han actuado en contrario de la Ley, atentando así contra el honor de 1075 ciudadanos alcaldes que prestan sus servicios a las comunidades. Por ello ante estas acusaciones generalizadas respondemos que esto es falso y constituye otro intento de quienes quieren volver al centralismo aberrante y excluyente».

INTERMEDIACIÓN

Al mencionar el tema del centralismo hay que considerar que toma fuerza la opinión de eliminar intermediarios, de tal forma que los recursos lleguen directamente a los hospitales. Dice el Gilberto Toro que esa posibilidad encierra dos opciones de interpretación: Que los municipios no participen del sistema o que las aseguradoras, es decir las Administradoras del Régimen Subsidiado y las Empresas Solidarias de Salud desaparecieran del sistema: La primera posibilidad, es decir, de no participación de los municipios, la Federación la rechaza energicamente ya que rompe todo el esquema constitucional que define al municipio como la célula fundamental de organización del país. Esta idea busca nuevamente el muerto río arriba...aceptar una propuesta perversa como esa es iniciar el entierro de la descentralización en Colombia y perder una conquista del pueblo: La de regir a nivel local su propio destino. Adicionalmente el gobierno nacional dice en su Plan de Desarro-

“No es por ahí”

«En este momento en Antioquia no hay problemas de dinero por parte de los municipios, los fondos locales tienen todos sus recursos, el no pago se ha dado por incumplimiento en interventoría de las ARS. Ahí está el gran problema» Lina Arrighi, Coordinadora Grupo de Régimen Subsidiado S.S.S.A.

«La intermediación ha sido una piedra en el zapato. Si el dinero llegara directamente los hospitales serían rentables» Guillermo León Franco, Director S.S.S.A.

Según el Alcalde de Caldas, Josué Gabriel Sánchez Rico, la Ley exige una inversión muy estricta de los dineros en salud. «Hemos recibido cumplidamente los recursos y los hemos manejado sin transgredir la Ley. Los problemas que hemos tenido tienen que ver más bien con falta de asesoría a los diferentes protagonistas del nuevo sistema. Hay mucho desconocimiento e improvisación. Sobre las ARS, la idea es mejorarlas, no eliminarlas, y reforzar la vigilancia.»

Para el Representante a la Cámara y ex secretario de Hacienda Departamental, Oscar Darío Pérez, no sólo hay que exigir transparencia a los alcaldes, hay que eliminar las ARS y, además, hacer efectivo el artículo 60 de la última Ley de Reforma Tributaria que obliga a que las licoreras trasladen directamente a los Servicios Seccionales de Salud los recursos que de sus arcas deben salir para financiar el sector. «Esa es una fuga importantísima, miles de millones se pierden como por arte de magia. También valdría la pena examinar más de cerca a los procedimientos, a veces irresponsables, de las Beneficencias.»

llo que se requiere profundizar la descentralización como estrategia fundamental para garantizar una democracia más incluyente que garantice la paz.»

ARS Y DEMÁS

Sobre la eventual eliminación de estas intermediarias, «la Federación colombiana de Municipios acepta que es necesario entrar a evaluar el valor agregado que introducen al sistema las administradoras del Régimen Subsidiado y ver si es más beneficioso evitar esa intermediación que algunos aseguran que es costosa y no agrega valor al sistema. Además de ser fuente de corrupción y abuso hacia los hospitales.»

MUNICIPIOS

La Supersalud dice que, de los 25 alcaldes más comprometidos 16 son del Chocó, tres de Boyacá, uno del Amazonas, uno del Atlántico, uno de Bolívar, dos de Cauca, uno de Norte de Santander, uno de Sucre y otro del Tolima. ¿Qué Municipios afrontan mayores dificultades? «No podemos caracterizar un municipio con mayores o menores problemas con la financiación de los hospitales, especialmente porque tenemos algunos de categoría 6 con hospitales solventes y municipios en categorías 1 y 2 con hospitales sin equilibrio financiero...»

PROPUESTA: «QUE NOS INVITEN»

«Es responsabilidad de todos los actores evaluar seriamente la situación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y para ello se deben adelantar discusiones abiertas en las cuales los municipios, como responsables últimos del Sistema, deben ser tenidos en cuenta y no continuar con la elaboración de leyes, reformas y contrarreformas de espaldas a los municipios, tal como está sucediendo. Es necesario que se definan algunas competencias entre el municipio, el Ministerio y el Departamento para garantizar la integralidad en el desarrollo del Sistema.»

TODOS TENEMOS QUE CEDER

«Los problemas del sector salud tienen que ser mirados desde otros sectores, con una gran concertación. Hay que convencer a los grandes monopolios económicos que están detrás de la Ley 100 (EPS- sector financiero) para que ellos sientan que deben rebajar su nivel, ceder en su balance, sacrificar algo para sacar adelante el país, porque de lo contrario seguiremos fortaleciendo grupos económicos contra todo un problema de deterioro de las instituciones»: Luis López Salazar, gerente Hospital de Girardota.

EL PULSO

3



Debate

“Se deben suprimir las ARS”

José Darío Rojas
Director Ejecutivo
Asociación de Empresas
Sociales del Estado -AESA

Por Patricia Pérez

De las 129 Empresas Sociales del Estado que hay en el departamento de Antioquia, más del 90% están en iliquidez y ello debido a la dura crisis que atraviesa el sector de la salud.

Dicha crisis se fundamenta en los siguientes aspectos: la intermediación que está sucediendo en el flujo de los recursos. Las EPS y ARS los reciben del Estado, de los contribuyentes, de los afiliados y se quedan con ellos un promedio de 120 días, para luego cancelar las facturas; a pesar de que la ley dice que la administración debería ser aproximadamente del 20%, las ARS contratan la capitación máximo en promedio del 58% con las Empresas Sociales del Estado para prestación de servicios del primer nivel. Fuera de eso le transfieren toda la responsabilidad a esas empresas, a las cuales les toca ponerles la cara a la inconformidad del paciente con el sistema. De otro lado, los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga- no son repartidos equitativamente, se distribuyen con base en prevendas de algunos líde-

res que tengan cabida en el Senado, en el Congreso, en las altas esferas legislativas del país. Los municipios acceden a estos recursos y se invierten correctamente allí, pero hay muchos hospitales pequeños que obtienen el doble o el triple de los recursos de otros que tienen más complejidad. Esos recursos debían ser repartidos de manera más equitativa y con criterios de desempeño, premiando la gestión, la ampliación de cobertura, la prestación de un adecuado servicio a la comunidad, y no la ineficiencia y mala administración de uno de los hospitales. Se suma a este elemento el ISS, el cual tiene la gran mayoría de afiliados al régimen contributivo en todos los municipios de Antioquia. Esa población se ha atendido de manera irregular, pues no se han tenido contratos en forma continua, por lo tanto se ha represado la consulta.

Con la nueva modalidad de prestación de servicios, toda esa demanda represada llevó a las IPS públicas y privadas a incrementar su planta física, sus recursos humanos y técnicos para poder atender toda esa demanda que trajo la ampliación de coberturas. Cuando las ARS y EPS empezaron a poner grandes limitantes a la prestación de los servicios, esos recursos quedaron sobredimensionados, entonces hubo que empezar a subutilizar ese recurso, llevando a la supesión de cargos, al represamiento otra vez de la prestación del servicio. ¿Qué pasará cuando

nuevamente haya que abrir esa compuerta?, seguro van a quedar pequeñas todas las infraestructuras.

¿ILIQUEZ, HASTA CUÁNDO?

Otro aspecto que ahonda la crisis es la legislación laboral de las IPS públicas, la cual es totalmente desfavorable: Hay que instaurar concursos de carrera administrativa, convocatorias, contratar abogados, contadores, revisores fiscales, asesores jurídicos, de control interno, diseñar portafolios de servicios y protocolos. Todo eso lleva a un desgaste administrativo elevado que ocasiona: dificultad para competir en el mercado, para prestar un mejor servicio, hay menos libertad para escoger buenos funcionarios, efectuar continuos ajustes salariales, nivelación con disminución de los recursos, hay que seguir respondiendo por el pasivo prestacional del sector salud, el cual debía cubrir el Fondo Nacional del Pasivo Prestacional antes del 93. Todo eso no estaba presupuestado.

¿Qué empresa se puede manejar ilíquida en su totalidad por más de dos o tres años? ¿Qué institución en estas condiciones tan desfavorables se ha podido sostener en el mercado? Los hospitales públicos de Antioquia no están en quiebra, sino que están ilíquidos, dicha iliquidez al corto plazo llevará a la quiebra a muchas instituciones, y después será más duro sacarlos de esa

crisis. Otra consecuencia es que las Empresas Sociales del Estado sostienen los servicios de urgencias en todos los municipios del país, con un alto costo.

La iliquidez de las ESE ha propiciado un incumplimiento en los pagos, eso lleva a que todo lo que se necesita para funcionar sea comprado a un alto costo, perdiendo descuentos por pronto pago, teniendo que recurrir a préstamos bancarios con altos costos financieros.

EFFECTIVA VIGILANCIA Y CONTROL

La ley 100 no necesita cambios coyunturales, sino unos breves ajustes. Es preciso que haya una buena voluntad política; una efectiva vigilancia y control; que se quite la intermediación; que las direcciones locales de salud se capaciten; que no se ponga de director local de salud a cualquier persona que no tenga conocimiento adecuado de la ley; que se estructure un sistema integrado de información en salud, que todas las entidades tengan una base de datos confiable, una adecuada información y que sean unificados todos los criterios para informar a la Superintendencia o al Ministerio de Salud.

Se debe hacer una adecuada distribución de los recursos del situado fiscal y del Fondo de Solidaridad y Garantías; se debe disminuir la intermediación en el flujo de los recursos suprimiendo las ARS, porque hay más de 250 y funcionan de cualquier forma y sin ninguna capacidad técnica;

la administración del régimen subsidiado podría hacerse directamente por el ente territorial para evitar un intermediario más.

Las direcciones seccionales de salud deben ejercer más vigilancia y control, y brindar mayor apoyo y asesoría técnica a las direcciones locales de salud, a los entes territoriales, ya que no hay un efectivo control al respecto.

Se deben fortalecer las asociaciones y cooperativas como medio de trabajo conjunto para buscar un equilibrio en el mercado y ayudar en transferencia de tecnología. Ellas deberían tener un espacio amplio en el Consejo Nacional de Seguridad Social, como lo contempla la ley.

Se debe eliminar totalmente el plan infinito de salud que tiene el vinculado, desestimularlo para que se afilie al régimen contributivo. Las tutelas se deben eliminar porque están quebrando el sistema. Ajustar los cupos para profesionales de la salud en las universidades. Somos unos convencidos de que las actividades de prevención y promoción deben estar ejecutadas completamente bajo responsabilidad del Estado.

Ante la realidad del país y las dificultades financieras del sector, debería existir un gran consenso entre los principales actores, una gran armonía entre el ente territorial, el asegurador y el prestador, para lograr un mutuo beneficio y así equilibrar el servicio, solucionando a la mayor brevedad la crisis actual».



ILÍQUIDOS

Según José Darío Rojas, Director Ejecutivo de la Asociación de Empresas Sociales del Estado, los hospitales públicos de Antioquia no están en quiebra, sino que están ilíquidos y dicha iliquidez a corto plazo los llevará a la quiebra. Foto Jorge Narváez.

«Las direcciones seccionales deben vigilar»

Sergio García Isaza
Gerente Hospital de Caldas

La crisis del sector salud tiene que ver con la crisis de Colombia, lo que pasa es que nosotros antes pensábamos que el sector salud era independiente del desarrollo social del país.

Para ejemplificar lo que es la crisis, quisiera empezar mencionando un elemento que se ha sumado a ésta como es la centralización de las EPS. Si se repasa la ecuación que tiene que ver con el aseguramiento, el afiliado aporta a la EPS y después ésta hace una compensación con el Fondo de Solidaridad y Garantía, si sobra le dan, si no le quitan. Como ese mecanismo es en Bogotá, lo que sobra lo distribuyen allá. Nosotros proponemos que debe existir una descentralización que permita estimular el control de la evasión en el sistema territorialmente, donde participen alcaldes, directores locales, etc, así este problema se soluciona. Si me sobra aquí en el ente territorial, se debe invertir como estímulo territorial. La propuesta es el desarrollo de un sistema local de seguridad social, es decir que los recursos del Estado se coordinen y autoricen bajo el responsable que es el alcalde. Si a la salud le quitamos un poco la política, cumplimos con los postulados de la ley 100.

No hay solidaridad sin plata. La pregunta es: ¿cuál es la finalidad de las EPS, ARS? Son intermediarios en el sistema y han jugado un papel importante, pero existen, no porque estén interesados en hacer solidaridad, ni en darle salud a los pobres del país, sino por ser un espacio para manejar un portafolio financiero. Una de las propuestas para solucionar ese problema es que

exista un monopolio de aseguramiento de carácter estatal. Que no sea el ISS, sino el Estado el que asegure la salud, manejando eficientemente esos recursos, lo cual se revertirá en un incremento en las coberturas en salud o el Pos contributivo y se beneficiará el plan obligatorio de salud.

PROPUESTAS

Hay una serie de propuestas que se suman a esa larga lista, con el fin de buscar una posible solución a la crisis: nos deben pagar, para poder pagar a los que debemos; seguir fortaleciendo el centro regulador de atenciones electivas; continuar con el plan de austeridad, disminuyendo gastos de operación y aumentando ingresos; hacer mercadeo; mejorar la calidad en la información que se entrega al usuario; impulsar procesos administrativos en la institución y seguir con plan de desarrollo en los sistemas de salud, buscando equilibrio en el sistema de costos, solidez en facturación, en la parte contable y modernizar algunos servicios.

Otra propuesta es que desaparezca la Superintendencia de Salud, por ser un ente inoperante y burocrático, que no hace nada, y como ahora se está botando todo lo que no sirve. La idea es que las funciones de vigilancia y control las ejerzan las direcciones seccionales de salud, no sólo en materia de requisitos básicos esenciales, sino en la regulación del gasto, el manejo de una red de servicios lógica en atención para cada nivel, un banco de información y de distribución de recurso, control a la doble vinculación y la pertinencia para la remisión de pacientes, entre otros aspectos.

Todo funcionario debe ser un líder en su trabajo para mejorar día a día, hay que cambiar los procesos de gestión, pues vienen grandes retos que hay que enfrentar».

“En los momentos de crisis se ve la gestión”

Luis López Salazar,
Gerente Hospital de
Girardota.

La crisis hospitalaria nos tiene a todos pensando en ello y se nos olvida que hay que vivir. Que nuestra vida del día a día sigue trajinando y alcanzando una serie de metas que las tenemos necesariamente que cumplir. Que de pronto la crisis no es tan horrible, sino que es nuestra vivencia diaria. Desde ahí, el trabajo en el Hospital de Girardota se ha enfocado mucho a tratar de que el funcionario entienda que es su propio proyecto de crecimiento personal, el que va empujando los proyectos de la institución.

Siento que tenemos un equipo de trabajo muy bueno. El año pasado hubo que salir de una cantidad de personal grande, la gente entendió. En esa crisis nos dimos cuenta que el pilar «recurso humano» era fundamental. Creo que de él se han olvidado un poco nuestras instituciones. Uno tiene que dar ejemplo desde arriba y el apretón tiene que direccionarse desde allí. Hice un análisis de todos los gastos en que estaba incurriendo el hospital, desde la dirección hasta servicios generales, detallando cada uno de los costos y empecé a efectuar recortes. Ello nos permitió bajar los gastos del hospital en un 40%. El año anterior terminamos en punto de equilibrio, aunque hablar de ello en salud es difícil, pues hay cosas que no las hemos contemplado nunca como es el pasivo prestacional, mantenimiento de equipos y de planta física; pero al menos en término de dinero llegamos al equilibrio, replanteamos las tarifas que manejábamos, pues eran muy bajas, no teníamos condiciones para sostenerlas. No podemos seguir manejando las instituciones como si fueran nuestra propia empresa, pues son de la comunidad. Problemas sí tenemos, pero las variables respecto a malgasto y mala utilización de los recursos las tenemos controladas. Creo que nos estamos acercando a un punto donde cada funcionario siente que los recursos son importantes de manejar.

El problema de salud no se puede manejar sólo desde este sector, sino conjuntamente con otros, donde se entien-

da que para poder llegar a un punto de equilibrio en salud hay que tenerlo en el aspecto económico. Los problemas del sector salud tienen que ser mirados desde otros sectores, con una gran concertación. Hay que convencer a los grandes monopolios económicos que están detrás de la ley 100, -EPS, sector financiero- para que ellos sientan que deben rebajar su nivel, ceder en su balance, sacrificar algo para sacar el país adelante, porque de lo contrario seguiremos fortaleciendo grupos económicos, contra todo un problema de deterioro de las instituciones.

LOS GREMIOS ECONÓMICOS

Los intermediarios que creó el sistema -ARS, EPS, etc tenían que sacar su participación del negocio. El problema de las ARS es el respaldo económico que poseen, si no lo tienen, deberían replantearse si siguen o no, el problema grande está en que dichas entidades quedan supeditadas al manejo de los recursos del Estado, entonces deben tener soporte financiero importante.

Si no fueran negocio, esas instituciones no estarían en el medio. ¿Hasta qué punto los grupos económicos están dispuestos a inyectarles recursos y a sacrificar parte de sus ganancias en pos de que el sistema empiece a navegar? ¿Entienden los grandes financistas del país, cuál es la verdadera envergadura de la seguridad social en Colombia?

No creo que el problema grande esté planteado en términos de la ley 100, ella tiene sus bondades y debilidades, lo que hay que hacer es que los elementos que trajo funcionen. Que los entes encargados del control lo hagan; urgente que el gobierno replantee las políticas del seguro social, que decida si entra a competir en igualdad de condiciones con las otras EPS. Es básica la gestión de los directores en tiempos de crisis. Hay que empezar a corregir defectos. Es el momento en que los sectores deben darse cuenta que es un compromiso de todos, sino se entiende así seguimos dando vueltas.

Hay que hacer procesos de organización interna en las instituciones. Las directivas se deben sacudir y darse cuenta que los modelos aplicados son obsoletos. Hay que oxigenar el sector, que ingrese nuevas herramientas de gestión para llegar primero a un punto de equilibrio y luego empezar a crecer».

Crisis hospitalaria; crisis de deberes

Por Julio Ernesto Toro Restrepo, md.

Ningún sistema, de ninguna clase, cuenta con recursos ilimitados; por supuesto los recursos económicos, para la salud, también tienen su límite. La ciencia y la investigación avanzan tan rápidamente que el aporte que hacen para mejorar las oportunidades de vida, va quedando subordinado a las disponibilidades económicas. Los gobiernos no alcanzan a asumir los costos de nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento. Las instituciones son incapaces de adquirir toda la tecnología y los ciudadanos no logran pagar los grandes costos que se derivarían del uso y aplicación de ella. Por esta razón se debe ser cuidadoso y estricto en manejo del dinero. El sistema de economía de libre mercado, propone dejar en manos de los individuos la posibilidad de lograr los objetivos que sean de su interés y dejar como función propia y en cabeza del estado la defensa nacional, el orden público y la legislación. De aquí surgen polémicas interesantes y por lo demás interminables, tal como es si se deja en manos del sector privado la seguridad individual, la protección de la vida, la salud, la educación básica. El centro de la discusión está en poner a depender de las capacidades económicas que pueda tener el ciudadano, algo que se consagra como su derecho. En salud, la participación del estado solamente en la legislación, no es suficiente. Definir que el sistema tiene que ser solidario y hacerse a un lado, no es bien visto. Se requiere que participe activamente para evitar que quienes requieren subsidio para obtener salud, terminen castigados y marginados

de esa oportunidad. Debe legislar, pero también poner todo lo que esté a su alcance para que los recursos se capten y se apliquen y además dar ejemplo. La crisis hospitalaria, es diferente de la crisis de la salud. Esta se refiere a la crisis de la promoción y de prevención, de la asistencia y de la calidad de vida con todo lo que ella conlleva. En cambio la primera es la de los recursos, la de su total captación y correcta aplicación. La que vivimos hoy no es la crisis de los hospitales, en el sentido de que ellos no son la causa del problema. No es la crisis del Lorencita Villegas y solamente de él. Tampoco es esencialmente un problema de administración, aunque puede haber algo de ello.

La actual es la crisis del orden, del buen juicio y de la responsabilidad del estado. Del orden en el manejo de los recursos, del buen juicio en su aplicación y de la responsabilidad en su destinación y oportunidad. No está demostrado aún que los recursos el sistema sean insuficientes (sin tocar el tema tarifario, que es otro asunto delicado). La cotización de un porcentaje sobre cada salario y no por rangos como se hacía anteriormente, más el punto de solidaridad, más el impuesto a los licores, más el dinero de las loterías y juegos, etc. constituyen una masa de dinero supremamente grande que, ante la situación de escasez actual del sector asistencial de la salud, nos quedan muchos interrogantes. La llamada crisis hospitalaria es de recursos económicos, pero no de falta de ellos. Es de su recaudo, administración y de pago oportuno a los hospitales por los servicios que ellos prestan. En una palabra, se puso en evidencia que la actual crisis es de deberes.

La esperanza a flor de piel

Por Pbro. Emilio Betancur Múnera

Si en duda alguna que estamos pasando por uno de los momentos más difíciles de nuestra historia reciente. Los signos de muerte opacan los signos de vida, con la desventaja que al servicio de los primeros da la impresión que estén los medios de comunicación.

A pesar de todas las amenazas reales, han crecido las semillas positivas de la solidaridad, como pudimos verlo y sentirlo en el desastre del eje cafetero. Ante la falta de grandes ideales y propósitos nacionales, hay innumerables y excelentes proyectos particulares de solidaridad, redes de propósitos comunes que van tejiendo los barrios, las comunidades, y que aumentan la participación de la gente y su toma de conciencia.

Entre nosotros, son cantidades los artesanos de la justicia solidaria, que por estar marginados de marco, trabajan en proyectos pequeños, reales y concretos; proyectos que en su sobriedad mantienen la vigencia de la ética que falta, con frecuencia, en lo macro. Así va creciendo la cultura de la sobriedad ética y solidaria.

En medio del fuego cruzado de intereses que produce tanta violencia, hay cantidad de gente que hace de su vida una tarea para construir la paz y afianzar la tolerancia.

El mundo de los computadores, la cibernética, la navegación y la realidad virtual nos ha despertado, sin proponérselo, el deseo de la intimidad, de la profundización interior, la espiritualidad contemplativa; de la originalidad intransferible e inhomologable de nuestro corazón.

No vamos sólo hacia la cualificación de la tecnología; caminamos más rápidamente hacia la personalización de la fe que reclama más especialistas de vida interior y profesionales de la vida espiritual, la meditación y el silencio.

No es la economía o el consumo, como dador de vida y felicidad, la causa del actual desorden; tampoco determinadas leyes menos oportunas o implementadas sobre la salud, lo que nos ha llevado al actual desorden en el campo hospitalario; es la deshumanización a todos los niveles y el lucro como factor determinante y absoluto de todas las actividades humanas, incluyendo las profesionales.

Pero frente al estrés por la ganancia y correr por ganar más, van creciendo la búsqueda del silencio, la interioridad, la pausa como lugar de encuentro con la verdad, la vida ordinaria como sitio de espiritualidad y la profesión, también como oportunidad de solidaridad.

A pesar de que muchas de las propuestas religiosas de hoy son comerciales y tienen veneno del aprove-

chamiento económico, expresan también una necesidad de lo religioso, y un volver a la realidad última de Dios por el camino del diálogo con un ser trascendente, o la conversión al Dios Padre conocido en Jesucristo y predicado por la Iglesia. Se presiente un gran interés por la experiencia mística y un agrado especial en la lectura de los místicos de las diferentes religiones como un camino pedagógico para caer en cuenta de la propia realidad y del entorno sin manipulaciones extrañas.

Por muchas expresiones están recuperando terreno los signos y ritos de la liturgia, la expresión corporal como revelación del misterio. El renacer de lo religioso con toda su ambigüedad no simplemente es una burbuja sino una buena semilla hacia el próximo milenio.

Cuando Exequiel vio el renacer de los huesos secos recibió una palabra, oráculo de Yahveh, que decía: «...Infundiré mi Espíritu en vosotros para que reviváis, os estableceré en vuestra tierra y sabréis que yo, el Señor, lo digo y lo hago, oráculo del Señor» (Ez 37,14).

Siempre que un creyente permite a la Palabra de Dios y al Sacramento hacer cuerpo en su interior, por medio de la Iglesia, ocurre que los huesos disgregados se rehacen y dan lugar a una criatura nueva. Más tarde surge la comunidad y poco a poco se renueva la Ciudad hasta llegar a ser distinto este cuerpo de Dios que se llama Colombia.

La sanación de tanto sufrimiento requiere llevar la esperanza a flor de piel, ser positivos, luchar entrañablemente por lo nuestro, sin querer salvar sólo el pellejo propio sino metiéndonos en la piel de todo el que sufre.

Es a flor de piel donde llevamos como memoria la violencia o el amor que ha recibido y sentido nuestro cuerpo, cuando la esperanza tenga como su propia hábitat nuestro cuerpo, entonces, todo lo más positivo que somos y tenemos brotará a flor de piel, porque se nos han conmovido las entrañas y hemos vuelto a recuperar el sentimiento. Ya no será la muerte sino la vida «hueso de mis huesos y carne de mi carne», y como relata bellamente el Génesis.

Como van las cosas, y a pesar de todas las negatividades que nos rodean, nos acercamos al momento, llamado tercer milenio, en el que nuestros sentimientos vuelvan a flor de piel y nos permitan recordar que cuando nos cerramos al dolor de los hermanos y nos encerramos en nuestra propia carne, fue cuando surgió la violencia. Es ahí mismo donde debe volver a nacer un hombre nuevo con entrañas de misericordia. Donde surge la justicia de uno, nace y crece la paz de los otros.

Cartas a la Dirección



Medellín, marzo 25 de 1999

Doctor

Julio Ernesto Toro R.

He tenido oportunidad de leer el periódico EL PULSO. Es sin duda el medio que hacía falta en el sector de la salud. Cumple no sólo con la función de informar, con varios puntos de

EL PULSO aclara que las opiniones expresadas en las páginas editoriales son responsabilidad de sus autores. Nuevamente invitamos a los actores del sector salud y a la comunidad en general, a enviar sus colaboraciones, las cuales deben tener una extensión máxima de página y media tamaño carta, a espacio y medio.

vista, sino que genera opinión y hace oposición con argumentos y con altura. Lo necesitábamos en el sector. Es maravillosa la función que ahora acoge el Hospital San Vicente, de representación y defensa.

Reciba mi más calurosa voz de aliento.

Simón Lelís, md.

El laboratorio clínico en el contexto de la intermediación médica

Por Germán Campuzano M. MD.
Presidente, Sociedad Colombiana de Patología Clínica

Las ayudas de diagnóstico en general y las pruebas de laboratorio clínico en particular, aumentaron con un ritmo de 15% entre las décadas del 60 al 80 y más del 20% a partir de la década del 90, con tendencia al aumento progresivo. Como resultado de este vertiginoso desarrollo tecnológico, el médico dispone en la actualidad de más de 3.000 pruebas de laboratorio de utilidad clínica que le permiten un mejor desempeño. El desarrollo del laboratorio clínico en Colombia viene incorporando esta tecnología hace más o menos veinte años, pero las condiciones actuales, derivadas de la intermediación en la práctica médica, inicialmente por la medicina prepagada y más recientemente con la mala aplicación de la Ley 100 de 1993, ponen en serio peligro tal desarrollo traducido en el cierre diario de laboratorios clínicos y el empobrecimiento paulatino de los que persisten en permanecer abiertos. Trataré a continuación de resumir la situación del laboratorio clínico en Colombia en el contexto de la intermediación generada con la medicina prepagada y la ley de seguridad social:

* El ámbito del laboratorio clínico va desde el diagnóstico de enfermedades ocultas, incluido el seguimiento, pasando por el diagnóstico y la clasificación de las enfermedades. Además, de la tamización y otras actividades de nuestra realidad médica.

Los diferentes intermediarios han desarrollado mecanismos para reducir a la mínima expresión la utilización de esta herramienta por parte del médico. Tales técnicas van desde estímulos para aquellos médicos que solicitan pocas pruebas de laboratorio, hasta las sanciones y la exclusión de los directorios médicos respectivos para los que «utilizan mucho» el laboratorio. La mayoría no promociona el diagnóstico precoz y considera que éste es una carga económica insufragable por el sistema, por ejemplo: es inconcebible que Colombia sea uno de los pocos países del mundo donde la tamización del hipotiroidismo congénito no se haga universalmente por ley a todos los recién nacidos aduciendo su alto costo, a pesar de que por ella pueda diagnosticarse una enfermedad potencialmente curable, siempre y cuando su diagnóstico sea oportuno.

Muy pocas empresas intermediarias, para no decir ninguna, desarrolla o patrocina programas de capacitación que le permitan a los profesionales utilizar racional y adecuadamente esta herramienta de tanta necesidad dado el crecimiento exponencial del conocimiento médico.

* Los valores de las pruebas de laboratorio, como la mayoría de los procedimientos de la medicina prepagada y del sistema de salud, son determinados unilateralmente por las instituciones sin tener en cuenta los estudios de costos de las sociedades científicas, como la Sociedad Colombiana de Patología Clínica y la Federación Colombiana de Laboratorios Clínicos Especializados. Los valores definidos

por el Manual de tarifas del Seguro Social y los definidos en el Decreto 2423 del 31 de diciembre de 1996, están entre 45 y 70% por debajo de los calculados por métodos científicos utilizados por las sociedades científicas antes citadas. Para todos es conocido que estas tarifas son de carácter obligatorio para los programas básicos de salud. En el caso de la medicina prepagada, las diferentes empresas contratan los servicios única y exclusivamente con base al descuento que el laboratorio le oferte, el cual está entre el 35 y 60%. La situación de precios es tan dramática que en la ciudad hay laboratorios clínicos «negociando» descuentos de hasta el 35% sobre las tarifas definidas para el SOAT, corriendo riesgos con tal de tomar un contrato; esta situación es tan aberrante como tratar de que un servicio con tarifas reguladas, como los taxis, se oferten por debajo de los valores definidos oficialmente.

* No contentos los intermediarios con la participación obtenida mediante la imposición de tarifas o a través de los descuentos ya mencionados, las empresas promotoras de salud y las empresas de medicina prepagada, presuntamente violando las normas vigentes, han creado sus respectivos laboratorios que compiten deslealmente con los debidamente constituidos -Decreto 1663 de 1994 y 1486 de 1994-. Por múltiples mecanismos -por cierto, muy sutiles- los pacientes son direccionados a utilizar estos nuevos servicios.

* Para agravar la situación del laboratorio clínico, la Ley 488 del 24 de diciembre de 1998, dentro del marco de la Reforma Tributaria, gravó con IVA de 16% todos los reactivos de laboratorio, con un impacto en la prueba entre el 3 y 9% que las empresas que intermedian la práctica médica no asumen.

Como resultado de estas y otras situaciones a lo mejor analizadas superficialmente, Colombia, en vez de prospectarse a la vanguardia en la tecnología médica, tiene que frenar su desarrollo con grave deterioro de la calidad de sus servicios y privando a los usuarios del sector salud de la aplicación de los principios de la Ley 100, como son: equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de instituciones, descentralización administrativa y participación social (artículo 153 de la Ley 100 de 1993) y los contemplados en los artículos 3, 4 y 10 de la Ley 23 de 1981 (Ética Médica).

Si no se aplican correctivos de fondo en forma urgente, es muy difícil el día de mañana retomar el rumbo y serán muchas las vidas que se pierdan en este proceso. El diagnóstico es objetivo: la intermediación es nociva y debe regularse bajo un código de ética comercial, que deje incólume la relación médico-paciente consagrada por la Ley de Ética Médica -Ley 23 de 1981- como un derecho sagrado del médico y del paciente. Si el diagnóstico está claro ¿porqué no se toman las medidas correctivas ya? ¿cuántos laboratorios clínicos deben cerrar o suspender servicios por imposibilidad económica? ¿cuántos pacientes más tienen que incrementar su padecimiento físico y psicológico y aún más.... morir?

BAJA REMUNERACIÓN

La baja remuneración salarial de los 120 mil trabajadores de la salud es sólo uno de los problemas que afronta el sector. Los médicos están mal distribuidos, hay un déficit de 24 mil enfermeras; en departamentos como el Vichada hay 3 camas por cada mil habitantes y hay algunos que no tienen una sola cama por cada mil habitantes. Cita de la revista La Separata, de temas médicos-legales, fascículo 3.

EL PULSO

5



Acemi se pronuncia frente a la crisis del sector salud en el país

El problema colombiano es muy similar al que se presenta en la mayor parte de Latinoamérica, dice Oscar Emilio Guerra, director de la Asociación.

Por Juan Felipe Camacho Arcila
Corresponsal de EL PULSO
en Santafé de Bogotá

A pesar de los avances significativos que ha presentado el sector salud, en Colombia al igual que en el resto de América Latina, se registran serios problemas como la falta de universalidad, equidad, calidad, transparencia e ineficiencia financiera, que no permiten un funcionamiento adecuado del sistema y conllevan a dificultades tanto para los usuarios como para las entidades prestadoras de este tipo de servicio.

Así lo expresó el presidente de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -Acemi-, Oscar Emilio Guerra, quien a su vez afirmó que la problemática común del sector comprende ocho pilares que deben ser modificados para el buen desarrollo de la salud en el país.

En tal sentido, según el dirigente, se presenta una falta en la cobertura de la población por parte del sistema, considerando que en el régimen contributivo no se logra una cifra superior a los 12 millones de personas y en el régimen subsidiado la cifra apenas llega a los 7 millones.

Además, hay una ausencia de mecanismos que permitan el acceso de la población a la salud, considerando sus condiciones económicas y la difícil situación de empleo que vive el país en la actualidad.

Para el directivo, sumado a los anteriores problemas, se presenta una solidaridad insuficiente por la existencia de subsistemas desarticulados que se manifiestan en los regímenes especiales existentes para entidades como el Magisterio, las Fuerzas Armadas y La Empresa Colombiana de Petróleos -Ecopetrol-.

La ineficiencia financiera es un punto de gran relevancia al ser en donde se manifiestan mayores limitantes, como los problemas en las fuentes de los recursos parafiscales. En el caso de los juegos de azar se impone la necesidad de una ley de régimen propio que organice esta actividad, en tanto que en las rentas de licores la supervisión se debe intensificar, afirmó.

«La evasión por ausencia de disposiciones legales verdaderamente eficaces; inadecuados sistemas de facturación en donde no existe una codificación única en las relaciones entre las EPS y las IPS; control de costos deficiente en el sector hospitalario; falta de orden contable en el sector público hospitalario; falta de planeación en la inversión y el gasto y la falta de coordinación con problemas de inadecuada desconcentración o descentralización, son hechos que se deben modificar en muy corto plazo».

De igual forma, para el presidente de Acemi, la ineficiencia en la prestación del servicio por parte de las entidades se debe a una falta de planeación, sumada a problemas de inversión, mala dotación y mantenimiento, libertad excesiva en el uso de tecnología, baja remuneración por falta de regulación, ubicación inadecuada del recurso humano por falta de incentivos, altos costos en los medicamentos y control de su calidad, entre otros.

Dijo que existe deficiencia en la organización de sistemas de información hacia el mercado, el usuario y las autoridades, en las reglas de protección al consumidor para una sana competencia en el mercado, en los sistemas de supervisión y en la regulación de las prácticas priva-



EL ISS NO SE AJUSTA

Según Oscar Emilio Guerra, director de Acemi, las EPS privadas se están guiando por las leyes, a diferencia de las EPS públicas como el ISS que presenta una fortaleza que se fundamenta parcialmente en el incumplimiento sistemático de las disposiciones legales en cuanto a compensación, cuotas moderadoras, entre otras. Foto Jorge Narváez.

das, en particular los seguros de reembolso y la medicina prepagada. «Seguimos teniendo dificultades para migrar del modelo curativo al preventivo», insistió.

LA ECONOMÍA Y LA SALUD

Para el presidente de Acemi, el sistema de salud no es ajeno a la situación que afronta la economía nacional, en la medida en que la riqueza pública es el factor determinante para el desarrollo de todos en cierta medida. «Si la economía no genera empleo, son menos las personas que tienen la capacidad de afiliarse al régimen contributivo, generándose como consecuencia una sobrecarga para la red pública en atender esta clase de población».

Así mismo, si no se genera calidad en el empleo por motivo de desmejoras en las políticas de educación y trabajo, son entonces menores los salarios y los flujos de recursos parafiscales que irán con destino al régimen contributivo, poniendo en riesgo su autosuficiencia y demandando esfuerzos fiscales en momentos en que el país tiene que hacer un urgente ajuste.

Dijo que «Si no se presenta un sano comportamiento en la inflación, los precios crecen de manera irregular, incrementando de forma preocupante los costos de los diferentes insumos que integran el sistema de salud, presionando peligrosamente el valor de la UPC que debe ser reconocida por las EPS a incrementos que no es posible financiar con cargo a los salarios base de cotización».

En cuanto a las tasas de interés, manifestó que al presentar incrementos immoderados no es extraño que la financiación de los empresarios que integran las diferentes etapas del servicio de salud, terminen lesionando en forma extraordinaria sus egresos sin mayores posibilidades compensatorias.

Para Guerra, si los ingresos tributarios no crecen se dificulta el oportuno cumplimiento por parte del Gobierno de hacer los correspondientes apor-

tes que se han establecido en la ley a favor del sector.

REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO

Otro de los puntos importantes por considerar, según el directivo, es el régimen contributivo y el subsidiado que están generando una distorsión de la competencia regulada muy importante dentro de la reforma de la seguridad social.

En cuanto al régimen contributivo, el presidente de Acemi manifestó que sólo las Entidades Promotoras de Salud privadas se están guiando por las reglas establecidas por la ley, a diferencia de las EPS públicas como el Instituto de Seguros Sociales -ISS-, que presenta una fortaleza institucional que se fundamenta parcialmente en el incumplimiento sistemático de las disposiciones legales en cuanto a compensación, cuotas moderadoras y giros de prevención y promoción, entre otras.

«Como resulta obvio entender, el no cumplimiento le ha permitido al Instituto apropiarse de recursos millonarios, que con dificultad serán reintegrados al Fondo de Solidaridad, sin olvidar la pérdida del poder adquisitivo de estas sumas. Debe aceptarse desde ya, la imposibilidad de recuperar estas sumas por el sistema, en la medida que se han convertido en presiones fiscales que terminarán en normas que concreten la extinción de tales derechos frente al Fondo».

De igual forma, el directivo dijo que el Estado debe tener una mayor supervisión sobre estas entidades, acompañada de una selección más técnica de sus directivos y un plan de fortalecimiento institucional que garantice su viabilidad, con la voluntad y coherencia de excluir a aquellas entidades que como Caprecom se tornen abiertamente invariables y, en su momento lo fuera la EPS privada Bonsalud.

«Los problemas se agudizan cuando se examinan los vacíos legales que no se han podido llenar o que una vez determinados se ha tardado mucho tiempo en formalizar las soluciones.

Debe quedar como experiencia para el Gobierno el que en un tema tan delicado como el sector salud, no puede existir una brecha tan grande entre el diagnóstico de un problema, la postulación de las soluciones y la formalización institucional de las mismas». En cuanto al régimen subsidiado, Guerra dijo que ha tenido que afrontar las más severas dificultades, en primer lugar, porque guarda una íntima relación entre lo que se denomina el cambio del subsidio de oferta al de demanda. «En este sentido, no ha existido una solución frente a la situación que afronta la Administradora, tanto en su arquitectura general como en la situación financiera que hoy están viviendo, aspecto que ha terminado por revertir en forma negativa contra los propios hospitales, por ser éstas las entidades encargadas de administrar los recursos de la cotización».

El problema con los flujos de recursos tiene como principales causas que las Administradoras del Régimen Subsidiado -ARS-, no están recibiendo apropiadamente los recursos; cuando reciben los dineros de forma oportuna y completa, no los giran a la red hospitalaria de manera adecuada. Así mismo, el Ministerio de Salud no ha hecho en ocasiones la transferencia oportuna de estos recursos, problemas que se presentan en el situado fiscal y finalmente, las Administradoras reciben los bienes capitales y los giran a los hospitales, pero estos retrasan la consignación a los proveedores, aseveró Guerra.

SOLUCIONES PUNTALES

Para Oscar Emilio Guerra, son fundamentales soluciones precisas para frenar la cantidad de dificultades por las que atraviesa el sistema. Así, el control a la evasión debe contemplar los siguientes puntos: cobrar a los trabajadores independientes el valor de la UPC equivalente al grupo étéreo, para lograr una financiación equilibrada de esta población y establecer sanciones más severas para el trabajador o el empleador que no ha hecho en forma

cumplida sus pagos.

Así mismo, aseguró Guerra, se deben establecer castigos para los usuarios que realizan conductas de selección adversas al sistema y que sólo acuden al mismo cuando requieren servicios; la utilización de instrumentos de copago y las cuotas moderadoras en forma particular para los usuarios que realicen conductas de evasión y que presenten conductas de selección adversas o fraude.

De igual forma, para efectos de elevar el promedio de base de cotización por Entidad Promotora de Salud y reforzar la viabilidad del sistema, se debe expedir una reglamentación que permita generar estímulos para las entidades que logren incrementar el ingreso base de cotización conforme con su registro histórico.

«Es fundamental para la evasión que el Ministerio de Salud haga operativa una base de datos de afiliados, que sea ágil en cuanto a acceso y actualización, entre todas las EPS del sector y, reforzar la legislación penal, para castigar con severidad la apropiación indebida de recursos en la seguridad social en salud», manifestó.

En cuanto al flujo de recursos y beneficios, el directivo de Acemi hizo las siguientes recomendaciones: giros sin situación de fondos; régimen de estímulos especial, condicionando los giros de cofinanciación a la correcta transferencia de recursos a las ARS; reducción de las ARS, para que el mercado se depure; sistema de información y seguimiento más estricto de las rentas cedidas.

Así como modernización de instrumentos de inspección y vigilancia y el cumplimiento de los entes territoriales de velar por el control y recaudo de las rentas cedidas y su oportuno giro a las Empresas Sociales del Estado -ESE-.

Además, «revisar y ampliar el manual de medicamentos e introducir modificaciones que permitan el ingreso de nuevos productos farmacéuticos de reconocida calidad y eficacia clínica y finalmente, prohibir los intermediarios de los intermediarios, como las IPS de papel que simplemente subcontratan los servicios de otras IPS, sin cumplir funciones que sean relevantes o útiles».

Para lograr modificar en cierta forma el sector salud, también es necesario consolidar el proceso de codificación única; expedir y establecer un Plan Unico de Cuentas para el sector de las EPS, las ARS y las entidades que ofrecen planes adicionales; implantar la base de datos nacional del registro de afiliados, que consolide los diferentes regímenes para acceso de las IPS y de las EPS y realizar un análisis de los costos de la información que se requiere frente al sistema, para planificar de una forma más cuidadosa los requerimientos y las metodologías adoptadas, reveló.

Finalmente, para Guerra, debe trabajarse en aras a establecer la verdadera capacidad de resolución del sector IPS; debe existir una política de estado en el sector para el área de investigación y se debe tener una estrategia que permita realizar en forma plena el principio de control de calidad dentro del área de los medicamentos.

En conclusión, estos fueron los puntos básicos que según el presidente de esta asociación se deben tener presente si se quiere cambiar el rumbo que lleva hasta el momento el sector salud y que cada vez más lo aproxima a un ataque definitivo del corazón, del cual no podrá sobrevivir aunque utilice marcapasos.

DISTRIBUCIÓN DE ESPECIALISTAS

Según el Dane, alrededor del 46% de los médicos especialistas están ubicados en la región oriental, el 22% en la central, el 14% en la Costa Pacífica, el 13% en la Atlántica y sólo el 3% en los Territorios Nacionales.

EL PULSO

6



Dice director del Centro de Estudios de Seguridad Social

“La Ley 100 hizo crisis y no bastan ajustes”

Por Ana Ochoa

A la investigación hay que rescatarla de las aguas. Es, como se sabe, la única que permite seriamente proponer y cambiar ya que, entre otras cosas -y para incomodidad de muchos- permite dudar en un mundo en el que aparentemente todo está resuelto. Desde su creación hace tres años, el Centro de Estudios de Seguridad Social ha estado al frente del debate sobre el Sistema de la Seguridad Social en Colombia. Ya son conocidas sus actividades académicas quincenales, de las que participan diferentes actores del Sistema. Está también la cartilla de seguridad social que, al igual que el boletín, es un medio de información creado para actualizar y analizar temas claves. Hace poco se concluyó la investigación denominada «Impacto de la Reforma de la Seguridad Social sobre la organización institucional y la prestación de servicios de salud en el país».

Las siguientes son las opiniones y propuestas del Director del Centro de Estudios, Alvaro Cardona Saldarriaga, frente a una crisis que, según él, es estructural. «Es el modelo mercantilista el generador de una crisis que, de no acoger el cambio radical, podría ser peor para el país que la misma crisis económica de la que tanto se habla.»

PUNTOS CRÍTICOS

Los siguientes son aspectos fundamentales de su análisis.

• **1. ¿Cuál cobertura?** «El panorama es muy complicado. Examine-mos algunos frentes. Para empezar, no está demostrado que hayamos aumentado la cobertura en salud en el país, como dice el discurso oficial. Si hacemos una medición nacional del número de afiliados a la Seguridad Social, concluimos que se está cubriendo alrededor del 50% vía Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado. Pero, si comparamos con la cobertura que había antes de la Ley 100, que era de un 75% en el país, sería preciso demostrar que hay un 25% de la población que está siendo cubierta por lo que llamamos el mecanismo de los Vinculados. Y precisamente las instituciones públicas, que atienden a los no afiliados, son las que más crisis afrontan, entonces no es muy viable que tengamos una cobertura superior a la que existía.»

• **2. Del dicho al hecho...** «Encontramos que algunos objetivos importantes que se propuso la Ley no se están cumpliendo. Por ejemplo el proceso de descentralización, que se concibió para que los municipios pudieran dar respuesta y participar activamente en los requerimientos de salud de la población. Esto no está avanzando suficientemente, el porcentaje de municipios descentralizados en el país es bajo.»

• **3. Inequidad:** «Si se observa cómo se están distribuyendo las afiliaciones al Régimen Subsidiado en los distintos departamentos del país se concluye que se mantienen conceptos muy inequitativos. Porque si se hace una relación entre el porcentaje de afiliados al Régimen Subsidiado y la población de mayores nece-



ESTUDIO SISTEMÁTICO

Una de las labores de la Facultad de Salud Pública, de la Universidad de Antioquia, en los últimos años, ha sido el seguimiento sistemático de la ley 100, con el fin de plantear correctivos a la misma. Los datos que hoy muestra son preocupantes y deben ser motivo de reflexión del Estado. Foto Jorge Narváez.

sidades básicas insatisfechas, se encuentra que los Departamentos más ricos del país siguen manteniendo el mayor porcentaje, en cambio las zonas más deprimidas mantienen una relación más baja. Lo que quiere decir que, a cinco años de la reforma, no se ven grandes progresos en el concepto de la distribución equitativa de los recursos, de acuerdo con las necesidades de la población.»

• **4. Hay menos afiliaciones:** «En los años recientes la tendencia al aseguramiento ha disminuido, eso es lógico con la crisis del empleo y, en general, con la crisis económica del país. Hemos visto un descenso del número de afiliados al Régimen Contributivo. El porcentaje de afiliados ha bajado unos tres o cuatro puntos en el último año. Toda esta problemática recae sobre las instituciones públicas, que tendrán que dar respuesta a la atención demandada por esta población que no está en el Régimen Contributivo ni Subsidiado. (Ver cuadro comparativo)

• **5. No es verdad:** «Con estas tendencias, la idea de que para el año 2.001 tendremos una cobertura universal es una fantasía.»

• **6. Fracaso:** «Esta crisis es el resultado del modelo mercantilista y privatizador de la salud que se implantó con la ley 100. Pensar la salud como una mercancía, vinculada a los mecanismos de la oferta y la

demanda como ocurre con cualquier objeto de consumo, ha sido la gran equivocación que ha tenido el país y pienso que se va a profundizar la crisis para las gentes con menor capacidad económica. Insisto en que esta crisis hay que valorarla, no como algo coyuntural, transitorio, sino como algo estructural, que obedece a las características del modelo que se creó con la Ley. Y más que hacer ajustes se requiere es hacer un cambio de fondo. Hoy nadie, de manera racional, puede desconocer que a partir de la implementación de la Ley 100 se han multiplicado los problemas del sector. La idea es que, buscando la mayor transparencia y eficiencia en la prestación de servicios, la salud deje de ser asunto de negocios y sea considerada como un bien meritario, al que tenemos derecho todos independientemente de nuestras condiciones, y al que el Estado debe dar una respuesta adecuada y responsable.»

• **7. Dispersión:** «Este modelo ha producido una diáspora institucional que impide hacer planificación en el sector. El Ministro de Salud y los directores seccionales de salud son convidados de piedra que, independientemente de sus buenas intenciones, no tienen ninguna posibilidad de sortear los problemas y por tanto su acción es ineficaz. Si uno los observa ve que no atinan a decir nada sobre la crisis. El Sistema no da ningun-

na posibilidad de que ellos ejerzan una dirección porque la salud está prácticamente en manos de un juego libre de oferta y demanda, que no deja diseñar estrategias efectivas. Esa dispersión institucional es una de las consecuencias graves de la Ley. Las EPS hacen lo que quieren, las IPS hacen lo que creen que deben hacer, Las Empresas Sociales del Estado van por su lado, las ARS ni se diga... No hay manera de articular, de coordinar esfuerzos.»

• **8. Problema grave:** «Es condición necesaria que se establezca la red pública de servicios mediante la financiación vía presupuesto público, para garantizar que se cumplan las acciones de promoción y prevención, acciones de vigilancia epidemiológica que, por cierto, han sido tan descuidadas y que en algún momento van a generar una crisis peor que la que hoy tenemos. ¿Qué puede estar pasando con el deterioro de las condiciones de vida y de salud de la población con la desatención, por ejemplo, de problemas prevenibles? Tememos que cuando revienta esta crisis emerjan brotes epidémicos importantes, que crezcan patologías infecciosas que teníamos controladas, patologías como el cáncer que habíamos llegado a prevenir... Entre los epidemiólogos existe la inquietud de que estemos entrando en un período de consecuencias terribles.»

Facultad de Salud Pública: que se escuche su voz

Pide el decano John Flórez

Para el decano de la facultad Nacional de Salud Pública, John Flórez, es básico promover un pensamiento nuevo sobre la salud pública en momentos en que, a partir de la aplicación de la Ley 100, se ha dado muy poco impulso a temas trascendentales, entre ellos el de la promoción y prevención de la salud.

A propósito del tema de la Ley 100 y, en concreto, de la crisis que muchos han calificado de colapso, el decano destaca la labor de interventoría que la Facultad hace, desde el año pasado, a los dineros que la Dirección Seccional de Salud entrega a las I.P.S para la atención de la denominada población vinculada. Son seis equipos de trabajo que han tenido, según sus palabras, «excelentes resultados». Manifestó además su opinión favorable acerca del controvertido Centro Regulador de Atenciones Efectivas, CRAE, y expresó su confianza personal en la Ley 100, no obstante las críticas generalizadas que proponen más que ajustes. Prefirió no adelantar las conclusiones que sobre el tema han resultado del pre-congreso nacional efectuado en diciembre de 1.998 y anunció para los próximos días la publicación de las mismas. Crecen también las expectativas sobre el congreso internacional programado por la Facultad para el mes de junio: «Salud para todos, resultados y retos para el siglo XXI: formulación de políticas.»

De otro lado señaló que con la solidez otorgada por sus 35 años de labores, la Facultad está fortaleciendo sus procesos de descentralización e innovación pedagógica, internacionalización, desarrollo y definición de líneas de investigación, proyectos de consultoría y planes de reforma curricular. Actualmente ofrece a la comunidad nacional e internacional sus diferentes programas:

- Gerencia en Sistemas de Información en Salud.
- Administración en Salud (énfasis en gestión sanitaria y ambiental y énfasis en gestión de servicios de salud).
- Especialización en Administración de Servicios de Salud (énfasis en: Seguridad social, gestión hospitalaria, mercadeo en salud y desarrollo empresarial).
- Especialización en Salud Ocupacional (énfasis en medicina laboral y calificación de la invalidez).
- Especialización en Epidemiología.
- Maestría en Salud Pública.
- Maestría en Salud Pública con énfasis en Salud Mental.
- Maestría en Epidemiología.
- Maestría en Salud Ocupacional (en proceso de aprobación).
- Doctorado en Salud Pública (en proceso de aprobación).

COMPARACION ENTRE POBLACION COLOMBIANA Y NUMERO DE AFILIADOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, COLOMBIA, 1.995-1997

	1.995		1.996		1.997		JUNIO 1.998	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
POBLACION COLOMBIANA	38541631	100	39351005	100	40177376	100	40925138	100
AFILIADOS REG. CONTRIBUTIVO	10831393	28.1	14319501	36.4	14558564	36.2	13236197	32.3
AFILIADOS REG. SUBSIDIADO	4680606	12.1	5981774	15.2	7026691	17.5	7481240	18.3
TOTAL AFILIADOS S.G.S.S.S.	15511999	40.2	20301275	51.6	21585255	53.7	20717437	50.6

*Los datos de población de 1.996 y 1.997 se obtuvieron con base en la tasa de proyección del Dane del 2.1% Fuente: Facultad de Salud Pública U. De A.

X CONGRESO DE SEXOLOGÍA

X Congreso Nacional de Sexología y Educación Sexual, en Santafé de Bogotá los días 15 al 17 de octubre, con talleres pre-congreso los días 13 y 14 del mismo mes. Es organizado por la Sociedad Colombiana de Sexología y apoyado por el Ministerio de Educación Nacional, el ICBF y organismos nacionales e internacionales.

EL PULSO

7



Observatorio

ABC de la crisis hospitalaria

Jairo Humberto Restrepo Zea
Centro de Investigaciones Económicas
Universidad de Antioquia *

La crisis hospitalaria en Colombia resulta sumamente paradójica y no puede entenderse simplemente como un problema de coyuntura en el marco de la recesión económica, o como las dificultades ocasionadas por el flujo de recursos. El déficit creciente de hospitales públicos y privados también pone en evidencia errores de diseño o señales de agotamiento del sistema de seguridad social en salud que es necesario reconocer y corregir si se quiere garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud, al mismo tiempo que asegurar la sostenibilidad financiera del sistema en su conjunto.

En diciembre de 1997 el CIE advirtió sobre los riesgos que traería consigo la manera como se implementaba la Ley 100, con un afán desmedido y sumamente desigual a nivel territorial por aumentar la cobertura en el régimen subsidiado. En aquella ocasión se publicó un reportaje en El Colombiano titulado «En el 2001 la salud no alcanzará para todos los pobres», pero la administración seccional de turno respondió que ello no sucedería así y que el proceso de afiliación continuaría dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 100. Sin embargo, el peso de la realidad comienza a mostrar la verdad sobre el particular y aún no existe plena convicción por parte de las administraciones nacional y seccionales.

AUMENTO DE RECURSOS Y AFILIACIÓN:

El origen de la situación actual se encuentra, tristemente, en el aumento extraordinario de recursos con destino a la salud. La destinación del 25% de las transferencias de inversión social (ICN) y la creación y canalización de recursos fiscales y parafiscales en la subcuenta de solidaridad del Fosyga, sin un plan de aplicación y racionalización de ellos, aumentaron en forma desproporcionada las disponibilidades financieras en comparación con el anterior sistema nacional de salud.

La gran mayoría de estos recursos comenzaron a destinarse tardíamente a la afiliación de población pobre al régimen subsidiado sin que se hayan observado criterios de equidad regional y, en los primeros momentos, no se buscó la cofinanciación con los recursos antes destinados a financiar directamente los hospitales. Es importante insistir en las diferencias regionales en este proceso, ya que mientras en Bogotá, Antioquia y Valle se presentó una situación como la descrita, en otros departamentos los beneficios han llegado de manera muy lenta y en la práctica se ha profundizado la desigualdad.

BALANCE FINANCIERO:

Los hospitales financiados con recursos públicos, en especial en las regiones en donde la cobertura de la seguridad social creció de manera importante, sufrieron una transformación financiera al recibir mayores ingresos por venta de servicios y reducir su dependencia de las transferencias. El aumento de recursos provocó una ilusión presupuestaria al emitir una señal equivocada sobre los administradores de los servicios de salud, quienes en 1994 percibieron un aumento en los ingresos permanentes de los organismos a su cargo cuando en realidad se trataba de un aumento temporal que comenzaría a revertirse en 1997. En consecuencia, los gastos también comenzaron a crecer cargando los costos fijos de los servicios en forma importante. La transformación en Empresas Sociales del Estado, ESE, sin respetar ningún modelo que se ajustara a las particularidades de cada localidad y siguiendo el mismo patrón en nombre de la autonomía, llevó a un aumento exagerado en los costos y no se conoce un saldo neto de su beneficio. En efecto, se adoptó la figura de un gerente separado por completo de los servicios asistenciales y fue necesario vincular personal de apoyo administrativo de suerte que, basados en los municipios estudiados por



el CIE en Antioquia, el costo de la nómina administrativa habría pasado de un 15% de los pagos realizados al personal asistencial en 1994, a un 35% en 1998.

El balance financiero, como podrá probarse con información de un mayor número de municipios, depende enormemente de tres características correspondientes al hospital que pueden resultar independientes de la gestión: su posición en el mercado (desde monopolio hasta competidor fuertemente amenazado por la competencia debido a sus restricciones en términos de costos y de contratación), la cobertura de la seguridad social (avances significativos en régimen contributivo y régimen subsidiado) y la modalidad de pago dominante (capitación o pago por servicio prestado).

COLAPSO:

Ahora se produce el colapso porque retorna el déficit estructural de los hospitales, agravado por el aumento en los costos atribuidos al nuevo sistema y el deterioro en los ingresos que resultó de modificaciones a los mecanismos de pago (de presupuesto histórico a pago por evento, en el caso de la población vinculada), así como de los desplazamientos de la demanda a que se han visto sometidos los hospitales inmersos en un ambiente competitivo. De nuevo, pueden ir ganando la carrera aquellas ESEs monopólicas ubicadas en municipios en donde la cobertura de la seguridad social es significativa y se tiene una contratación basada especialmente en la capitación de la población del régimen subsidiado.

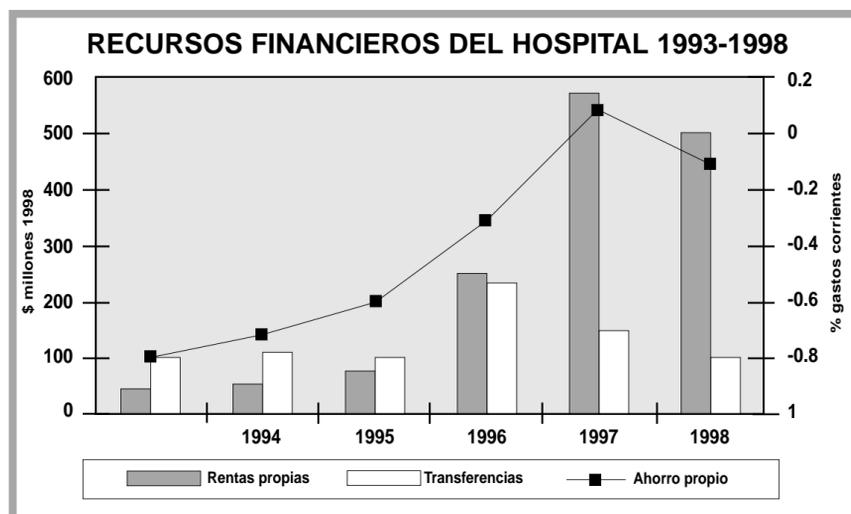
El cierre de hospitales, las propuestas de liquidación y conversión en otras figuras jurídicas tiene siempre un común denominador: el intento por retornar a unos costos más bajos, a costa del despido de trabajadores y la conversión de su ingreso en otras modalidades de pago más reducidas; es, ni más ni menos, el pago que se debe asumir hoy por haber

permitido aquellas alzas desproporcionadas y poco reguladas con la creencia de que habría dinero para mucho rato.

Sin embargo, en el análisis correspondiente a cada situación es necesario diferenciar el gasto corriente de los pasivos que se adeudan a los trabajadores. Se percibe en el medio una confusión al castigar la situación presente aduciendo insolvencia por culpa de los pasivos laborales; nada más engañoso, se requiere de una gran diligencia para aclarar esta situación y calcular las deudas de cada uno de los res-

ponsables, diseñando al mismo tiempo políticas y estrategias que hacia el futuro garanticen la sostenibilidad de la red pública de servicios y ofrezcan el acceso a la población más necesitada.

** El autor se desempeña como jefe de planeación en la ESE Metrosalud de la ciudad de Medellín en desarrollo de comisión administrativa concedida por la Universidad. Las ideas y opiniones acá expresadas son de su absoluta responsabilidad.*



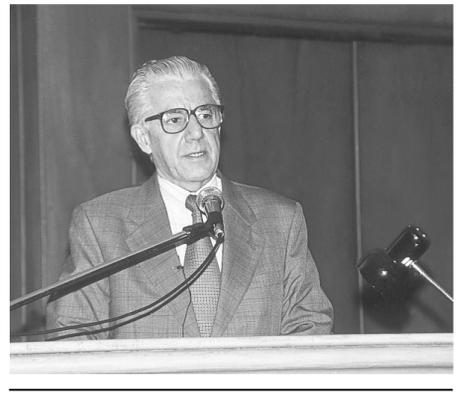
En este gráfico se puede apreciar la historia reciente de un hospital típico único prestador en el municipio y que se desenvuelve en medio de una cobertura del régimen subsidiado del 70% de la población total cuya atención está mediada por una contratación basada en la capitación. En 1998 comenzó a descender el resultado operacional, haciéndose negativo de nuevo, y para 1999 se agravará por la congelación de la capitación y la inminente reducción en recursos fiscales; la ESE se verá abocada a tomar medidas de ajuste estructural.

MUNICIPIOS SALUDABLES

«Medellín es una urbe con optimismo y decisión para afrontar los grandes problemas económicos y sociales que afectan a nuestros países y a nuestra ciudad en particular y que se prepara decididamente para entrar como corresponde en el nuevo milenio a través de proyectos como Antioquia Siglo XXI, que está desarrollando un modelo económico y social que permita que en el 2020 Antioquia sea la mejor esquina de América, justa, pacífica, educada, pujante y en armonía con la naturaleza»: Luis Carlos Ochoa, secretario de salud de Medellín, ante los participantes en el III Congreso de las Américas de Municipios y Comunidades Saludables.

EL PULSO

8



“Mientras más dura es la situación del país, mayor es el compromiso”

Diálogo con Luis Carlos Ochoa, Secretario de Salud de Medellín

Por Sonia Gómez Gómez
Editora EL PULSO

Luis Carlos Ochoa, Secretario de Salud de Medellín y alcalde encargado cuando EL PULSO sostuvo esta charla con él, pese a la crisis del sector salud en general y a la situación de orden público en Antioquia, se declara optimista, no sólo porque para él el optimismo es una norma de vida, sino porque cree en la gente colombiana y no duda que la mayoría son personas de buena fe y deseosas de un país mejor. Hace un llamado a todos, y especialmente a la dirigencia, cuando afirma que «mientras más dura es la situación más obligadas estamos las personas que tenemos posibilidades de hacer algo». Dice sin duda que la fórmula del éxito está en la lealtad con la empresa a la cual se pertenece y la honestidad en cada uno de los actos de la vida y, consecuente con esta norma de oro afirma que lo que lo hace más feliz es la tranquilidad de conciencia. Aconseja al Presidente Pastrana que sea persistente y testarudo en la búsqueda de la paz por la vía del diálogo, sin dejarse desanimar por nada, pero que también se prepare para una guerra frontal, si hay que llegar a ella, con las consecuencias que sean. Al presidente Clinton le recomienda aprender de sus errores y al sector salud le pide cordura y fe en la Ley 100, de la cual se declara un defensor sin tregua.

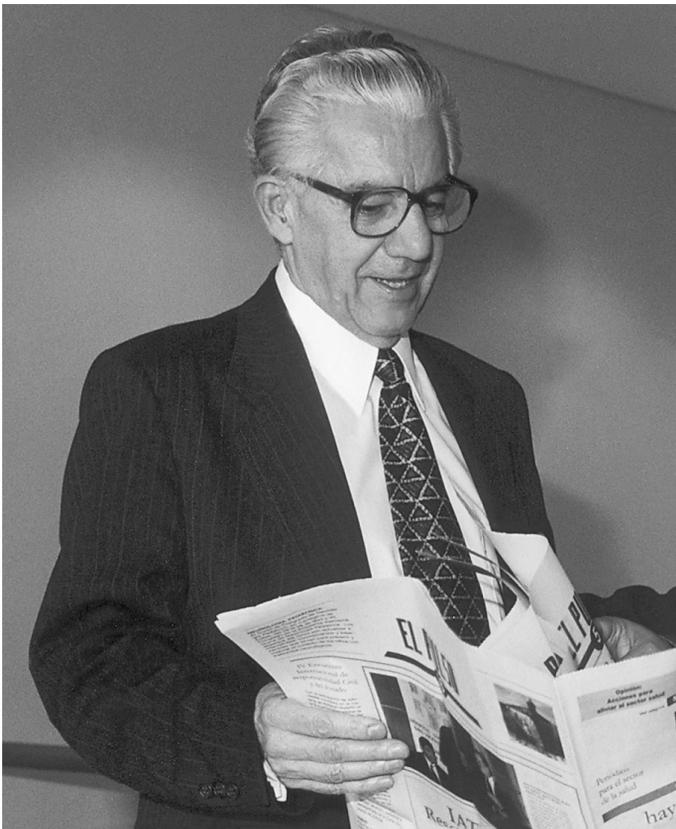
LA LEY 100

- ¿Cómo ve el sector salud hoy?

«Lo veo mejor con la ley 100. Ella estableció para el país un sistema más equitativo, más universal, frente al que existía que era paternalista, elitista y desintegrado. Pese a las críticas por todos los lados sigo creyendo que la ley 100 es buena y lo que a ella le faltan son ajustes y hacerla cumplir».

- ¿Es partidario de eliminar la intermediación?

«La intermediación es necesaria, pero posiblemente la mejor opción para que



OPTIMISMO

«Hay que ser optimistas siempre para encarar la vida y sus problemas», es una de las fórmulas de éxito de Luis Carlos Ochoa, secretario de salud de Medellín. Foto Jorge Narváez.

ella funcione como se debe es que sea manejada por entidades sin ánimo de lucro como lo plantea la Academia Nacional de Medicina».

- ¿Si fuera Ministro de Salud hoy, que sería lo primero que haría para mejorar la situación del sector?

«Estoy de acuerdo con el Ministro en que hay que revisar e integrar la legislación que está dispersa y es contradictoria. También pienso que es necesario fortalecer y descentralizar la

Supersalud y dar más importancia y acción a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud. Es necesario además suprimir algunas excepciones que hizo la ley con entidades como Ecopetrol, por ejemplo. La ley debe ser una para todos».

- ¿Qué alternativa de solución ve a la crisis de los hospitales públicos?

«Si a ellos se les paga lo que se les adeuda saldrían de la crisis coyuntural. Pero, adicionalmente, deben resolver proble-

mas concretos como el atraso tecnológico, la mala gerencia en algunos de ellos y la corrupción, además, obviamente, del adecuado flujo de dinero».

- ¿Qué opina del actual Ministro de Salud?

«Es muy honesto, muy ejecutivo y bien intencionado, pero a la vez muy acelerado para hablar y actuar y ante la crisis que vivimos en el sector lo aconsejable es la mesura y la consulta. Hay asuntos que no dan espera; otros deben estudiarse muy bien».

- ¿Está de acuerdo con quienes dicen que la ley 100 es responsable de la problemática actual de los profesionales médicos?

«Desde antes de la ley había ya muchos de los problemas de privilegios para algunos, en detrimento de otros. Para los privilegiados la situación se ha vuelto más compleja, pero para médicos y odontólogos generales las cosas han mejorado. Lo que ocurre es que hay otros problemas que están incidiendo en el flujo normal de las cosas, uno de ellos es las fallas en la aplicación de la ley 100 y otro la existencia de normas como la ley 30 de 1984 que ha facilitado la proliferación desordenada de facultades y de post-gradados. Sólo en Antioquia hay 4 facultades de medicina; así es muy difícil mejorar la situación laboral de los egresados».

- ¿Su trayectoria en puestos directivos durante más de 30 años, que solución le permite visualizar para la crisis no sólo de la salud sino del país?

«La solución está en cada una de las personas; en Colombia hay un enorme egoísmo, hay que trabajar por la justicia social y por la solidaridad; sin esto es imposible la paz».

- ¿Cree en la alternativa de un régimen social democrata para el país?

«No lo veo posible a corto plazo porque los partidos tradicionales siguen pesando mucho. Por fortuna hoy el mundo es muy pequeño y con el acceso a tecnologías como el Internet las nuevas generaciones se irán dando cuenta que hay posibilidades mejores para el país y que hay que luchar por ellas».

Toda una vida por la salud

Luis Carlos Ochoa, secretario de salud de Medellín, nació en Titiribí; en 1957 partió para hacer su rural en el municipio de Ituango porque quería ejercer la medicina de verdad, con todas las complicaciones y limitaciones posibles; fue Viceministro de Salud en el gobierno de Carlos Lleras Restrepo; ha sido el colombiano de más alto rango en la Organización Mundial de la Salud y ha podido hablar al oído de los ministros de salud de Colombia, quienes han encontrado en él la voz de la experiencia y las ganas de aportar antes que de pedir. Han sido muchos años dedicados a diseñar políticas de salud para Colombia y para las Américas en general, pero sigue en firme, tratando de buscar soluciones a la explosiva situación social de su país y anclado en su tierra, Antioquia, pese a que ha tenido todas las oportunidades para radicarse fuera y quedarse fuera; es que él es un convencido de que hay que poner los talentos al servicio de lo nuestro, pese a que los problemas de la ciudad sean la causa de algunas de sus malas noches. Estos son algunos recuerdos y algunas enseñanzas de su trasegar por la salud.

UN FRUCTÍFERO CAMINO

Cuando Luis Carlos Ochoa regresó de su año rural, llegó a trabajar a Medellín al Centro de Salud de Belén; pasó a la Secretaría de Salud Pública como jefe de materno infantil, subsecretario de salud y secretario encargado. De allí se fue a trabajar en el ISS en medicina preventiva y más tarde pasó a trabajar gratuitamente con Héctor Abad Gómez en el Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Estando allí fue suspendido de la Escuela de Salud Pública de Bogotá y él inició, con Héctor Abad Gómez y William Mejía, la Escuela de Salud Pública de Medellín. Cuando ocupaba el cargo de director de la Escuela, el entonces Ministro de Salud de Carlos Lleras Restrepo, Antonio Ordoñez Playa llegó de visita, conoció la labor que se venía adelantando y 20 días más tarde lo llamó a Bogotá y le dijo: «usted es el viceministro de salud». Ochoa le repuso que no, que era la segunda vez que iba a Bogotá y que él no era político. Pero allá fue a dar y estuvo los 4 años del gobierno de Lleras Restrepo como Viceministro de Salud.

Fueron 4 años trabajados y efectivos. Entre sus anécdotas de aquel tiempo fue una invitación a almorzar con el Presidente, el Ministro de Salud, el director del Instituto de Nutrición Roberto Rueda Williams y doña Cecilia, la Primera Dama, porque el gobierno quería fundar un Instituto de la Familia. Venticuatro horas más tarde Roberto Rueda y él tenían el proyecto listo y empastado ante la incredulidad del Presidente que entonces les dijo: «si la administración fuera como estos dos señores este país estaba salvado». De dicho proyecto nació el ICBF; incluso el símbolo que lo ha identificado por todos estos años.

Volvió del Ministerio a la Universidad y estando allí le ofrecieron un puesto con la OPS en Argentina; allí estuvo 4 años; renunció para volver a Medellín, pero fue promovido por la Organización para Centroamérica, donde estuvo otros 4 años. Un sábado recibió una llamada en su oficina: era el director de la OPS en Washington para que fuera a presidir a esa capital la Dirección de Control de Enfermedades. Y se fue con su esposa, su eterna y leal compañera y sus 6 hijos hombres. Estando allí fue nombrado gerente general de la OPS y luego subdirector de la misma por 5 años.

De Washington regresó a Colombia porque aquí tenía su único hijo casado entonces, con dos nietos. Se puede decir entonces que vino detrás de sus nietos, de su madre, de su familia y con la idea de seguir ayudando a Medellín y Antioquia.

En Medellín se quedó, cumpliendo metas. En los últimos años ha sido asesor de salud de los países del Grupo Andino, asesor del Ministerio de Salud de Colombia, Secretario de Salud en la gobernación de Juan Gómez Martínez y ahora ocupa el mismo cargo en la alcaldía.

«El común denominador en estos cargos en el sector salud ha sido el trabajar con convicción y conciencia; gracias a este convencimiento en lo que hago, gracias a Dios y a mi familia, he sido feliz», sostiene este personaje que ha puesto en alto el nombre de Colombia por donde ha trasegado en busca de una mejor salud para todos.

“LOS PINOS” TECNOLOGIA PARA UNA VIDA MAS FACIL



Camas eléctricas para cuidados intensivos, permiten sentar al paciente.

Camas eléctricas y manuales para habitación.

Todo en mobiliario médico, hospitalario y rehabilitación.

FABRICA: CL 67 No 45A-82 ITAGÜI - ANT - COLOMBIA CONM.(574) 372 30 31

E-mail: lospinos@epm.net.co

VIOLENCIA CONTRA LA NIÑEZ

Según el Instituto Nacional de Medicina Legal, el 56% de los homicidios por maltrato infantil en 1997 correspondió a niños, el 45% en menores de un año y el 39% entre 1 y 4 años. El 55% de las lesiones no fatales por maltrato se presentó en niñas menores de 4 años. El 65% de los dictámenes médico legales por delitos sexuales correspondió a niñas menores de 14 años.

EL PULSO

9



Corpaúl se hace acreedora a certificado del Invima



GRAN RECONOCIMIENTO

Santafé de Bogotá. - El ministro de Salud, Virgilio Galvis, hace entrega del certificado a las Buenas Prácticas de Manufactura del Invima al Director General Corpaúl, Jorge Cadavid Cárdenas. En la gráfica se encuentran de izquierda a derecha, el Director General de Corpaúl; Nicanor Restrepo Santamaría, miembro de junta directiva Corpaúl; el Ministro de Salud y Rodrigo Villa Galvis, miembro junta directiva Corpaúl.

Por Juan Felipe Camacho Arcila
Corresponsal de EL PULSO en
Santafé de Bogotá

Santafé de Bogotá. La Corporación de Fomento Asistencial del Hospital San Vicente de Paúl -Corpaúl-, recibió por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -Invima-, el certificado de Buenas Prácticas de Manufactura para su planta farmacéutica «Guillermo Echarvarría Misas».

Según el Invima, la elaboración de productos para el sector salud como soluciones estériles intravenosas de gran volumen, soluciones para diálisis y soluciones antisépticas yodadas, cuentan con los más óptimos estándares de calidad exigidos por la Organización Mundial de la Salud, hecho que permite brindar al consumidor final productos confiables y efectivos. El ministro de Salud, Virgilio Galvis, hizo entrega del certificado al director general de Corpaúl, Jorge Cadavid Cárdenas, en una reunión que se efectuó en las instalaciones de la cartera de Salud en Santafé de Bogotá. Allí, se reunieron destacados representantes del sector y miembros de la entidad que fue condecorada, para celebrar este importante logro.

Para Corpaúl, este certificado a las Buenas Prácticas de Manufactura significa un avance muy valioso para continuar con su labor en pro de la salud. Además, por medio de este reconocimiento los productos del laboratorio tienen la garantía de ser elaborados con la más alta calidad y entrar al próximo siglo con el respaldo total por parte del Invima.

BUENAS PRÁCTICAS

El certificado de Buenas Prácticas de Manufactura garantiza la confiabilidad y satisfacción de los clientes, buscando con esto:

- Mejorar los niveles de comunicación Cliente - Proveedor.
- Disminuir los errores, quejas, reclamos y devoluciones.
- Agilizar las respuestas para los clientes.
- Perfeccionar los sistemas y procesos de manera que se pueda lograr el mejoramiento continuo de la calidad.
- Demostrar que los productos son seguros y confiables.
- Ayudar a la eficiencia y agilidad de los procesos productivos.
- Garantizar la seguridad y funcionalidad del producto.
- Brindar al consumidor la garantía necesaria para la adquisición de productos cuya calidad esté demostrada.

Con la obtención del certificado Corpaúl - Planta Farmacéutica se posiciona como la pionera en Antioquia en el cumplimiento de

Buenas Prácticas de Manufactura para productos farmacéuticos y entre el grupo de las primeras a nivel nacional, dándole así continuidad al proceso de mejoramiento que viene desarrollando desde hace varios años, el cual busca el logro de las metas de aseguramiento de la calidad.

Cabe recordar, que Corpaúl es una entidad sin ánimo de lucro, cuyo objetivo es generar recursos en beneficio del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, con la realización de actividades comerciales, de servicio e industriales. Estas últimas hacen referencia a: producción de soluciones inyectables de gran volumen para uso humano y veterinario, suturas quirúrgicas no absorbibles, soluciones concentradas para hemodiálisis y jabones desinfectantes.

Con su actividad industrial, la entidad cubre las necesidades del Hospital y a su vez las del sistema nacional de salud, con la venta de estos productos en los diferentes centros hospitalarios de Colombia.

Colombia tiene su Centro Internacional de Diálisis y Trasplantes

El Hospital y Fresenius Medical Care, cumplieron

El 18 de marzo último, en la mañana, en el interior del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, ante representantes de las autoridades de salud, civiles, militares y eclesiásticas, se llevó a cabo una sobria e histórica ceremonia: la inauguración del Centro Internacional de Diálisis y Trasplantes, fruto de una alianza estratégica entre la empresa alemana Fresenius Medical Care y el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín.

Este Centro, con 3 mil metros cuadrados y con una inversión de \$4.500 millones, es, en síntesis, un espacio que ofrece alta tecnología, calidad en los servicios y atención humanizada a los pacientes renales del país y del mundo, lo mismo que a la ciencia de los trasplantes. En su primera planta funciona la Unidad de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal, administrada por Fresenius Medical Care, que amplió su capacidad a 60 máquinas para poder cubrir la demanda local y externa. En la segunda planta se dará impulso a los programas de trasplantes en general, incluyendo corazón y corazón-pulmón. En la tercera planta se tiene proyectada un área específica para cirugía cardiovascular, con su área de hospitalización y cuidados intensivos.

FRESENIUS MEDICAL CARE

El representante de Fresenius Medical Care, señor Armin Karch, quien llegó desde Alemania para esta fecha, dijo que «estoy convencido que con este proyecto desarrollado entre el Hospital Universitario San Vicente de Paúl y Fresenius Medical Care, dimos un gran paso hacia adelante para asegurar que los pacientes reciban un tratamiento de diálisis de alta calidad». Anotó además que «me complace ver, no sólo como funcionario de Fresenius Medical Care, sino como ser humano, que la

alianza de una compañía transnacional como esta, con una entidad de educación y prestación de servicios hospitalarios, culminó con un centro modelo para América Latina».

Fresenius tiene 900 centros de diálisis en el mundo, donde atiende en promedio 70 mil pacientes; esta empresa es productora de tecnología de punta para diálisis y es a su vez investigadora en el campo de los tratamientos para esta patología.

PROPUESTAS CONCRETAS

El director del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Julio Ernesto Toro, en sus palabras para los presentes en la ceremonia, hizo referencia a la crisis que afronta el sector salud y dijo que «en este ambiente en el que el individualismo impone su lógica, luchamos tenazmente por llevar el Hospital adelante. La sociedad ve en él un símbolo, una institución que ha mantenido su credo, insistido en su lenguaje, reforzado sus valores y manejado lo suyo pulquérrimamente. Esto que le ha dado solidez, lo ha llevado hacia delante y le ha permitido enunciar la verdad y proseguir su rumbo entre inmensas presiones, situaciones complejas y dilemas como contratar por no morir, para morir».

Señaló cómo en medio de esta problemática se siguen buscando las mejores opciones para los pacientes y es así como el Hospital ha establecido relaciones formales con prestigiosas entidades del exterior para proyectarse hacia el futuro, fruto de lo cual se han hecho realidad proyectos tan ambiciosos como el nuevo Centro Internacional de Diálisis y Trasplantes.

Tanto Fresenius Medical Care como el Hospital expresaron sus agradecimientos a la firma AIA, constructora del Centro, a los proveedores y a todas las personas y entidades que apoyaron este proyecto desde sus inicios.



TODOS PRESENTES
En la inauguración del Centro Internacional de Diálisis y Trasplantes, se hicieron presentes las autoridades civiles, eclesiásticas y militares, para corroborar con su asistencia que Medellín estaba, una vez más, ante una fecha memorable y ante una obra que nos llena de orgullo. Fotos Jorge Narváez.



RONELLY LTDA

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

Distribuidor Mayorista de las Marcas:

- BAXTER
- ARROW
- JOHNSON & JOHNSON
- ETERNA S.A.
- 3M
- RYMCO
- ELECTROWEST
- CONVATEC
- B.D.
- B.D.F.

CARRERA 76 No.43-27

TELEFONOS:412 52 63 -413 49 53

FAX:412 23 07

APARTADO AEREO 56430

MEDELLIN-COLOMBIA

20 Años

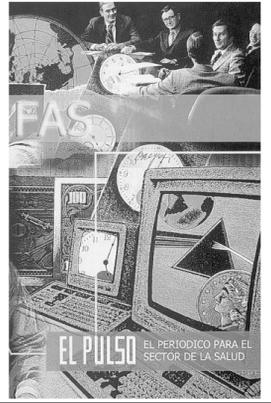
Trabajando por la vida!

ESCRÍBANOS

Reiteramos nuestra invitación a los lectores de EL PULSO para que nos escriban sus comentarios, opiniones, artículos técnicos. La dirección de internet de este periódico es : elpulso@elhospital.org.co

EL PULSO

10



Clasificados

■ **Vendo Finca en Marinilla, motivo viaje**
Llamar de 8:00 a.m. - 1:00 p.m.
Teléfono: 514 14 96
(preguntar por Beatriz.)

■ **EL HOSPITAL, de lujo**

El libro EL HOSPITAL es una edición de lujo, con espléndidas fotografías, que contiene una mirada al Hospital Universitario San Vicente de Paúl y por lo tanto, en buena parte, del pasado, presente y futuro de la medicina en Antioquia. Lo puede adquirir en la caja general de este centro asistencial por un valor de \$40.000.00 (para personal del Hospital y de la Universidad de Antioquia) y de \$60.000.00 para público en general. También se puede comprar en las principales librerías de la ciudad.

■ **EL PULSO tiene abiertas suscripciones para todo el país. Mayores informes en la Dirección Comercial: Diana Cecilia Arbeláez Gómez.**
Teléfonos: 263 43 96, 263 78 10
Fax: 263 44 75
Dirección: Calle 64 con Cra 51 D.
e-mail: elpulso@elhospital.org.co

■ **Taller de Marquetería**
Interesados comunicarse con el 260 32 01

■ **Vendo Nintendo 64. Interesados llamar en las horas de la noche al teléfono: 230 90 99.**

■ **Rebobinado de cintas de impresoras, remanufactura de cartuchos para impresora laser y recarga de cartuchos de impresora de tinta. Favor comunicarse al teléfono: 234 02 61.**

■ **Talleres de pintura-escultura, fotografía y acabados en madera-cerámica y muchas otras pátinas. Adultos y Niños. Servicio de marquetería Italiana e Inglesa, teléfono: 253 07 81**
Cra 86 No 34 78

■ **Taller de velas, cirios y velones. Teléfono: 413 72 22**

■ **Recuerde que usted tiene la posibilidad de acceder a los clasificados del Periódico EL PULSO puede comunicarse: Con la Dirección Comercial: Diana Cecilia Arbeláez Gómez**
Teléfonos: 263 43 96
263 78 10
Fax: 263 44 75
Dirección: Calle 64 con Cra 51 D.

■ Libro de infección intrahospitalaria

El libro: *Infección Intrahospitalaria, prevención y control, acaba de ser entregado al sector salud, con un contenido profundo, actualizado y basado en la amplia experiencia de sus editores la enfermera Marta Lucía Arroyave y el médico Germán González.*

Los interesados pueden adquirirlo en el Comité de Infecciones del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, a un costo de \$25 mil.



Martha L. Arroyave C.
German González E.

Comité de Control de Infecciones
Hospital Universitario San Vicente de Paúl
3ra. Edición
Medellín - Colombia

■ **Electrónica J.C: Reparación de T.V, VHS, equipos de sonido, dictáfonos. Calle 33 No 65 B 43 Teléfonos: 235 90 41, 235 30 09.**

■ **Se dictan seminarios de expresión oral y escrita. Comuníquese con Luis Alberto Arango Posada en los teléfonos: 413 52 33, 260 13 76.**

■ **Nueva sede de la Oficina Permanente para la Defensa y Promoción de los Derechos Humanos, calle 44 No.46-90, teléfonos 231 27 27 y 231 65 81.**



■ **EL PULSO, a la venta**

Para responder a los requerimientos de gran cantidad de lectores del sector salud que nos lo han solicitado, decidimos ubicar puntos de venta de este periódico, con lo cual prestamos un mejor servicio y ampliamos la circulación en todo el departamento, como es nuestro deseo y el de los anunciantes.

■ **Ahora usted puede adquirir el Periódico EL PULSO en los siguientes puntos de venta:**

- Librería «El gato» en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.
- Hospital San Vicente de Paúl, en la Dirección Comercial: Diana Cecilia Arbeláez Gómez, Teléfonos: 263 43 96 263 78 10
- Fax: 263 44 75
- Dirección: Calle 64 con Cra 51 D.
- Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia
- Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia



JULIO 28 AL 30 DE 1999

Hotel Intercontinental - Medellín

ORGANIZAN:

- Ministerio de Salud
- Dirección Seccional de Salud de Antioquia
- Secretaría de Salud de Medellín
- Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá
- Hospital Universitario San Vicente de Paúl
- Universidad de Antioquia
- Corporación de Amor al Niño, Cariño
- Sociedad Colombiana de Pediatría, capítulo Antioquia

DIRIGIDO A: Médicos Generales, Pediatras y otros profesionales del sector de la salud interesados en el tema.

INFORMES: Teléfonos 263 78 10 - 263 78 85 - 571 63 60 Medellín

Email: husvp@medellin.impsat.net.co
valen5523@yahoo.com

CRÍTICA Y RESPUESTA

Un lector del periódico El Colombiano denunció en este diario que «existen demoras de semanas e incluso meses para que el Crae responda al servicio solicitado». El subsecretario de salud de la Dirección Seccional responde a EL PULSO que «el Crae está basado en un principio de oportunidad en la atención, es una atención electiva que se puede programar; no se trata de asuntos urgentes».

EL PULSO

11



Crae, continúa la polémica

El Subsecretario de Salud de Antioquia responde a quienes cuestionan la efectividad del Centro Regulador de Atenciones Electivas, CRAE



BIENESTAR DEL USUARIO

Uno de los pilares del Crae, por filosofía, es la atención del usuario en el sitio más cercano a su residencia, evitándole traumatismos y gastos innecesarios. Foto Jorge Narváez.

Por Ana Ochoa

Ha operado como un detonador. Aquí y allá estallan las críticas, y con ellas las defensas, y con las defensas más fuertes -que vienen de quienes deciden- estalla el viejo sistema en el que, en palabras del Director del Servicio Seccional de Salud de Antioquia, «los dineros de la Seccional se estaban gastando sin una adecuada regulación». «Y claro que hemos puesto a temblar al sector de la seguridad social, porque este sistema de información hará también una labor de control que acabará poco a poco la corrupción». «Esto no es un invento caprichoso, con el CRAE estamos cumpliendo la Ley, optimizando la red pública y garantizándole una atención adecuada al paciente», agrega Nicolás Pérez, Subsecretario de Salud de Antioquia.

Este sistema, coordinado por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, ha cambiado sustancialmente, desde su aparición en noviembre de 1.998, el manejo de los niveles II y III de atención de las personas vinculadas, y las atenciones que están por fuera del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Estos cambios han generado inquietudes en varios sectores, que van desde las objeciones hechas por miembros de la comunidad médica, hasta las planteadas por varios representantes de Asociaciones de Usuarios como los señores Luis Cortés, Hafet Jaramillo y Matilde Castañeda que hablaron para EL PULSO. Entre los usuarios se critican básicamente las demoras. Y para ellos demora+dolor, demora+ necesidad, son combinaciones «muy tristes». «Además, a veces nos dan las citas en sitios muy distantes del barrio. Hace poco mandaron a una señora hasta Santa Elena. Así se encarece el transporte y uno no puede con todo eso». «Necesitamos que nos oigan porque, aunque el sistema puede ser bueno, hay que arreglar cosas. Es que ni siquiera algunos médicos saben de qué se trata el CRAE. A veces se retrasan más de la cuenta, se equivocan, están desinformados y no hay quien lo escuche a uno. Por lo menos en eso, nosotros sí tenemos la razón, pero entonces...» Entonces piensan muchos que es muy «fregado» tener la razón cuando los que deciden están equivocados.

ALGUNAS INQUIETUDES

Estas son algunas inquietudes a las que respondió el Subsecretario de Salud, Nicolás Pérez.

Comenta el doctor Julio Ernesto Toro Restrepo, Director del Hospital Universitario San Vicente de Paúl que «lo percibido hasta ahora es más un mecanismo de direccionamiento económico-administrativo que prima sobre las reales necesidades de los pacientes». ¿qué dice usted sobre esta apreciación?

Nicolás Pérez: «Que es totalmente desajustada. Esa no es la filosofía del CRAE. No olvidamos al paciente, ni sus derechos, sólo que se está evaluando la pertinencia de la atención para bien de todos: De los pacientes que eran atendidos donde no correspondía, a veces incluso debían venir del campo a la ciudad; y en bien de muchos hospitales que, de otra manera, estarían cerrando sus puertas por problemas económicos. Este sistema de información es muy bueno, hay que confiar en él. Una de las razones de que este Sistema General de Seguridad Social tenga dificultades ahora ha sido la falta de información adecuada. Estamos en las primeras etapas. Hay que esperar a que se ajuste poco a poco.»

¿Pero, en ese proceso de ajuste, cómo garantizar que el paciente no se encuentre con problemas más allá de lo «normal»? Dice un lector en el periódico El Colombiano que «Existe demora de semanas e incluso meses para que el CRAE responda al servicio solicitado, retardando el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, las medidas preventivas y favoreciendo la aparición de secuelas».

N.P.: «El CRAE está basado en un principio de oportunidad en la atención, es una atención electiva, que se puede programar. No se trata de asuntos urgentes. Estas prioridades son decididas por médicos altamente calificados y aseguran atención en excelentes condiciones. Es cierto que, como el sistema está en construcción, puede haber varios tipos de demora que estamos corrigiendo. Una tiene que ver con la llegada del documento desde la institución al CRAE. Otra demora puede ser ocasionada por tramitología dentro del CRAE pero, repito, estamos trabajando para garantizar que haya siempre manejo óptimo, oportuno. Otra posibilidad es que haya retardo por la falta de información al paciente. Algunos tienen dificultad para cumplir con el copago que es del 5%, 10% o 30%, según la clasificación de pobreza del SISBEN...De todas formas sería útil mirar cuál ha sido el porcentaje de quejas en relación con el total de atenciones. Tenemos un número significativo de solicitudes hechas al CRAE desde noviembre y han tenido buena respuesta.»

En el campo

Doctor Pérez, se dice que algunas personas, sobre todo de la población rural, también incumplen la cita porque, al parecer, la notificación de la cita para el servicio «no se hace con la suficiente anticipación como para poder cumplirla.»

N.P.: «Si hay una buena comunicación entre hospital, municipio...los contactos se pueden lograr. Además, la gente baja periódicamente de las veredas al pueblo y entonces que se acerquen al hospital. Dentro de poco va a operar también una línea gratuita 9800 para que llamen y averiguen sobre sus citas. De todas formas el paciente gana porque, en muchas ocasiones, se evita desplazamientos mayores para ser atendido.»

Tramitología

Son muchos los que comentan que «El formulario del CRAE es tremendamente dispendioso de llenar...lo que quita un tiempo valioso al médico para su paciente».

N.P.: «Realmente el formulario del CRAE no es nuevo, estamos cumpliendo las directrices que dio el Ministerio de Salud desde 1991. Y con toda esa información, que muchos juzgan excesiva, estamos construyendo bases de datos necesarias para conocer las principales causas de enfermedad de la gente, la procedencia etc. Eso nos permite detectar tendencias, planear...»

Red Pública

Escribe Julio Ernesto Toro, director del Hospital San Vicente de Paúl: «El CRAE, como su acción declarada de regulador de la atención electiva, en realidad nos preocupa porque ese propósito que confiesa desde su definición como regulador y no orientador, indica que en su concepción primó el interés de fortalecimiento de la red pública, dando por descontado la capacidad de esta. A la vez que desconoce en la práctica la capacidad y calidad de atención que ofrecen las demás instituciones que, quírase o no, conforman la totalidad de la red y que han sido solidarias y leales desde siempre, como es el caso del Hospital Universitario San Vicente de Paúl.»

N.P.: «Ese no es el sentido del CRAE. Un regulador no es un obstaculizador, es un orientador que está basado en los principios de prestación de servicios según los niveles de complejidad. Y que está acorde con las responsabilidades que tiene el Departamento de responderle a la comunidad, de guiarla según lo que se esté demandando...La Ley 100 deja claro que para nosotros toda la red de servicios es importante pero, para el segmento de población que estamos atendiendo que es el de los vinculados, es preciso fortalecerles las regiones. La idea es consolidar los niveles de atención.»

Quejas

N.P.: «Hay mucha desorientación. Y hay, obviamente fallas por corregir. Pero no hay necesidad de que los usuarios recurran a tutelas. Ninguna de ellas la han fallado en contra nuestra. Es más, todas las tutelas han sido de usuarios orientados por instituciones privadas. Estamos dispuestos a escucharlos en buenos términos y a ayudarles cuando sea preciso.»

¿Quién escoge?

Qué dice frente a la afirmación de que «No es equitativo, ni con el paciente, ni con el médico, ni con los hospitales, desconocerle al enfermo el derecho a la libre escogencia, aduciendo el control del costo, que con tarifas únicas es imposible, o apoyado en privilegios y menos, muchísimo menos aduciendo reducción del gasto.»

N.P.: «El CRAE es para orientar. Y orientar es un deber, se trata de promover el bienestar del usuario, evitándole gastos en desplazamientos y viajes innecesarios a otros lugares. La oportunidad en la atención, según su nivel de complejidad, no se busca arbitrariamente por reducir costos.»

Riesgo

Qué dice la Dirección Seccional frente a la eventualidad de que, como dice Toro Restrepo, este sistema se convierta en una fuerza con super poderes «para que desde allí se señalen con criterios no técnicos, a dónde van los pacientes y cuál es la última palabra sobre el grado de desarrollo que pueden alcanzar las entidades, usando el poder económico de que dispone la contratación.»

N.P.: «Estamos obrando de acuerdo con la Ley y con criterios más técnicos que nunca. La Dirección Seccional de Salud de Antioquia es autónoma en decidir con quién contrata y es claro que donde primero acude una persona de estas es a la red pública. Hay instituciones privadas que son muy importantes para nosotros y que siempre las vamos a tener en cuenta, pero no es la IPS la que nos va a poner las condiciones.»

Acerca de la Ley 100 Sabía ud. que...

Por Luis Fernando Gómez U.
Profesor Titular de Pediatría Universidad de Antioquia

-A pesar de los 50 años de promulgada la definición de SALUD de la OMS ->«Es un estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad» -, sigue siendo vigente ?

-La ALAPE propuso como definición de SALUD : «Estado de bienestar psicológico y social, en armonía con el medio ambiente y dentro del marco de los derechos humanos y la justicia social». ?

-Para Lerich, «SALUD es el trabajo en silencio de los órganos» (La SALUD no se siente).

-Para Freud, SALUD es la capacidad de amar y trabajar ?

-A pesar de tantas definiciones de SALUD, no hay una que se acomode a los conceptos de «salud» de la Ley 100, ni a sus intereses económicos y políticos ?

-La OMS en su informe sobre la salud en el mundo en 1995, señaló a la pobreza como la enfermedad más mortífera del mundo ?

-La pretensión de la Ley 100 de «dar salud subsidiada a los pobres» (sic), dejándolos en la pobreza, es entonces una falacia ?

-La SALUD no se puede «dar», ni vender o comprar (!), esta ahí ; pero si se puede perder y recuperar. ?

-Es posible que la Ley 100 les facilite (y hasta les dé o les regale !) atención médica subsidiada a los pobres, pero no les «dará» SALUD ?

-Los genios y expertos que copiaron la Ley 100, tienen una gran confusión de términos y conceptos ? (Por interés ?, por ignorancia ?)

-Las mal llamadas «Empresas Promotoras de Salud» ->EPS», son realmente Empresas Promotoras de Atención Médica -EPAM- ? (O Empresas Promotoras de Atención Odontológica -EPAO-? etc.)

-El mal llamado «Plan Obligatorio de Salud» ->POS», es en realidad un plan obligatorio de atención médica - POAM- (o Plan Obligatorio de Atención Odontológica -POAO- ?

-El filósofo Hans-George Gadmer define la medicina como «La ciencia de la enfermedad.» ?

-Los mal llamados «trabajadores de la salud», somos realmente trabajadores de la enfermedad ?

-La Ley 100 nos convirtió en obreros de la enfermedad ?

-El término enfermedad encierra un concepto positivo -la presencia de una imperfección- y no se puede definir sencillamente como la ausencia de salud ?

-Según el alemán Ernest Jünger, fallecido en 1998, «La influencia cada vez mayor que el Estado está empezando a ejercer en los servicios médicos, casi siempre con pretextos sociales, es algo que resulta sospechoso y que invita a la máxima cautela». ? (La Emboscadura 1988)

-Y según Virchow, «para dar salud no se necesita construir clínicas y hospitales, sino unas reformas económicas, políticas, laborales y sociales». ?

-La mayoría de las veces la pérdida de la salud está relacionada con determinantes ajenos al mal llamado «sector de la salud» ?

-El estilo de vida -aprendido, o impuesto por las condiciones socioeconómicas o culturales en que se vive- es el principal determinante de la salud ?

-Otros determinantes de la salud son : la educación, la vivienda, la nutrición, los medios de comunicación, el saneamiento ambiental, el desarrollo económico y la justicia social ?

-Ninguno de ellos depende de los «trabajadores de la salud» ?

-Mientras no se dé alivio a la enfermedad más mortífera del mundo, la «salud para todos» será pura palabrería.?

-Para el logro de una verdadera SALUD PARA TODOS, resultaría más eficiente y eficaz el trabajo de otros profesionales : educadores, constructores (vivienda, vías de comunicación), ingenieros (acueductos, alcantarillados etc.), ganaderos, agricultores y mercaderes de alimentos (producción y disponibilidad de alimentos) políticos (según Virchow : «la medicina es una ciencia social, y la política es una medicina a gran escala») etc. ?

-Todos esos profesionales son verdaderos trabajadores de la salud ?

-Con sobrada razón decía Enecco Landaburu que «La nutrición, la vivienda, la canalización de las aguas, la limpieza y el saber influyen muchísimo más en la SALUD que los medicamentos.» ?

- nosotros tratamos de recuperar la salud de los enfermos precisamente con medicamentos ?

-Se puede concluir tristemente que los gestores de la Ley 100 tienen como sinónimos los términos SALUD y ATENCIÓN MÉDICA ?

-La cacareada «reforma a la salud» (sic), consistió simplemente en una reforma de las condiciones laborales de los médicos y odontólogos, y de las condiciones de prestación de servicios por las clínicas y los hospitales ?

-Ninguna de las otras profesiones u oficios que tienen muchísimo que ver con la SALUD, fue intervenida por la Ley 100 ?

-Mientras se asegura (?) que con el funcionamiento de la Ley 100 se aumentó la cobertura de «salud» -léase atención médica y odontológica- en el mismo período se han incrementado notoriamente la incidencia de la pobreza y del desempleo ?

-El desempleo engendra pobreza y la pobreza engendra enfermedad ?

-Para Alfonso López M «Si en alguna ciencia nos hemos distinguido los colombianos en los últimos dos siglos ha sido en la medicina» ? (El Tiempo, agosto 10 de 1997)

-Esa distinción se ha logrado con muy poco o ningún apoyo del Estado ?

-Ese mismo Estado encontró la manera de pagarnos la distinción con la Ley 100 ?

-El artículo 25 de la Constitución Nacional dice que «El trabajo es un derecho y una obligación social y goza en todas sus modalidades de la especial protección del Estado». ?

-Mientras se habla de «logros en salud» de la Ley 100, no se ven logros en la creación de empleos con lo que sí se mejoraría la SALUD ?

-Y mientras tanto, nuestro trabajo no goza de esa especial protección del Estado, sino que es intervenido descaradamente por él, con el pretexto de «dar salud» a todos los colombianos ?

-El mismo artículo 25 dice que toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones justas y dignas ?

-La Ley 100 se encargó de darle a nuestro trabajo -a pesar de su complejidad y responsabilidad- unas condiciones injustas e indignas ?

-El artículo 13 de la Constitución Nacional garantiza un trato igual y los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación a todos los colombianos ?

-Este derecho a la igualdad en la Constitución de 1991, es uno de los derechos fundamentales y es además un derecho de aplicación inmediata ?

-El derecho a la seguridad social (artículo 48), ni es fundamental ni es de aplicación inmediata ?

-El Estado que debiera proteger nuestro trabajo, lo interviene a través de la Ley 100 y nos quita esa igualdad de derechos, libertades y oportunidades que nos otorga la Constitución Nacional ?

-Nuestras profesiones, que debieran ser las más independientes, fueron condenadas por la Ley 100 a trabajarle a un intermediario, perdiendo la posibilidad de un ejercicio independiente, digno y autónomo ?

-Una inmensa mayoría de colombianos sigue teniendo la ilusión de que las condiciones de vida sean más dignas para poder obtener una verdadera SALUD ?

-Mientras tanto la Ley 100 pretende darles «salud» de una manera falaz ?

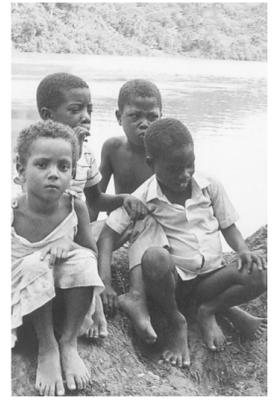
-Según Ben Gurion, «El futuro se puede construir basado en ilusiones pero no en falacias» ?

SISTEMA DE SALUD EN CUBA

En Cuba el sistema de salud es centralizado, financiado y manejado exclusivamente por el Estado. La cobertura que reporta es del 100%; la mortalidad infantil de 9.9 por mil; la esperanza de vida 75.2; los médicos por habitante: 46.7 por 10 mil; la cobertura de agua potable: 68.3% y la cobertura de alcantarillado: 91%.

EL PULSO

12



«Lo peor de la ley 100 es su desconocimiento»

Sus propuestas de reforma han sido puntuales

“Hasta la realización de los foros regionales desarrollados por iniciativa del Ministerio de Salud, las propuestas de reforma a la Ley 100 presentadas al Congreso han sido sobre temas puntuales y no obedecen a una mirada integral del sector salud», afirma Sergio Vélez Castaño, director de la Unidad de Aseguramiento de la Secretaría de Salud del Municipio.

Una vez culminados 8 foros en las ciudades de Medellín, Santafé de Bogotá, Cali, Bucaramanga, Villavicencio, Ibagué, Cartagena y Pereira, se elaboró un consolidado de los aspectos generales planteados y el paso siguiente es decidir cuáles son los ajustes necesarios y cuál es el mecanismo que ellos se hagan efectivos, lo cual no significa necesariamente una contrarreforma sino que en muchos casos se requerirá de definición de procedimientos, promulgación de decretos o reglamentaciones, para que las normas existentes se cumplan como se debe.

La revisión de algunos títulos de los proyectos de ley presentados antes de estos foros, permiten dar una idea de lo poco o nada global de las propuestas y como algunas de ellas buscan intereses demasiado sectoriales. Veamos algunos ejemplos:

PROYECTOS DE REFORMA

Proyectos de reforma en el área de aseguramiento. Algunos títulos: «Por la cual se exonera a los pensionados de las cuotas moderadoras y copagos en el Sistema...»; «por el cual se desarrolla el artículo 145 de la ley 100 de 1993 para el Chocó»; «por el cual se aclara el artículo 11 de la ley 100 de 1993»; por el cual se adiciona la ley 100 con el fin de dar cubrimiento en seguridad social a los trabajadores ad honorem al servicio del Estado»; «por el cual se dictan normas para el restablecimiento de la prestación de los servicios médicos a los afiliados al Fondo de Previsión Social del Congreso»; «por el cual se disponen unos beneficios a favor de las madres comunitarias en materia de seguridad social y se otorga un subsidio pensional».

Proyectos de reforma en financiamiento. Algunos títulos: «por medio de la cual se autoriza la emisión de la estampilla social para financiar programas en beneficio de los niños de la calle y ancianos desprotegidos así como para la prevención y tratamiento del Sida y la drogadicción»; «por la cual se destinan los recursos excedentes de la vigencia de 1997 de la subcuenta de seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud»; «por medio de la cual se dictan medidas urgentes para el financiamiento de los hospitales públicos»;



NO A CONTRARREFORMA

«Soy un convencido de que la Ley 100 no necesita contrarreforma sino una aplicación más eficiente y un conocimiento de ella por parte de todos los actores del sistema de salud»: Sergio Vélez, md. Foto Jorge Narváez.

«por medio de la cual se desarrolla el artículo 49 de la Constitución Nacional y se procura financiación estable a la red pública de servicios»; «por la cual se autoriza la emisión de la estampilla Policarpa Salavarrieta para los hospitales de Cundinamarca».

Proyectos en recursos humanos. Algunos títulos: «por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de la fisioterapia, se dictan normas en materia de ética profesional y se dictan otras disposiciones»; «por la cual se reglamenta la especialidad médica de la radiología e imágenes diagnósticas y se dictan otras disposiciones»; «por el cual se reglamenta el ejercicio de la profesión médica».

Proyectos en promoción y prevención de la salud: «por la cual se dictan normas referentes a la aplicación de métodos científicos de procreación humana asistida, se modifican algunos artículos del Código Civil y Penal y se dictan otras disposiciones»; por medio de la cual se establece el dere-

cho a morir dignamente»; «por la cual se declara de interés nacional y como prioridad sanitaria la erradicación de la peste porcina clásica en todo el territorio colombiano y se dictan otras medidas encaminadas a este fin»; «por medio de la cual se expiden normas sobre el manejo integral de basuras y residuos sólidos y se dictan otras disposiciones».

TEMAS DE ACUERDO

Al margen de proyectos tan puntuales como los anteriores, citados a manera de ejemplo, los técnicos del Ministerio de Salud, con base en los foros regionales, elaboran nuevas propuestas que tienen los siguientes temas como prioridad, según lo explicado por Sergio Vélez, quien ha participado en las comisiones de trabajo de los mismos:

- 1. Fortalecimiento de la profesión médica.
- 2. Revisión de las entidades formadoras del recurso humano.

- 3. Revisión de las EPS porque existen fallas estructurales en algunas de ellas como el ISS, Cajanal, etc.
- 4. Flexibilización de costos mediante la variación en las formas de vinculación y contratación del sector salud.
- 5. Estímulo a la eficiencia.
- 6. Fortalecimiento en la calidad de los servicios.
- 7. Revisión de la ley 60 de 1963.
- 8. Fortalecimiento del control social y participación comunitaria.
- 9. Reestructuración del ISS.
- 10. Revisión de procesos de transformación de los subsidios de oferta y demanda.
- 11. Descentralización de las funciones de vigilancia y control.
- 12. Control de costos de la intermediación del sistema.
- 13. Control de la evasión y elusión de aportes.
- 14. Perfeccionamiento de los sistemas de información, afiliación y recaudo.
- 15. Creación del Fogasa -Fondo de Garantías en Salud, que está en el Plan de Desarrollo de este gobierno.

CUMPLIR LO ESCRITO

Sergio Vélez, afirma que las propuestas deben girar en torno al cumplimiento de las normas y que para él hay 3 grandes fallas frente a la Ley 100:

- 1. Desconocimiento de la Ley, de sus deberes y derechos.
- 2. Falta de vigilancia y control. La pregunta es: ¿qué hemos hecho todos y cada uno como particulares y como entidades para el cumplimiento de las normas?. Aquí está un problema central que es de falta de compromiso, de falta de ética, de incongruencia.
- 3. El no cumplimiento de las normas. Muchas de las cosas que se reclaman están escritas pero no se cumplen.

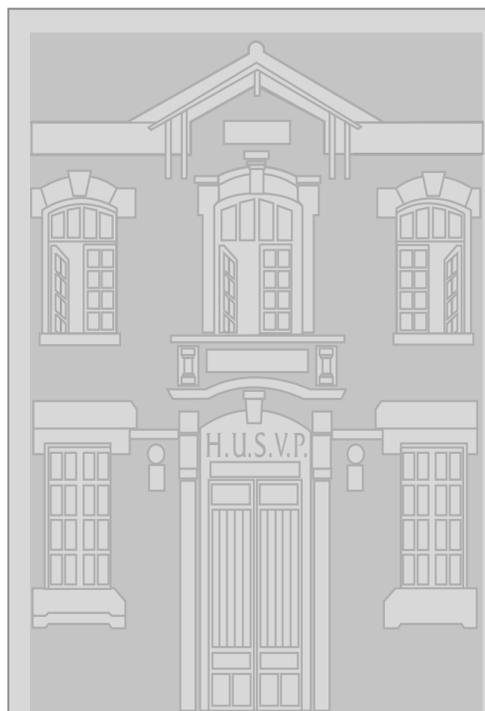
-¿A qué atribuye la polarización entre defensores de la ley y opositores de la misma?

«Esa polarización en parte se debe al desconocimiento de las normas».

-¿Frente a la eliminación de la intermediación que propuesta hay?

«Hay quienes dicen que se le entregue el dinero a los municipios pero se olvidan que el 70 u 80% de ellos son categoría 5 ó 6 y que por lo tanto no tiene la capacidad para hacerse cargo del aseguramiento.

Definitivamente no creo ni en reformas ni en contrarreformas a la ley 100. Creo que los médicos merecen un mejor salario pero no se pueden defender privilegios para unos sobre otros: todos los profesionales de la salud requieren y deben tener condiciones adecuadas para trabajar».



Un día vital

para
El Hospital

Es vital que estemos unidos...
la unión hace la fuerza que se reflejará este
viernes 16 de abril en favor del Hospital,
el nuestro, el de todos...

LOGO
PATROCINADOR

Recuerde, este viernes 16 de abril es vital para todos...

PUEDE HACER SUS DONACIONES EN LA CUENTA No. 1001 149 0579 CONAVI

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL

RAZONES DE LA REFORMA

Motivos de la reforma de los Sistemas de Salud en América, según el Ministerio de Salud de Colombia: Altos y crecientes costos, politización de la salud, deficiente utilización de recursos humanos, técnicos y financieros; bajas coberturas, inequidad de beneficios, insolidaridad del rico con el pobre, calidad deficiente, centralización de los sistemas y globalización de la salud.

EL PULSO

13



Sector privado, participe en el cambio

Este es el paquete de propuestas entregado a la Andi por el grupo de clínicas y otras entidades privadas de Medellín, fundamentado principalmente en tres áreas: Económica, de funcionamiento y, de vigilancia y control.

Area económica

1. Creación de un Fondo de Garantía de Instituciones de la Salud
2. Obtención de créditos blandos en tiempo y tasas de interés que permitan reconversión tecnológica, financiación de proyectos, reestructuración de créditos.
3. Las tarifas de los servicios deben establecerse con base en el nivel de complejidad de las instituciones prestadoras y su establecimiento con base en las variables macroeconómicas y no en decisiones unilaterales de las entidades contratantes.
4. Propender por pagos oportunos a no más de 30 días, recibir facturación periódica, cobrar intereses de mora, suscribir pagarés de garantía e igualmente convenios con cláusulas contractuales unificadas.
5. Suspender la subcontratación en la prestación de los servicios.
6. Reglamentación para el régimen contributivo y el subsidiado.
7. Redefinir las funciones y alcances de las ARP en el sistema de seguridad social. Establecer un régimen tributario especial IVA, aranceles preferenciales para importación de equipos y eliminación de la tributación sobre la base de la renta presuntiva y en general buscar un tratamiento tributario equitativo frente a las entidades sin ánimo de lucro.
8. Limitar la subcontratación a través del sistema de capitación.
9. Buscar mejoras en los sistemas de información integrados, para evitar suplantaciones, elusiones, abuso en la utilización de los servicios.
10. No permitir que las EPS suministren el material médico quirúrgico.
11. Cobrar insumos por criterio de las IPS, sin exceder precio máximo al público.
12. Tutelas: Se están desviando hacia las IPS para lograr la prestación de servicios.
13. EPS únicas responsables de los copagos y cuotas moderadoras.
14. Reaseguros que garanticen el pago a las IPS.

Funcionamiento

1. Relación EPS-IPS
EPS: Deben funcionar como aseguradoras y entidades de promoción y prevención.
IPS: Como prestadoras de servicios.
2. No al direccionamiento del paciente, garantizar la libre escogencia.
3. Las asociaciones científicas debe definir protocolos de atención.
4. Las IPS deben tener representación en el Consejo Nacional de Salud.
5. Complementar el P.O.S en la atención de enfermedades no contempladas en la actualidad como problemas psiquiátricos o psicológicos.
6. Realizar estudios epidemiológicos del país y definir técnicamente el uso y protocolos de tratamiento.
7. Agrupar EPS, ARS, ARP para reducir la cadena de intermediación.
8. Clasificar el POS y niveles según riesgo epidemiológico y estrato social:

P.O.S nivel I: Alto riesgo epidemiológico y bajos ingresos
P.O.S. nivel II: Medio riesgo e ingresos medios.
P.O.S nivel III: Bajo riesgo y mayores ingresos.

Vigilancia y control

1. Fortalecer Supersalud, que tenga cobertura nacional y regionalizada.
2. Acreditación y control de la calidad: Los parámetros deben ser definidos por las asociaciones científicas y constituir una institución certificadora.
3. Actualizar los códigos de ética médica.
4. Hacer cumplir las normas reglamentarias de la Ley 100.

Clínicas privadas se unen a la Andi para enfrentar crisis

Por Patricia Pérez

La crisis que atraviesan las clínicas privadas de Medellín y Bucaramanga las llevó a buscar el respaldo de la Andi, un gremio con posibilidades de influir en las decisiones gubernamentales, dijo a EL PULSO Javier Orozco Mora, gerente de la Clínica Las Américas.

Agregó que no se trata de crear un ente alterno a la Asociación de Clínicas y Hospitales, pues ella maneja otros temas y ofrece posibilidades diferentes a las empresas, sino poder canalizar las inquietudes y problemáticas del sector de la salud, a través de una entidad que tenga mayor peso a nivel estatal.

A mediados de 1998, un grupo de clínicas privadas de estas ciudades se acercó a la Andi, con el fin de presentar la situación que estaban afrontando, en especial el retardo en los pagos por parte del Seguro Social. Para tal efecto, dichas entidades elaboraron un diagnóstico general de la situación y con este panorama el gremio las aglutinó.

«La Andi consideró interesante mirar ese problema en otros sitios del país, desde la óptica de un sector económico que no había estado representado en el gremio y que dada su importancia y su participación dentro del producto interno bruto -5%- era necesario en un momento dado recogerlo. Efectuamos reuniones y acercamientos con clínicas privadas, especialmente en Barranquilla, Cali, Bogotá, Bucaramanga y Medellín a través de las regionales del gremio», afirmó Alberto Echavarría Saldarriaga, Jefe de Asuntos Jurídicos y Sociales de la Andi.

CAMARA DE LA SALUD

La idea de esta alianza estratégica entre clínicas privadas y la Asociación Nacional de Industriales, es aunar esfuerzos para que un sector que está en crisis, encuentre los elementos que le permitan superarla.

En febrero de este año, el ente gremial creó un comité coordinador de la salud para que refine los aspectos propios del sector y genere bases propositivas con miras a una eventual modificación de la Ley 100. «Nosotros hemos concebido este comité no como un desarrollador de las IPS, sino como una tendencia a generar una Cámara de Salud dentro de la Andi, en donde quepan todos los actores del sector, tanto las EPS, las IPS, los proveedores y aquellos otros agentes que participan de la salud dentro del campo privado, y se analicen sus problemáticas. No nos interesa el sector público, ya que la filosofía del gremio es propender por la defensa de la actividad económica de iniciativa privada», puntualizó Echavarría Saldarriaga.

El compromiso de la Andi con este programa es «llegar a las máximas esferas de decisión por el nombre que tiene, por la capacidad de llegada, para que los problemas que vive el sector sean verdaderamente conocidos por quienes toman las decisiones. La Andi tiene capacidad de gestión y eso es lo que está ofreciendo, obviamente nuestra obligación es de medio, hacemos todos los esfuerzos para que se obtenga un resultado, pero no nos comprometemos con el resultado mismo», aclaró el Jefe de Asuntos Jurídicos y Sociales del gremio.

Existen muchas otras actividades que se pueden mejorar con la orientación de la Andi, por intermedio de la Cámara de la Salud que se tiene en proyecto: El aspecto laboral en el cual se mueven los entes de la salud, las reglamentaciones existentes, la promoción de un sector con miras a exportar servicios, en fin aspectos puntuales en los campos que ellos conocen. «La nuestra es una injerencia más macro, frente a un servicio más especializado como el que tiene la Asociación de Clínicas y Hospitales», señaló el representante gremial.

EN MEDELLIN

En Medellín se ha presentado un significativo interés por sacar adelante este programa conjuntamente con la Andi, en especial por parte de las clínicas privadas, laboratorios, asociaciones profesionales y centros de ayudas diagnósticas. «Ellos han visto el trabajo que se está haciendo y están generando una masa crítica. Han proporcionado los elementos que requiere el sector y en particular la Asociación para poder ejercer una labor seria, con documentos bien sustentados que reúnan una cantidad de elementos, de tal manera que cuando nos toque hacer un trabajo frente al gobierno, tengamos un bagaje importante alimentado por esa cantidad de instituciones que han venido participando», informó María Claudia Mejía, gerente encargada de la Andi -Seccional Antioquia-.



UNIRSE EN LA CRISIS

La unión ante la crisis es una de las fórmulas que exploran ahora las clínicas privadas. Foto Jorge Narváez.

Para participar del programa no se requiere afiliación a la Andi, pero según informaron los representantes de la entidad se han presentado, como consecuencia de ese proceso, afiliaciones principalmente en Medellín. El gremio tiende a ir

recogiendo el sector de la salud como afiliado y, a medida que se desarrolla, se asignarán recursos especializados aportados por esos mismos afiliados para profundizar en las problemáticas de la salud.

Gases Industriales de Colombia S.A.
do nitroso,
oxígeno medicinal domiciliario,
mezclas certificadas de gases,
diseño de redes
y equipos para gases medicinales.

ARMENIA	(096)	744	68	58
BARRANCABERMEJA	(097)	622	45	05
BARRANQUILLA	(095)	344	02	96
BUCARAMANGA	(097)	633	89	24
BUENAVENTURA	(092)	242	53	09
CALI	(092)	669	30	39
CARTAGENA	(095)	668	58	59
CUCUTA	(097)	578	16	80
DORADA	(096)	857	18	23
DUITAMA	(098)	760	56	84
IBAGUE	(098)	265	81	60
MANIZALES	(096)	883	31	51
MEDELLIN	(094)	373	69	50
MONTERIA	(094)	782	50	44
NEIVA	(098)	871	03	45
PASTO	(092)	721	19	22
RIONEGRO	(094)	561	32	49
SANTA FE DE BOGOTA	(091)	412	19	77
VILLAVICENCIO	(098)	663	73	69
YOPAL	(098)	635	77	44

OFICINA PRINCIPAL (094) 230 06 00

CRYOGAS

BOC GASES

LA TERNURA

«La ternura socializa el afecto y la solidaridad; reduce el miedo en la colectividad... afirma nuestra condición de ciudadanos desarmados que han cambiado sus sentimientos de impotencia por la fortaleza de saberse no comprometidos con el negocio de la muerte»: Luis Carlos Restrepo, psiquiatra.

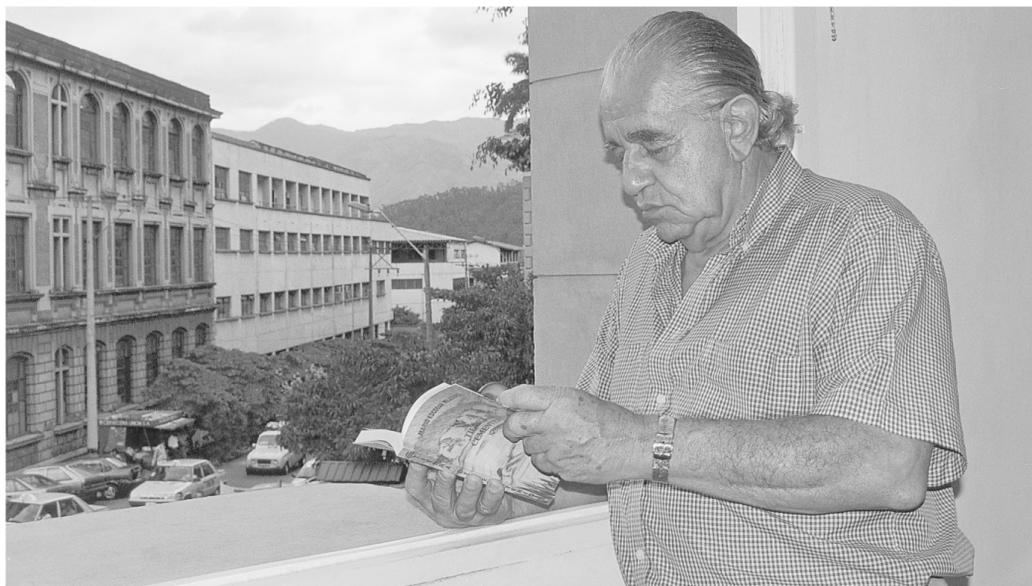
EL PULSO

14



Cultural

Mario Escobar Velásquez: 70 años entre el amor y la soledad



Escritor Mario Escobar V. Foto Jorge Narváez

Por **Andrés Vergara Aguirre**
Maestría de Literatura
Colombiana U. de A.

Desde su escritorio ve algunos árboles a través de la ventana. También escucha el murmullo de una quebrada que pasa cerca a su casa. El constante fluir del agua en la gran pecera que tiene en su estudio produce una música de manantial que da la sensación de frescura y acentúa este ambiente de naturaleza que se respira aquí. Este y el cuarto siguiente están poblados de libros. Estantes, cajas y hasta arrumes en el piso forman la gran cosecha. Estamos en el refugio de Mario Escobar Velásquez, un escritor de quien hoy podemos decir, en síntesis, que su vida es un péndulo que lleva 70 años oscilando entre el amor y la soledad.

Mario nació en Tamesis en 1928. Sus palabras nos muestran que desde muy pequeño encontró la soledad en su vida. A los cuatro años se iba para la escuela, donde enseñaba su padre. Allí y sin que el viejo se propusiera enseñarle, Mario aprendió a leer. Desde entonces comenzó a husmear en la biblioteca del maestro de escuela.

PREGUNTAS DIFÍCILES

Antes había sido inquieto, pero con la lectura vinieron interrogantes más difíciles. En una ocasión le preguntó a su madre, también maestra de escuela, qué significaba eso de que «la virgen concibió a Jesús sin contaminarse, así como pasa la luz a través de un cristal». Ella explicó lo de la luz y el cristal, pero el pequeño insistió con lo de la concepción y se ganó un regaño. Quizá por esas preguntas difíciles y por dedicarse a leer en la edad del juego, surgió el distanciamiento afectivo entre él y sus padres que lo vieron como un muchacho raro:

-Mi mamá era muy extraña conmigo, yo no sé por qué, pero no recuerdo de ella ni una caricia después de los cinco años. Con mis otros hermanos era distinta. Eso me volvió retraído y autosuficiente.

En el tono de sus palabras hay amargura, la misma amargura que expresa Alain Calvo, el protagonista de su novela Canto Rodado, cuando habla de sus padres. El escritor continúa: -Yo creo que una de las principales causas de ese distanciamiento con mis padres fue porque a mí nunca me han gustado los dogmas, y la religión

católica ha sido muy dogmática. Yo sí creo en Dios, pero no creo en Cristo ni en Buda ni en Mahoma, en ninguno de esos dioses. No creo en ningún dios castigador ni masoquista. Soy más bien panteísta, creo que Dios está en todas partes, y sé que existe pero no lo puedo explicar, y el día en que yo lo entienda deja de ser Dios.

TIEMPO PARA BUSCAR SUS PROPIOS CAMINOS

Un día, a sus 17 años, Mario decidió que era tiempo de buscar sus propios caminos y se fugó de casa. Se vino a Medellín. En un cajón zunchado dejó guardados sus diarios juveniles, pero contra la curiosidad de una madre no hay zuncho que valga. Con la lectura de unas páginas que cuestionaban el libre albedrío del que habla el cristianismo fue suficiente para que la mujer quemara todos los escritos de su hijo ausente. Al preguntar por sus manuscritos, la madre regañó: «¿usted cómo va a saber más que los curas?».

Cuando Mario nos cuenta esto, en su manera de decirlo se siente tanta amargura que aunque él no lo diga sabemos que ese acto vandálico nunca pudo perdonárselo a su madre.

Esa fuga que lo trajo a Medellín le enseñó el hambre. Su desolación, en una ciudad desconocida para él, lo llevó a Guayaquil, sitio de encuentro para comerciantes, viajeros y rebuscadores, un lugar donde riqueza y miseria se rozaban en esa época, 1945. Una tarde estaba sentado en un bar, cabizbajo, tenía hambre y nada de dinero. De pronto sintió una mano sobre su hombro; al levantar su cabeza vio a una mujer de rostro poblado por arrugas y pinturas. Ella le preguntó: -¿Qué le pasa, mijo?

El hizo con sus hombros un gesto de «a usted qué le importa». Entonces ella agregó:

-Yo sé qué le pasa- y le dejó un billete de cinco pesos. Cuando él descubrió el billete la buscó pero ella no estaba, nunca volvió a verla.

Quizás con esa mujer nació su novela Cucarachita nadie, que tiene como protagonista a una prostituta. De ella aprendió a ayudar a los demás, cuando puede, incondicionalmente.

Mario se desempeñó en distintos oficios mientras cumplía con sus deberes de padre y esposo. Pero un día, con sus hijos ya crecidos, decidió que era tiempo de iniciar un oficio que había aplazado durante muchos años: el de escribir.

Entonces liquidó sus negocios y se marchó a Urabá. No valieron recri-

naciones ni acogió las palabras de sus amigos que le recomendaron visitar al psiquiatra. Su primera novela, Cuando pasa el alma sola, le significó el Premio Nacional de Novela Vivencias en 1979.

Desde entonces su cosecha ha sido fructífera. Lleva unos 20 años ofreciendo el Taller de escritores en la Universidad de Antioquia, donde sirve como guía a sus discípulos que sueñan con hacerse escritores. El dice: -La idea es ahorrarle tiempo al que tiene vocación, facilitarle el camino. Lo fundamental es inculcarle la disciplina, que es lo más difícil.

Pero hay una advertencia para los discípulos, en el taller pueden aprender la disciplina, la vocación deben llevarla: -Se nace escritor. La técnica, la disciplina y el dominio del idioma se pueden adquirir, pero la vocación es algo que nace con uno, y el que nace escritor se muere escritor.

Mario ha sido un hombre solitario, porque «La soledad no es estar cercano o alejado de otras gentes, sino carecer de afinidades», como dice el narrador de Canto Rodado. Confiesa que a su esposa, tras la fuga del amor, lo mantuvieron unido sus hijos. Pero fueron muchos años de soledad en los que otras mujeres desfilaron por su vida.

Hace unos diez años conoció a Alba Lucía, entonces una espontánea joven de 21 años. Casi cuarenta años de diferencia en sus edades no ocultaron la afinidad que había entre los dos. Después de tres años de romance ella dijo que quería un hijo. ¿Un hijo a estas alturas de la vida? Ni riesgos. Pero ella lo convenció. Hoy el pequeño Mario es un preguntoncito de ocho años que llega hasta el estudio a interrumpir a su padre con interrogantes como ¿Qué es una idea? Entonces el maestro saca a relucir su experiencia de educador.

Así descubrimos a Mario refugiado en esta casa, sentado en su escritorio que es el trono de su paraíso, está arrullado por el sonido de mantantal de la pecera. Aquí tiene lo más importante para él: naturaleza, silencio, libros, la mujer que ama y su pequeño hijo, dos seres que le han devuelto la juventud.

Por eso Mario, al hablar del amor, que considera lo más importante en su vida, dice:

-Fui querido por muchas y quise a muchas, y hablo en pasado porque siento que eso quedó atrás, pues junto a Alba Lucía y a mi pequeño Mario quiero pasar el resto de mis días.

Alberto Aguirre Presencia discreta de un compromiso con su tiempo

Por **Walter A. García C.**,
Facultad de
Comunicaciones
Universidad de Antioquia

Sobre los intelectuales suelen decirse mil cosas; de esta especie se urden las más variadas opiniones y se levantan los más inapelables mitos.

Se les conoce más por el aura que circunda el cráneo que por su obra misma. Si acaso se lee a estas conciencias vigilantes, es sólo por accidente, rutina o diletantismo.

Ello parece ocurrir con Alberto Aguirre: se le ensalza cuando menos se le comprende y se le unge en tanto no agrada las predilecciones del lector de turno. Se disfruta de sus cortos y densos periodos gramaticales siempre y cuando con ellos no se desvirtúe la imagen que se idolatra. Dado esto último, dichos periodos terminan por ser prosa venida del Siglo de Oro. Y es que leer a Aguirre, no es cosa de ir y volver; es intentar ver lo hondo en aquello que parece epidérmico; es percibir el vigor en lo que parece harterero y panfletario. Es, al fin, penetrar el lenguaje en tanto re-creación del mundo.

DEMOLEDOR DE MITOS

Pero si en Aguirre la crítica se subsume como un acto demoledor de mitos y prejuicios, ello no es para nada irreverencia, pues, en él la irreverencia tiene como sustrato la adoración vergonzante. Al respecto, todo cuanto de herético aparece en Fernando González y en sus epígonos, v.g., se corresponde con el espíritu jesuítico que les gobierna el alma. Lo que en Alberto Aguirre es batalla contra la simulación, en otros espíritus es la simulación como arma de batalla. Es esto último, pues, bufonería que se disfraza de intrepidez.

Hecho, concepto y lenguaje se dan cita en Aguirre como piedra angular de un oficio: la noticia rauda e indigerida que se detiene un lunes, la falacia que sucumbe cada semana y la palabra obsesiva que afanosa busca nombrar la vida tal cual es, son en suma un carácter indeclinable que se resiste al tiempo.

Mas no es fácil el empeño: la realidad es una trampa que se insinúa, que escapa y se repite; frente a ella el peligro de obsolecer es inminente, y aunque Aguirre sabe bien que siempre es menester regresar, también se percata de que hay que re-crear el retorno porque,

para él, entregarse al lugar común, equivale a morir con los ojos abiertos.

Y de esa insistente presencia, en la que esas conciencias vigilantes se dan sentido, surgen preguntas hondas por el fin mismo de su obstinación: ¿adónde conduce tal insistencia? ¿Será todo su esfuerzo un mero develar, sin que con ello se conmueva lo más leve? Pues, si la frágil gota de agua lo puede en la dura roca, también la espesa y pertinaz gota de tinta que se derrama en la fugaz página de un periódico, puede oradar el olvido.

Esa es, tal vez, la pugna que libra Alberto Aguirre en un oficio y en una obra cuya única sistematicidad se expresa en esa cíclica y recurrente forma de volver sobre la mentira y la desmemoria, y cuya única razón de ser es el hombre que habita en el rigor de unos tiempos injustos.

Por ello, entonces, intentar una mera descripción de su prosa, proponer una escueta clasificación de sus marcas de estilo o una genérica tipología para su lenguaje, le es en efecto útil a la preceptiva estilística, pero puede conducir a una necedad esquemática y estéril.

De allí que el encuentro con una herencia dispersa como ésta siempre será difícil para las generaciones nuevas y venideras; sin embargo, nunca un Bien se ha dejado asir antes que la mano se rompa en esfuerzos. De hecho, podríamos objetar el que justamente quien se debate contra el olvido sea quien escribe dejando todo a merced de lo más pasajero: un periódico. Pero la obra de Aguirre no reclama para sí gloria ni inmortalidad algunas por cuanto no está concebida para perdurar; ella, sin más, habla y dice de su tiempo y no de otro. Más aún, podríamos poner en cuestión el que sea precisamente una prosa culta y burguesa aquella que se indigne con la miseria y el engaño. Sin embargo, y aunque suele ofrecerse paradójico, sólo la cómoda holgura ha hablado con virtud y sin titubeos del oprobio y la sinrazón a través de los tiempos.

Alberto Aguirre es, pues, relato urbano encarnado; simbiosis madura entre el genuino periodismo y el compromiso intelectual que deambula en un entorno hostil y patético. Igual, es denuedo y empeño por la palabra sin que en ello se solape la mentira de una sociedad que, en su sentir, es hipócrita y blandengue.

DECLARACIÓN DE MEDELLÍN

En la declaración Medellín 1999, fruto del III Congreso de las Américas de Municipios Saludables, realizado entre el 8 y el 12 de marzo último, se estableció entre los propósitos de acción: Fortalecer programas en el ámbito local para la prevención y conservación del ambiente y la toma de conciencia de los peligros de su destrucción, con un claro compromiso por su defensa.

EL PULSO

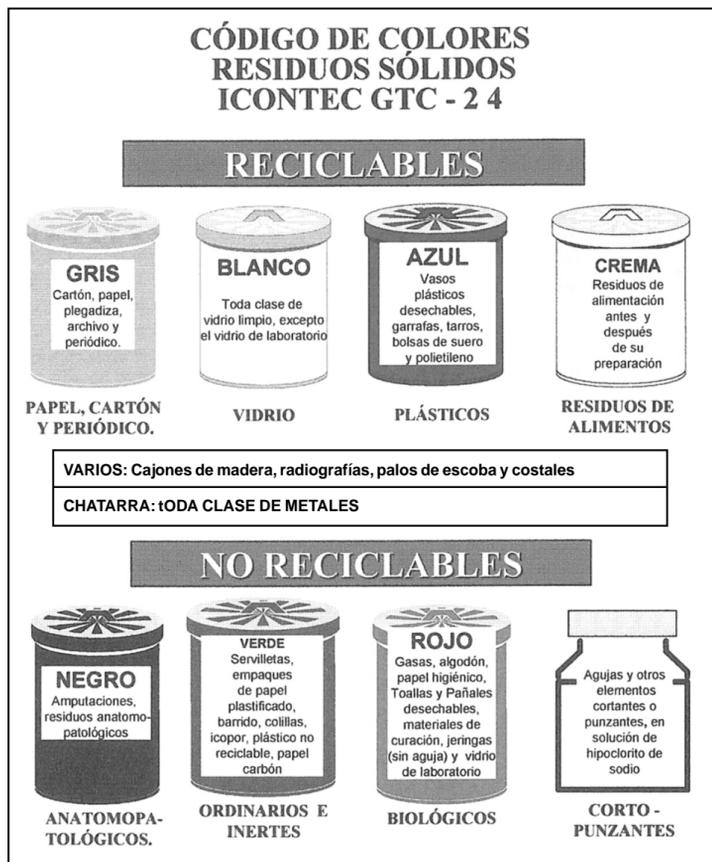
15



COMPROMISO SOCIAL
Los programas ambientales del Hospital Pablo Tobón Uribe muestran un compromiso social importante y una concepción clara del concepto de salud. Foto Jorge Narváez.

Medio Ambiente

Hospital Pablo Tobón Uribe: Con sentido ecológico



En testimonio de su compromiso social y su responsabilidad con la comunidad, el Hospital Pablo Tobón Uribe inició en 1986 varias acciones encaminadas al cuidado del entorno ambiental, entre las cuales se destacan:

• Arboles y Jardines

En 1994, el Jardín Botánico «Joaquín Antonio Uribe» de Medellín identificó y clasificó todos los árboles existentes en el Hospital. Son 671 individuos en un área de 45.379 metros cuadrados. Los más abundantes son el mango, con 59 árboles, da una fruta comestible y es maderable; el catape, retama o cascabel, con 53 árboles, tiene diferentes usos: ornamental, medicinal (glúcidos cardiotónicos) y tóxico, sirve además para el control de plagas, especialmente de moscas.

Existen 166 árboles frutales entre los cuales se destacan tamarindos, guayabos, nísperos, cozozos, naranjos, aguacates, mandarinos, guanábanos, mamoncillos, ciruelos y pomarrosos, entre otros. También hay árboles maderables, industriales, medicinales y ornamentales.

• Comunidad de aves

En un estudio sobre las aves que visitan los cebaderos del Hospital se observaron 21 especies, agrupadas en 10 familias. Se observó una especie migradora, llamada «Piranga rubra» (abejero), la cual proviene de Norteamérica. Se reproduce en Estados Unidos y México, de donde emigra en época de invierno a través de Centro y Suramérica hasta Bolivia.

• Energía Solar

Para calentar el agua con la cual se bañan los pacientes el hospital instaló 341 metros cuadrados de colectores solares que producen diariamente 22.000 litros de agua caliente.

• Control de plagas

Se utilizan métodos físicos y biológicos. Preferencialmente se usan productos que no contaminen. Por ejemplo, en las áreas externas se emplean trampas cónicas para atrapar las moscas que son atraídas por el olor de un cebo pestilente colocado debajo de las trampas. También se utiliza el control biológico de las moscas por medio de las avispas «sphalan-

gias» que son inofensivas para los seres humanos y animales. Las avispas parasitan los huevos de las moscas, dando lugar al nacimiento de otra avispa.

• Manejo de residuos sólidos hospitalarios

Como una contribución al mejoramiento de la calidad de vida de las personas (pacientes, empleados y comunidad en general) el Hospital ha convertido el manejo de los residuos que genera, en una oportunidad para sensibilizar y educar a las personas en el cuidado ambiental. Los residuos se identifican y se clasifican desde el mismo sitio donde se originan para adecuar la disposición final de acuerdo con su naturaleza a través del reciclaje, la incineración, el compostaje, la lombricultura o el relleno sanitario. Estamos seguros que con el esfuerzo de todos a la luz de la cultura de la «no basura», lograremos prolongar la vida útil del relleno sanitario y generar fuentes de empleo y aprovechamientos industriales. Para la adecuada clasificación de los residuos sólidos el Hospital Pablo Tobón Uribe implementó un código de colores para los recipientes que desde el 21 de agosto de 1996 se convirtió en la Guía Técnica Colombiana No. 24 del ICONTEC.

Actualmente el Hospital genera con su actividad un promedio de 18 toneladas mensuales de residuos, de las cuales sólo 6 van al relleno sanitario. Otras 6 corresponden a los residuos reciclables y las 6 restantes se manejan por compostaje y lombricultura generando abono orgánico que se reutiliza en el cuidado de zonas verdes del Hospital.

Una cama hospitalaria genera diariamente en promedio 2,91 kgs. de residuos que se distribuyen así: 1,14 kg ordinarios para el relleno sanitario; 0,93 kgs para reciclar y 0,84 kg para compostaje.

• «Naturaleza limpia con platos vacíos»

Mediante esta campaña, el personal del Hospital logró reducir en 570 kilos durante el año 1998, los residuos alimenticios del almuerzo. Eso significa más de media tonelada de alimentos que el Hospital no tuvo que comprar y menos residuos generados gracias a la colaboración de todos.

“Transferimos tecnología ambiental al sector educativo”

Por Luis Guillermo Saldarriaga C.
Jefe División Administrativa
Hospital Pablo Tobón Uribe

Con el propósito de sensibilizar a la población estudiantil en el tema de la responsabilidad social que todas las personas tenemos del medio ambiente, el Hospital Pablo Tobón Uribe, de Medellín, se propuso transferir la tecnología que ha desarrollado en el manejo de los residuos sólidos a favor de Instituciones educativas, logrando además generar empleo a través del reciclaje y la prolongación de la vida útil del relleno sanitario de Medellín, disminuyendo el volumen de desechos que allí depositan escuelas, colegios y universidades. Para tal fin se reunieron a mediados de 1998 las siguientes personas: Adriana Arango del Colegio San Ignacio; Alba Lucía Jiménez, de la Escuela Alfredo Cock Arango; María del Pilar Arroyave, Nicolás Cammaert, Luis Fernando Molano y Juan Camilo Alvarez, de la Escuela de Ingeniería de Antioquia y Miriam Arias A, Pilar Martínez B., Luz Marina Henao G. y Luis Guillermo Saldarriaga C., del Hospital Pablo Tobón Uribe. Este grupo de personas orientó el trabajo de los estudiantes de la Escuela de Ingeniería de Antioquia, quienes a su vez dirigieron a un equipo de 11 estudiantes del Colegio San Ignacio que, en cumplimiento de su práctica social (alfabetización), llevaron a cabo la sen-

sibilización de la comunidad (alumnos, padres de familia, docentes) y la caracterización y clasificación de los residuos sólidos generados por la escuela de primaria «Alfredo Cock Arango», ubicada en el barrio Córdoba.

Además, se efectuaron contactos con la industria, obteniendo la vinculación de Imusa con unos recipientes especialmente diseñados para este programa.

EFFECTOS EVIDENTES

Las mediciones permitieron establecer que la escuela de primaria (872 alumnos) genera en el año unas 5 toneladas de residuos, de las cuales se enviarán al relleno sanitario solamente 1,5 toneladas/año, 0,5 se aprovecharán en compostaje y las 3 restantes corresponden a residuos reciclables. En otras palabras, la multiplicación de este programa en todos los establecimientos educativos de la ciudad, permitirá reducir en un 70% el volumen de sobrantes que actualmente envían al relleno sanitario de Medellín los colegios y universidades, mejorando la calidad de vida de todos los residentes en el Área Metropolitana.

En el primer semestre de 1999 se está implementando el programa en el Colegio San Ignacio (2000 alumnos) y en el Colegio El Rosal de Castilla. Participan 17 alumnos de San Ignacio y 10 alumnas de la Unidad de Formación de Auxiliares de Enfermería del SENA que estudian en el Hospital.

AVISO FRESENIUS

POR LA SALUD DE LA MUJER

En el Tercer Congreso Colombiano de Menopausia, celebrado en Medellín, quedó clara la urgencia de que los profesionales de la salud se dediquen a prepararse de manera integral para abordar los aspectos de toda índole relacionados con la mujer en el cierre del ciclo de su vida fértil. En este campo hay grandes vacíos frente a la evidencia de una población general que envejece en Colombia y en el mundo.

EL PULSO

16



Enfoque integral de la menopausia, reto para los profesionales de la salud

Nueva terapia fue presentada en el Tercer Congreso Colombiano de Menopausia

Un llamado a los profesionales de la salud para contribuir a la creación de una verdadera cultura de la menopausia, que incluya una mejor comprensión de este proceso biológico y un abordaje integral de la misma, se hizo en el Tercer Congreso Colombiano de Menopausia, realizado en Medellín.

En el certamen se hizo énfasis en que el envejecimiento de la población hará que cada vez más los médicos y enfermeras pasarán mucho más tiempo con la población femenina de mayor edad, y por lo tanto se debe contar con amplios conocimientos sobre la salud en la menopausia, con el fin de establecer programas de prevención y tratamiento.

Se insistió en que existe un verdadero reto en este campo, máxime cuando las evidencias y las investigaciones reportan que hay desconocimiento de parte del sector salud y una actitud inadecuada frente al climaterio.

En la publicación «El plan de salud posmenopáusica» dado a conocer por laboratorios Lilly en dicho congreso, se dice por ejemplo que en los Estados Unidos las encuestas indican que un 40% de las mujeres han cambiado de médico porque se encuentran insatisfechas, el 17% ha sufrido minimización de sus síntomas por parte de su médico y el 30% han acusado a su médico de hablarles con altivez. Además, en la comunidad médica, con excepción de la ginecología y obstetricia, la salud de la mujer no se ha identificado como un área específica de entrenamiento del médico general.

El médico Miguel Bueno, en la publicación Breves en Menopausia No.2, también difundida en el Congreso de Menopausia, afirma que se debe asumir en forma responsable la divulgación clara y objetiva de medidas preventivas frente a los trastornos relacionados con la menopausia, entre las que se incluyen dieta adecuada, ejercicio dirigido, supresión del tabaquismo y alcoholismo, soporte afectivo y terapia hormonal, entre otras.

EL RALOXIFENO

Los doctores Manuel Díaz Curiel, español, Presidente de la Asociación de Medicina Interna y Metabolismo, de España y Alfonso Murillo Uribe, ginecoobstetra y ginecoendocrino, mexicano y Vicepresidente de la Asociación Mexicana para el estudio del climaterio, presentaron una nueva terapia en la menopausia, mediante el uso del Raloxifeno (medicamento aprobado por la FDA desde 1997 para prevención de la osteoporosis y por un total de 36



PREVENCIÓN

Prevenir los problemas de salud de la mujer que termina su ciclo reproductivo debe ser un compromiso de los profesionales de salud y de la comunidad en general. Sobre el tema los doctores Manuel Díaz Curiel y Alfonso Murillo Uribe, de España y México, hablaron en el Tercer Congreso de Menopausia. Foto Jorge Narváez

países) que es un nuevo Modulador Selectivo de Receptores Estrogénicos (SERM), que tiene efecto estrogénico sobre huesos y lípidos, y efecto antagonista de estrógeno en el tejido mamario y en el útero. En rueda de prensa sobre los efectos del producto, en la cual estuvo presente el periódico EL PULSO, los galenos explicaron que los efectos de este compuesto en la prevención de la osteoporosis ya están plenamente demostrados y que se espera en los próximos años tener la suficiente evidencia de sus bondades en la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares y de cáncer de mama y útero en la mujer menopáusica. Un estudio publicado por la American Society of Clinical Oncology, Proceedings of Asco, vol 17, mayo de 1998, mostró que el Raloxifeno redujo notablemente

el riesgo de cáncer de mama y podría disminuir el peligro de cáncer de endometrio durante dos años de uso en mujeres posmenopáusicas con osteoporosis, sin antecedente personal de cáncer de mama o endometrio.

Los doctores Díaz y Murillo señalaron que el Raloxifeno es ideal para la mujer de 55 años en adelante (que no presente bochornos o calores de la menopausia). Entre los efectos adversos mencionaron el que puede aumentar los bochornos o calores descritos en algunas mujeres menopáusicas, también los calambres en las piernas y explicaron que tampoco es indicado en mujeres con antecedentes de trombosis.

Esta terapia no es para nada indicada en mujeres premenopáusicas, porque competiría por el mismo lugar de acción con los estrógenos.

AVISO IATM

SUTURAS QUIRÚRGICAS



CORPASEDA

(Seda Trenzada)

CORPALÓN

(Nylon Monofilamento)

CORPALENE

(Polipropileno Monofilamento)

CARACTERÍSTICAS

- Materiales con aprobación de la F.D.A. de E.E. U.U.
- Esterilómetro incorporado al empaque.
- **Excelentes precios.**

Para mayores informes contáctenos:

MEDELLÍN: Conm: 511 4555 • Fax: 511 6964
E Mail: corpaul@epm.net.co

SANTAFÉ DE BOGOTÁ: Tels: 288 7047 - 340 4092
340 4093 - 340 4094 • Telefax: 285 9735

BARRANQUILLA: Telefax: 59 0431
Beeper: 44 0544 Cod: 41257

