

Opinión:  
La hora cero de la  
depresión

Ver página **4**

Observatorio:  
Reactivación para  
el sector salud

Ver página **6**

Defectos congénitos,  
investigación y  
desarrollo

Ver página **8**

Cuando  
el hospital dulcifica  
la muerte

Ver página **13**

Periódico  
para el sector  
de la salud

# EL PULSO

Medellín, Colombia • - Nº 8 • - Mayo - 1999 • Valor: \$1.000

## Educación en salud, debate urgente

Por Ana Ochoa

**E**n los últimos seis años se ha duplicado el número de facultades de medicina en Colombia. Según datos de ASCOFAME -Asociación Colombiana de Facultades de Medicina de 21 existentes en el año de 1.992, se ha pasado a 42 en la actualidad. Con ello aumentan, no sólo el número de egresados, sino las inquietudes frente a un panorama profesional que para muchos es crítico. Se anticipa que, de seguir este ritmo, se llegaría a extremos peligrosos de desempleo y subempleo. Igual preocupación existe frente a las demás áreas de la salud.

Para otros sectores de opinión, el problema no es el exceso de profesionales, sino su formación desconectada de las verdaderas necesidades del medio y, sobre todo, su concentración en los diferentes centros urbanos. Con relación a éstos y otros aspectos polémicos, EL PULSO entrevistó a rectores y decanos de diferentes centros educativos, muchos de los cuales ofrecen ahora nuevas facultades de salud.

PÁGINAS 2 y 3



**INSTITUCIONES FORMADORAS VS. PROFESIONALES FORMADOS**

La formación de los profesionales de la salud en Colombia cada vez es más preocupante. El desempleo médico puede exceder el 35% y el subempleo el 65%. Y ni qué decir de la situación de la enfermería, odontología, bacteriología y demás áreas de la salud. Foto Jorge Narváez

### ¿En qué va proyecto de reforma a la ley 100?

Antes del mes de junio las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara y el Ministerio de Salud, presentarán el proyecto de reforma a la Ley 100.

Hasta ahora se han reunido 320 propuestas presentadas en varios foros realizados en Bogotá, Medellín, Cali, Bucaramanga, Cartagena, Pereira, Ibagué y Villavicencio. Son tres tomos y más de 1.200 páginas que recogen diversas iniciativas de ajuste al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia.

PAGINA 5

### El Crae arrancó en reversa

Por Patricia Pérez  
Velásquez

El Crae -Centro Regulador de Atenciones Electivas-, a sólo cinco meses de haber empezado a funcionar, se debate entre una serie de críticas por parte de médicos, pacientes y personal de la salud.

Hasta la fecha, a través de este Centro, se han atendido 70 mil solicitudes, de las cuales han sido aceptadas 63 mil y rechazadas 7 mil. Dicho ente regulador fue creado por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia para evaluar la pertinencia de la remisión de pacientes, verificar los derechos del usuario y asignarle una cita en la institución más adecuada, teniendo en cuenta cercanía al lugar de residencia, grado de complejidad, disponibilidad, entre otros aspectos.

PAGINA 5

### “El hogar que soñé es mi locura”

**G**loria Jaramillo Posada es promotora social de la Clínica León XIII desde hace 17 años. Allí, por su trabajo y contacto directo con pacientes terminales, en su mayoría ancianos, la vida le enseñó a querer a quienes hace siete años se convirtieron en su mayor satisfacción y la llevaron a fundar el albergue «El hogar que soñé».

A través de los 26 ancianos, Gloria trae su presente y su futuro. Su vida está dibujada con las tristezas y alegrías que ellos puedan experimentar.

PAGINA 9

**ALBERGUE «EL HOGAR QUE SOÑÉ»**  
A este lugar llegan, en su mayoría, personas de edad, pensionados, beneficiarios o afiliados al Seguro Social, que dejan abandonados en la clínica o viven en condiciones precarias. Foto Jorge Narváez



### LEA EN ESTA EDICIÓN

35 años de la Facultad  
de Salud Pública de la Universidad  
de Antioquia

PÁGINA **15**

Medio Ambiente: EE. PP de Medellín,  
propone reconciliación con la naturaleza

PÁGINA **11**

Lista resolución 2546

PÁGINA **15**

Cultural: Aventuras de un alemán  
desprevenido en Colombia

PÁGINA **12**

Editorial: Educar promete y compromete

La formación del recurso humano no debe hacerse con criterios de suficiente capacitación técnica o científica solamente. Adicional a esto, es preciso formar hombres, no sólo para que se ganen la vida dignamente con los conocimientos de una profesión u oficio, sino también para que se eleven las condiciones culturales y los valores y a la vez amplíen el panorama de la sociedad entera. La educación, en este sentido, siempre es una promesa.

PÁGINA **4**

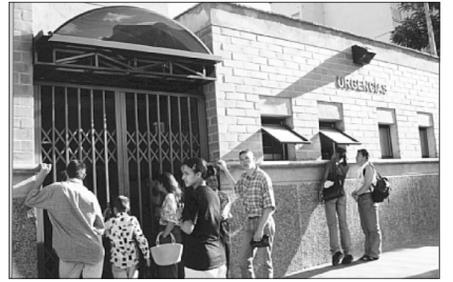
## URGENCIAS EN SAN JAVIER

Metrosalud inauguró el servicio de urgencias de la Unidad Hospitalaria de San Javier. Allí se hizo una inversión de 395 millones de pesos, representados en obras civiles y dotación de equipos, para un área construida de 350 metros cuadrados.

Esta unidad prestará atención en salud en el segundo nivel, a una población estimada de 88 mil habitantes que comprenden los barrios de la Quebra, la Loma, Villa Laura, Santa Rosa de Lima, El Estadio y puesto de salud El Pesebre.

# EL PULSO

## 2



## Debate

# Educación en salud, debate urgente

Exceso o defecto de profesionales de la salud, controvertida aparición de nuevas facultades, desempleo y subempleo, calidad en la formación. Estos y otros temas cuya importancia exige ir más allá de la polémica y reflexionar en el muy riesgoso terreno de la responsabilidad.



### FORMACIÓN DE PROFESIONALES

«No es dejar de formar médicos, pues la educación es un derecho. Se trata de formar médicos diferentes, personas críticas, reflexivas, cuya orientación esté articulada con las verdaderas necesidades del medio. Foto Jorge Narváez»

Por Ana Ochoa

Las cifras corrompen la ilusión. Son muchos los egresados a quienes la difícil realidad cogió con los sueños intactos. «El desempleo médico puede exceder actualmente el 35% y el subempleo el 65%», afirmaba desde la Academia Nacional de Medicina el doctor Gilberto Rueda Pérez. Agregaba además que, según datos oficiales, «el 30% de la población médica desempleada lleva un promedio de cinco años buscando empleo; de ellos el 50% está dispuesto a aceptar cualquier posibilidad de trabajo que le sea ofrecida, aun fuera de la profesión, como es el caso de los administradores de almacén, de los taxistas y de muchos otros empleos parciales o de tiempo completo desempeñados por profesionales de la salud que no tienen campo de acción dentro de su disciplina tan difícilmente aprendida.»

Y se concluye, en foro de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME, que de no detenerse, o regularse la proliferación de facultades de medicina y odontología, podrán existir en el futuro cerca de 16 mil médicos desempleados. Algo similar ocurriría con los odontólogos, y ni qué decir de la situación de la enfermería, la bacteriología, la nutrición y demás áreas de altísima precariedad.

### ASPECTO LEGAL

Desde el punto de vista legal se argumenta que, de acuerdo con la ley 30 de 1992, hay libertad de enseñanza y aprendizaje. Pero se controvierte el hecho de que, si bien lo legal cuenta, hay que tener presente la responsabilidad social. Se requiere una mayor conexión entre las verdaderas necesidades del medio y la labor educativa. Aunque, como lo corroboran las estadísticas de las diferentes universidades, disciplinas como medicina -tradicionalmente privilegiadas por el imaginario colectivo- tienen la mayor demanda por parte de los bachilleres, no hay que abandonar la situación al simple juego de la oferta y la demanda. El asunto es de compromiso. Unos 1.950 médicos se gradúan cada año en Colombia. Y el número de facultades de medicina pasó de 21 en el año de 1.992 a 42 en la actualidad.

### VISION DIFERENTE

De otro lado hay quienes plantean que el problema es la concentración de los profesionales en las grandes ciudades, como lo expresa el decano de la nueva Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín, de Medellín, doctor Luis Javier Giraldo. Existen cálculos de que un 70% de los médicos está concentrado en las siete principales capitales del país. Y que a raíz de la Ley 100 de 1.993, hay que hacer efectivo el propósito de ampliar la cobertura. Se enfatiza además en

que la necesidad no es dejar de formar médicos, pues la educación es un derecho, sino formar médicos diferentes, personas críticas, reflexivas y creativas, cuya orientación esté articulada con las verdaderas necesidades de la comunidad.

### OPINIONES

La discusión, asunto de cantidad y también de calidad. Y ahí se reclama la autoevaluación de las universidades y la del Estado, que no puede abandonar su papel de orientador y regulador de los diferentes programas. Dice el doctor Fernando Sánchez, en foro nacional convocado por las facultades de medicina que «en 1.959 existían seis facultades de medicina, cinco de ellas públicas. Veinte años después se contaban 19. Después 41, 13 a cargo del Estado. Adviértase que mientras se abrían siete nuevas facultades oficiales, el sector privado daba al servicio 27. Ante esa realidad, surge la inquietud de si esa explosión está plenamente justificada, es decir, si es la respuesta a un fenómeno derivado de necesidades sociales en el campo de la salud o si, por el contrario, es producto de otro tipo de motivaciones.»

Para debatir este y otros aspectos de la problemática, EL PULSO recoge las opiniones de rectores y decanos de algunas instituciones, muchas de las cuales, apenas surgiendo, ya concentran la mayor expectativa.

### «Tendremos Facultad de Medicina para el año entrante»

Universidad Cooperativa de Colombia

César Pérez García, Rector, Omar Vargas, Director Ciencias de la Salud; Virgilio Vargas Pino, Director Postgrados

César Pérez García afirma que «la carrera de medicina de la U.C.C se desarrolla exitosamente desde 1.996 en las seccionales de Santa Marta, Villavicencio y Pasto, con un poco más de mil estudiantes que ya cursan el séptimo semestre. Seguirá Medellín. Cada semestre ingresan a odontología entre 80 y 100 estudiantes nuevos. La primera promoción de odontólogos -45- se graduará en diciembre del año entrante. Cada año se admiten 200 estudiantes nuevos para el programa de auxiliares de enfermería y en septiembre del presente año egresarán 90 personas. En diciembre de este año se graduará la primera promoción de psicólogos, 26 en total.»

¿Cuál es su comentario frente a la discusión de que la educación se mira ahora, no tanto como un derecho, sino como un jugoso negocio?

C.P.G: En Colombia la universidad privada tiene que autofinanciarse y constituir un capital que se convierte en patrimonio social, dados los servicios que se prestan a la comunidad. Conviene informar que la U.C.C, por su origen y por su organización, es una institución que pertenece al sector de la economía solidaria. El monto de la matrícula oscila entre un millón y un millón novecientos mil pesos. Los estudiantes tienen las siguientes opciones de pago: Préstamo del ICETEX, préstamo de la Cooperativa Multiactiva Universitaria Nacional (COMUNA) y tarjetas de crédito. La Universidad tiene establecidos descuentos hasta del 30% para empleados y para algunos estudiantes.

¿Qué perfil de profesionales está formando la U.C.C?

C.P.G: «Sin pretender refinar con la formación del médico dentro del concepto de medicina curativa, la U.C.C, acogidos a la normatividad contenida en la Ley 100, está formando un profesional con amplios conocimientos en la medicina preventiva, tanto en relación con el individuo, como con la familia y las comunidades. Y además con sólidos conocimientos en la administración de los recursos de salud.»

Virgilio Vargas Pino, director de postgrados U.C.C. Muchos opinan que hay proliferación de profesionales de la salud.

¿Qué comentario tiene usted sobre el tema?

«El hecho de que diferentes universidades se dediquen a formar más médicos, más abogados, tiene cosas muy benéficas, como la competencia. Se impone la calidad. En otro sentido de la discusión, la medicina, en ninguno de sus aspectos, es hoy en día un negocio.»

¿Qué postgrados ofrece en salud la U.C.C?

«Especialización en Gerencia en Servicios de Salud, Gerencia en Seguridad Social y Proyectos en Salud, Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud, Epidemiología y, están en preparación, Administración de Programas Materno-infantiles, Medicina Laboral y Economía de la Salud.»

## “La educación en salud no es un negocio, ni siquiera es rentable”

César Augusto Fernández, Rector Universidad de Medellín.

La Universidad de Medellín realizó un estudio de prefactibilidad para la creación de una escuela de ciencias de la salud, que incluye todas las áreas del conocimiento. El estudio recomienda inicialmente una facultad de medicina. Pero, por ahora, el asunto está congelado. «Creemos que en este momento es un proyecto no viable, por muchas razones. Entre otras cosas, por la infraestructura que requeriría. No quisiéramos, por ejemplo, recurrir a centros de práctica ajenos a la Universidad. La formación de los estudiantes no puede depender de que un convenio interinstitucional funcione o no. La inversión sería altísima. Además, a raíz de los cambios inducidos por la

Ley 100, se ha desestimulado a las personas que, en determinado momento, pensaron formarse en el campo de la salud. Sabemos que hay un exceso de profesionales que no están haciendo nada. Por lo menos en los centros urbanos. Incluso, el perfil del médico que el proyecto que recomienda el estudio es totalmente diferente al tradicional, es un médico preparado para actuar por fuera de los centros urbanos, un profesional más familiar, de pequeños núcleos, con un carácter más social. Estamos analizando cuidadosamente todo.»

«No es cierto que se esté pensando en la salud como oportunidad de hacer negocio. Para la universidad pública formar un estudiante al año vale 15 millones de pesos, a la universidad privada formar un estudiante le cuesta al año entre tres y cuatro millones de pesos, es una suma considerable. Ninguna universidad pue-

de pretender calidad con docentes mal remunerados, o sin infraestructura adecuada. Hay muchas universidades en nuestro medio que pueden dar la imagen de que la educación es un negocio, pero yo he conocido la intimidad de muchas facultades serias y no hay tal situación. No podrían funcionar con matrículas más económicas porque la financiación es por cuenta de derechos de matrícula, no se recibe nada del Estado. Nosotros tenemos para los estudiantes una línea de crédito muy importante. Unos 600 estudiantes se beneficiaron del crédito educativo (tasa del 1% mensual). Pero, en fin, sí reconocemos que muchas universidades han creado irresponsablemente facultades de salud. Por eso vamos despacio y, por ahora, no nos vamos a embarcar en semejante proyecto. Fortaleceremos más bien los demás programas que tenemos.»

## CUPOS PARA TRABAJADORES TEMPORALES

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud expidió otra importante decisión y tiene que ver con la posibilidad de que aquellas personas beneficiarias de subsidios de salud, que luego obtienen un empleo mediante el cual su empleador los afilia al régimen contributivo, pero que por cualquier circunstancia vuelven a quedar cesantes, tendrán la opción de regresar al régimen subsidiado, siempre y cuando el período de cambio no supere los seis meses.

# EL PULSO

3

Es decir que, a estas personas del régimen subsidiado se les reservará un cupo por seis meses, para que puedan regresar a recibir subsidio en salud en caso de que queden nuevamente sin empleo. Antes esas personas debían someterse al período de identificación como beneficiarias de subsidios y esperar la asignación del mismo, ahora tendrán la opción de regresar más ágilmente.

## Debate



### ¿CANTIDAD O CALIDAD?

Se reclama la autoevaluación de las universidades y del Estado, que no puede abandonar su papel de orientador y regulador de los diferentes programas.

Foto Jorge Narváez

Universidad de Antioquia

## “Planificación del recurso humano en salud”

**Jaime Restrepo Cuartas, rector**  
(Tomado de ponencia Congreso de Las Américas)

«Para la universidad, como formadora del recurso humano en salud, es muy importante conocer a fondo la actual situación del país, máxime cuando se viene aplicando la Ley 100 de 1993. Las facultades del área de la salud siguen enseñando con métodos tradicionales, bastante rígidos, y que no han tenido en cuenta los profundos cambios que se vienen sucediendo. Es decir, no existe todavía una adecuada pertinencia que nos empalme con el sistema... La formación de recursos humanos ha tenido pocas variaciones en los últimos años y cuando éstas se han presentado son tan sólo de forma, sin que exista alguna modificación especial que tenga en cuenta los cambios establecidos en la seguridad social vigente...»

Los vacíos detectados en este tipo de aprendizaje, a más de la ausencia de pertinencia con el actual modelo, tienen que ver fundamentalmente con la enseñanza por compartimientos o estancos, que impiden una buena formación integral y no favorecen el trabajo en grupo y la interdisciplinariedad, elementos claves hoy en día en el manejo de los problemas de salud.

Por eso, se ha determinado la conveniencia de un nuevo modelo pedagógico que sea flexible, para dar oportunidad

al desarrollo de las diferentes áreas del conocimiento; que se vincule a un sistema de aprendizaje basado en problemas, con lo que se facilitará la relación del estudiante con la práctica profesional y con los problemas concretos de salud y que lo acercarán a la actual prestación de servicios de salud. Del mismo modo, que incorpore la investigación como un elemento sustancial en la docencia y que desarrolle la conformación de grupos académicos en los cuales se desencadene un sistema de enseñanza y aprendizaje basado en la complementariedad que da el trabajo interdisciplinar... Si se logran estas modificaciones tendremos un profesional más pertinente y de mayor calidad y una diversidad amplia de profesionales en todos los campos del conocimiento. Para lograrlo es necesario además, que las universidades sometan sus programas a sistemas de autoevaluación, evaluación por pares externos, ojalá con un componente internacional, y a la acreditación correspondiente, como se viene proponiendo en la Comisión Nacional de Acreditación, y que casi todas las universidades hemos acogido como propósito. Del mismo modo, se requiere un compromiso de capacitación permanente a lo largo de la vida y un mecanismo que permita conocer si el personal de la salud posee la actualización necesaria y la calidad que demanda la atención a la comunidad, dentro de un sistema que cambia en forma constante».

Universidad de La Sabana, Bogotá  
«Profesionales generales para el sector»

Alvaro Mendoza Ramírez, rector

Por Felipe Camacho, corresponsal de EL PULSO en Santafé de Bogotá

«Me parece que la educación de los profesionales de la salud no puede ser ajena a las necesidades humanas del sector sino que tiene que ser plenamente consecuente con el inventario y proyección de las mismas. Nosotros tenemos tres facultades en las que hemos querido diseñar un currículum que responda a las expectativas actuales. Deseamos formar un médico general de carácter familiar, capaz de atender los problemas de salud que se presenten en cualquier miembro de la familia. Se trata de lograr una atención básica general en todos los casos, porque últimamente hemos notado que ésta ha venido desapareciendo del panorama profesional. El egresado debe tener una base humanística, porque al lado de unos conocimientos, de una ciencia, queremos que exista una base humana sumamente sólida. Que nuestras facultades no sean formadoras de técnicos, sino de personas integrales.»

El fundamento básico de las universidades es la formación de los alumnos, por esa razón la ley de educación establece que las entidades de enseñanza deben ser sin ánimo de lucro, con el fin de que no tengan ambición comercial, esto no quiere decir sin ánimo de ingresos. Pero nuestra visión no puede ser la comercial».

## “Se necesitan médicos diferentes”

Fundación Universitaria San Martín, Medellín.  
Antonio Yepes Parra, rector; Luis Javier Giraldo, Decano Facultad de Medicina

«Una nueva facultad de medicina para hacer lo mismo no es necesaria. Lo es, si se modifica el modelo, si ella forma un médico más coherente con la realidad del país», dice el decano de la nueva Facultad de Medicina, doctor Luis Javier Giraldo. La Fundación Universitaria, orientada por su rector Antonio Yepes Parra, deja clara su posición frente a lo que muchos consideran exceso de profesionales de la salud: «Posiblemente una interpretación fría de las estadísticas de recurso humano disponibles en el país, en el campo de la medicina, establecería una recomendación negativa para la ampliación de nuevas ofertas de formación, sin embargo puede contraargumentarse preguntando si esta oferta, tanto en número de instituciones como de profesionales formados, ha facilitado el logro de metas propuestas en el sector salud. ¿Ha implicado esta oferta mejorar el acceso, la atención, facilitar el uso racional de los recursos existentes? ¿Si están estos recursos tan disponibles y accesibles según las necesidades del sector, cerca de donde vive la gente? ¿Están sus habilidades, destrezas, conocimientos y actitudes orientadas a las actividades de promoción, prevención, rehabilitación o educación en salud como ahora se pretende?»

Hay grandes cuestionamientos en el modelo de atención, el desequilibrio geográfico, la incoherencia existente entre la formación que tiene el profesional y las acciones que debe desarrollar en su desempeño o, por qué no, su liderazgo hoy tan cuestionado en el equipo de salud o ante la comunidad misma».

«Tenemos una institución que amplía la oferta educativa pero responde al nuevo contexto del país, aportando la transformación y respondiendo a las expectativas de la sociedad, partiendo de la planeación participativa y el análisis del medio interno y externo del futuro profesional.»

## Según el ICFES Ley 1478 de 1994 rige aprobación de nuevos centros de educación superior

Por Juan Felipe Camacho Arcila, corresponsal de EL PULSO en Santafé de Bogotá

Las exigencias requeridas para la aprobación de nuevos centros de educación superior, que deseen entrar al mercado educativo nacional, están contempladas en la Ley 1478 de 1994. Así lo manifestó el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior -ICFES-

Según esta entidad, existe una normatividad que regula todas las instituciones de las nueve áreas del conocimiento reconocidas por el ICFES. En tal sentido, la solicitud para la creación de un nuevo centro educativo es estudiada en conjunto con un grupo de rectores de diferentes universidades y el Consejo Nacional de Educación Superior, para luego dar su beneplácito y ser presentada ante el Ministro de Educación, quien da la aprobación final.

Para dar el consentimiento a una nueva institución se debe presentar un estudio de factibilidad que justifique su presencia desde el punto de vista socio-económico y cultural.

Dentro de la justificación de la propuesta se encuentra el contexto geográfico y caracterización socio-económica; mercado de trabajo; oferta educativa; coherencia entre el proyecto educativo, las necesidades regionales y nacionales, el mercado de trabajo y la oferta educativa, entre otros.

Según Humberto Núñez, funcionario del ICFES, para el nacimiento de un centro de educación superior no se hace un examen en profundidad total de los contenidos de asignaturas, como sí al momento de registro, que es un paso posterior a la obtención de la personería jurídica.

En cuanto a la vigilancia y control, si es una institución de educación no formal, ellos no intervienen, pero si por el contrario es formal, la entidad tiene la obligación de vigilarlos. De tal forma, que cuando hay quejas o reclamos de di-

chos centros se procede a nombrar una comisión que rinde un informe y si es el caso, se toman las medidas pertinentes, aseguró el funcionario.

«Si existen circunstancias muy graves en contra de un centro, las subdirecciones Jurídica y de Técnica y Fomento del ICFES, entran a evaluar qué tipo de sanciones contempladas por la ley se deben imponer. Estas pueden ir desde una simple amonestación hasta la cancelación de la personería jurídica o la suspensión de la entrada de estudiantes», expresó.

### APROBACION DE PROGRAMAS

El ICFES, desde 1993 ha trabajado con comunidades académicas para formular pautas para las carreras de medicina, odontología, enfermería, nutrición y dietética, bacteriología, optometría, terapia ocupacional y fonoaudiología. Actualmente, el ente fiscalizador trabaja en el establecimiento de nuevas normas para medicina odontológica, optometría e instrumentación, manifestó.

Un piedra en el zapato para muchas personas del sector salud, es la proliferación de centros para la capacitación de personal que no cuentan con los requisitos mínimos técnicos y que están haciendo daño al mercado laboral. En tal sentido, según el instituto, existen dos niveles de formación, uno la capacitación no formal y otro el profesional.

Para el organismo, un ejemplo de ello es el caso de la enfermería, en donde en la educación no formal se habilita a una persona para desempeñar una función, en tanto que en la profesional el estudiante adquiere unos conocimientos más avanzados que le permiten cubrir un campo global.

«La educación no formal la maneja la Secretaría de Educación con el apoyo técnico de la Secretaría de Salud. Nosotros sólo manejamos educación superior. En tal sentido, tratamos de garantizar que sean programas de calidad que cumplan con la parte académica propuesta y la normatividad vigente», concluyó la Subdirectora Técnica y de Fomento Patricia Asmar.

## Universidad del Rosario, Bogotá

ay sobrepoblación de facultades»  
Guillermo Salah Zuleta, rector

«Existe una sobrepoblación de facultades y programas de salud, que hace crítica la situación respecto a la comercialización de unas carreras que tienen un sentido social. Esto se está convirtiendo en una competencia sobre quién ofrece el programa más económico en cuanto a matrícula, etc, pero se les olvida la calidad académica.»

Este problema de la comercialización no sólo a nivel institucional sino profesional, es un tema gravísimo y por eso cuando se expidió la Ley 100, yo le vi la gran fortaleza de que las carreras del sector dejaran de ser negocio, en relación con tarifas de consultas... y siguieran adelante con su papel social.

En el caso de la Universidad del Rosario le hacemos y le seguiremos haciendo mucho énfasis a los estudiantes en que técnica no significa deshumanización.

Hacemos énfasis en el componente social. En esta universidad ningún estudiante puede graduarse así tenga toda la etapa académica agotada, hasta haber acreditado previamente un semestre de práctica social. Con mayor razón en el caso del médico. En la enseñanza de la medicina desde cuarto semestre el estudiante tiene un contacto permanente con el paciente. Porque la profesión significa contacto con el que padece, con el que sufre y en eso hemos sido muy enfáticos».

# EL PULSO

4

Dirección para envío de correspondencia

Hospital Universitario San Vicente de Paúl

Medellín, Colombia, calle 64 con carrera 51D

e-mail : el pulso@elhospital.org.co

Departamento de Comunicaciones

teléfonos 263 7810 y 263 43 96, Fax:263 44 75

Dirección Comercial

Diana Cecilia Arbeláez G. Tel:263 43 96

Fax: 263 44 75, Medellín.

Diseño y diagramación: Byron R. González M.

Impresión: La Patria, Manizales

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

## Editorial

# Educar promete y compromete

Por Julio Ernesto Toro Restrepo, md.

Para la salud, la calidad de vida y el desarrollo son dos elementos que le inciden directa y positivamente. Aunque puede darse calidad de vida sin mayor desarrollo, se espera que éste proporcione a las personas mejorar, menos oportunidades de enfermar y morir y pleno disfrute de la vida. Alcanzar el desarrollo sin educación y formación es imposible. Por tanto, sin aquel, tampoco se logran obtener sus beneficios y su impacto positivo en la salud. Es necesario el desarrollo y para él es necesaria la educación. Pero una educación sería, honesta, juiciosa, comprometida con los intereses de toda la sociedad; que verdaderamente les garantice al estudiante y a la comunidad que al final del proceso se contará con una persona llena de atributos y que le servirá, porque tiene la vocación, a todos sus conciudadanos.

La formación del recurso humano no debe hacerse con criterios de suficiente capacitación técnica o científica solamente. Adicional a esto, es preciso formar hombres, no sólo para que se ganen la vida dignamente con los conocimientos de una profesión u oficio, sino también para que se eleven las condiciones culturales y los valores y a la vez amplíen el panorama de la sociedad entera. La educación, en este sentido, siempre es una promesa. Apuntada en un deseo de una mejor sociedad y partiendo de un sueño que es investigar, no sólo para saber más, sino para dejar atrás paradigmas y prejuicios, la educación y la formación prometen siempre hacer hombres nuevos, correctos, capaces de analizar y tomar la decisión más nítida, la de menos incorrecciones y desvíos y la de

más y mejor impacto benéfico. También en este orden, el estudiante siempre es una promesa. No es ni siquiera dudoso que nuestro futuro esté en sus mentes, y ellas a su vez están en las de quienes las orientan. La formación debe «trascender las consideraciones meramente económicas y asumir dimensiones de moralidad y espiritualidad más arraigadas», como lo señaló perfectamente la Conferencia Mundial sobre Educación Superior, reunida en París a principios del mes de octubre pasado, en su Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI: Visión y acción. Sin educación de gran calidad, que consulte y responda a las verdaderas necesidades de los pueblos, que incluya valores y principios, y que genere sentimientos de solidaridad, fraternidad, respeto, no habrá desarrollo, ni paz ni democracia. El compromiso y la tarea de los hospitales que reciben en sus pabellones, en sus salas, en sus laboratorios y en sus quirófanos a estudiantes, va, por supuesto, más allá de disponerlo todo para que ellos con su vivencia, solos, saquen sus propias conclusiones sobre el hombre y lo que en él incide. Es necesario ofrecerles y hacerles reconocer la condición humana, su dolor y su grandeza y en ambas, la importancia de la verdad, de la solidaridad y del respeto; en lo social, poder ver las oportunidades que existen y las que hay que crear para todos; y en salud, lograr la serenidad para cotejar la realidad, ante un sistema de seguridad social que lo ha prometido todo. Es indispensable ponerles de presente lo real y a la vez hacerlos soñar y soñar con ellos, con unas posibilidades de vida en una tierra, tal como la que nos hemos propuesto construir juntos: «En el año 2020 Antioquia será la mejor esquina de América, justa, pacífica, educada, pujante y en armonía con la naturaleza.»

## Cartas a la Dirección



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.

Medellín, 26 de marzo de 1.999

Desde su inicio recibimos el excelente periódico El Pulso, por medio del cual se presenta la más clara y objetiva visión en los diferentes ámbitos de la Seguridad Social, en sus principios de universalidad, integralidad y participación.

Agradecemos tan valioso aporte.

Cordial saludo,

**HUMBERTO JAIRO JARAMILLO V.  
SERGIO RESTREPO F.  
MARCO ANTONIO GAVIRIA B.  
GLORIA ELENA RESTREPO G.  
PEDRO LUIS FRANCO A.**

Santafé de Bogotá, 30 de marzo de 1.999

Tuve oportunidad de leer, en el excelente periódico que usted dirige, el artículo ¡Más desconocimiento!, escrito por Juan Manuel Sierra, m.d. Es increíble lo que plantea. Cómo es posible que quien debe hacer la vigilancia de procedimientos y acciones, la definición de tarifas para contratar y el establecimiento de los requisitos para ello, pero sobre todo quien debe dar ejemplo en lo ético, sea quien esté cometiendo el abuso que se ventila en el artículo y que sabemos que es cierto, apoyado en el poder de la contratación. Tome cartas Señor Director de Salud en Antioquia. No se puede, aduciendo lo legal, atropellar lo ético. Como autoridad le corresponde vigilar que sus funcionarios no abusen con imposiciones y también cumplir, respetar y hacer respetar. Por lo demás, me parece valiente y claro el articulista.

Atentamente,  
**ANIBAL JIMENEZ JIMENEZ**

Santafé de Bogotá, 16 de abril de 1.999

Recibí un ejemplar de su periódico El Pulso, me parece buenísimo, me parece plural y me parece creativo.

Lo felicito y que siga adelante.

Saludos,

**JUAN LUIS LONDOÑO DE LA CUESTA**  
Presidente Revista Dinero

Medellín, marzo 30 de 1.999

Resulta invaluable contar con un elemento tan crítico, veraz y objetivo como El Pulso para aquellas personas que, como yo, se están iniciando en la formación médica. El Pulso se ha constituido en un medio muy eficaz de información, donde todos los lectores pueden conocer, en cada publicación, la realidad del actual sistema de salud; reconociendo sus muchas bondades, así como los aspectos en los cuales hace falta mejorar para ofrecer servicios de óptima calidad.

Así mismo, estoy seguro que El Pulso, se consolidará como el organismo representativo de la opinión y pensamiento de los médicos hacia las leyes que rigen el sistema, cubriendo así la palpable carencia de liderazgo y unidad que impera en el gremio. Le auguro muchos éxitos en la tarea que se ha propuesto, porque sin duda seguirá aportando muchos beneficios para los trabajadores del área de la salud y guiará a aquellos que legislan sobre el sistema.

Cordialmente,

**ESTEBAN MERY FERNANDEZ**  
Estudiante de medicina III semestre, Ces.

## La hora cero de la depresión

Por Emilio Betancur Múnera, Pbro.

Quien en estos días lea el relato de los discípulos de Emaús se encontrará con dos expresiones que caracterizan a los desengañados amigos de Jesús: ojos incapacitados y semblante afligido. Da la impresión que esos dos discípulos nos representen a todos los colombianos desesperanzados y angustiados por la situación económica, social y política que atravesamos. En el caso de los discípulos, como en el nuestro, el semblante afligido es consecuencia de la incapacidad de los ojos para contemplar el sentido profundo de la realidad que nos golpea. Quizás nosotros debemos desahogar nuestro corazón con el que camina a nuestro lado, el Resucitado, para que vuelvan a sentirse las palabras y a surgir los sentimientos de esperanza que todos llevamos dentro. Si reconociéramos en la fe al que nos dice: «Yo soy, no temáis», la cara de tristeza se convertiría en rostro alegre y los ojos incapacitados en corazón ardiente. La gravedad de lo nuestro ha ido mucho más a fondo: somos una sociedad deprimida. Cuenta el libro de los Reyes 1 Re 19 que Elías después de un día de camino sintió la depresión; a la fatiga del desierto se unió el sufrimiento por el pueblo. Encontró una retama y deseó morir, pues las expectativas no se ajustaban a los resultados. Nosotros, como Elías, en el camino del Horeb, deberíamos poner más atención en el pan cocido sobre piedras calientes y la jarra de agua que el ángel del Señor ha preparado para nosotros que en la fatiga y la decepción del viaje.

Bergson, de una manera irónica, se refería a lo que se ha constituido en la ceguera inamovible: «Frecuentemente, la fuerza de la fe no consiste en su capacidad de mover las montañas, sino en su capacidad de impedirnos ver que las montañas se están moviendo».

El encuentro de Jesús con los discípulos agobiados, la conversación sobre la falta de sentido en lo ocurrido y el reconocimiento al final de quien los acompañaba, termina en un cambio radical caracterizado por la alegría. El anuncio de la Resurrección fue desde el primer momento una experiencia gozosa. La alegría del encuentro pascual se reproduce cada vez que el evangelio es acogido de corazón y es distintivo de los que anuncian la buena noticia.

La alegría es el signo de este anuncio como testimonio nacido de una experiencia de seducción. Es entonces cuando los creyentes experimentamos el gozo de proponer el evangelio a todos los que sufren y por todo lo que sufrimos.

La fe en la resurrección es la hora cero de la depresión y el inicio de una vida alegre y llena de esperanza.

En el misterio de los sufrimientos que tenemos encontramos la alegría que nos da la fe en el resucitado, recitando con la comunidad de Corinto y el apóstol Pablo: «Bendito sea Dios, Padre de nuestro Señor Jesucristo, Padre de misericordia y Dios de todo consuelo!». El nos alienta en nuestras luchas hasta el punto de poder nosotros mismos alentar a los demás en cualquiera de sus luchas, compartiendo con ellos el ánimo que nosotros recibimos de Dios. Si los sufrimientos de Cristo rebosan en nosotros, gracias al mismo Cristo rebosa en proporción nuestro ánimo». (Cor. 1, 3-5).

## HUMOR

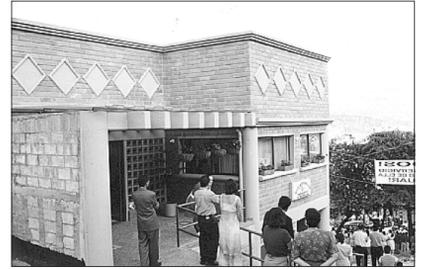


## NUEVO CENTRO DE SALUD LA QUIEBRA

Metrosalud puso a disposición de la comunidad, el Centro de Salud La Quebra «Javier García Isaza», con una inversión de 344 millones de pesos. Prestará el primer nivel de atención a una comunidad de aproximadamente 10 mil personas. Comprende los barrios aledaños a Blanquizaral, Juan XXIII y Metropolitano. Tiene servicios de consulta médica, odontológica, programas de enfermería, prevención y promoción de la salud, entre otros.

# EL PULSO

## 5



# El Crae, arrancó en reversa

## Desvío de pacientes, su principal contradicción

Según testimonios recogidos por EL PULSO, a cinco meses de haberse implementado el Crae -Centro Regulador de Atenciones Electivas- por parte de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, han sido más los tropiezos que los aciertos. Ello ha llevado a varias de las instituciones y personas involucradas en el proceso a demandar inmediatos correctivos.



### INFRAESTRUCTURA

Las nuevas instalaciones del Crae y otras alternativas como la línea saludable, permitirán al centro funcionar como un reloj en quince días, según la Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Foto Jorge Narváez

Por Patricia Pérez Velásquez

**D**urante escasos cinco meses de vida, al Crae no le han permitido disfrutar su niñez. Varios de los entrevistados por este medio informativo coincidieron en afirmar que «el centro arrancó en reversa, pues sus gestores estaban preocupados por sacar adelante un programa bandera que permitiría consolidar el Sistema General de Seguridad Social en el Departamento. Se olvidaron de aclarar los procedimientos y detalles operativos, los cuales ya han surgido en esa marcha forzosa y, además no se anticiparon a los posibles tropiezos del Centro, con un plan de contingencia». Vale la pena recordar que el fin del Crae es atender las solicitudes del II y III nivel de complejidad para las personas vinculadas, es decir que no están en los regímenes subsidiado y contributivo, o atenciones que están por fuera del plan obligatorio de salud subsidiado. Esa solicitud debe llegar a través de las entidades de salud que requieran atender dichos pacientes, con cargo a contratos suscritos por la Dirección Seccional. En la oficina del Crae se evalúa la pertinencia de la remisión, se verifican los derechos del usuario y se le asigna una cita en la institución más adecuada, teniendo en cuenta cercanía al lugar de residencia, grado de complejidad, disponibilidad, etc.

Hasta la fecha, en el Crae se han atendido 70 mil solicitudes, de las cuales han sido aceptadas 63 mil y rechazadas 7 mil.

### DESVIOS DE PACIENTES

De esa cantidad de pacientes atendidos por intermedio del Crae, ha sido muy difícil establecer cuántos se han desviado hacia otras instituciones diferentes a aquellas que solían atenderlos; sin embargo, las quejas de hospitales, médicos y en especial pacientes no se han hecho esperar. El periódico EL PULSO recogió algunos testimonios respecto al manejo del sistema.

Serafín es un paciente de Turbo que desde 1996 padece pénfigo. Estaba siendo tratado en el servicio de dermatología del HUSVP. Hace un mes fue remitido de ese Municipio y le fue asignado el Hospital General Luz Castro de Gutiérrez. El no acudió a la cita, ya que allí no conocía a nadie. Fue al Hospital Universitario San Vicente de Paul y mostró la autorización del Crae. El personal médico se sintió desconcertado. Según Ana María Abreu, dermatóloga «El San Vicente, conjuntamente con la Facultad de Medicina de

la Universidad de Antioquia y Mineros de Antioquia, lleva 8 años liderando el programa de pénfigo y enfermedades ampollasas. Somos los únicos que podemos atenderlos, tenemos la experiencia y el conocimiento en esa patología».

De otro lado, **Augusto Pascualotto**, director de la Unidad Intermedia de Santa Cruz, dice que «hemos enviado 1700 solicitudes, de las cuales nos han contestado 750, las otras no se sabe dónde están. Para la Unidad eso ha representado un problema grandísimo, pues los usuarios son muy demandantes y están solicitando una respuesta que no encuentran. El usuario cree que nosotros debemos darle la respuesta, cuando éste no tiene ninguna responsabilidad al respecto».

### OTROS EJEMPLOS

Al Crae no sólo le ha caído el mal del desvío de pacientes. También lo afecta la intromisión en el acto médico, la lentitud en el proceso, la indiferencia ante los pacientes, la desinformación, la inflexibilidad, rechazos sin causa, incoherencia en las autorizaciones, etc. Así lo dejaron claro los entrevistados. En este sentido son innumerables los ejemplos, aunque sólo se detallarán algunos que sirven de ilustración.

Según **Juan Manuel Sierra**, Jefe de Cirugía del Hospital San Vicente de Paul «son muchos los casos y lo más triste es que el Crae está de espaldas al paciente. Hace un par de semanas vino un paciente de 78 años, con antecedentes de epigastralgia y flatulencias, 30 años de evolución e intensificado hace 3 meses. Se elaboró la orden del Crae. Allí, el médico afirmó que él no necesitaba la endoscopia, sabiendo que en el resumen de historia clínica se había especificado todo. A los tres días el paciente empeora, es internado por urgencias, se le hace el procedimiento y se remite a Castilla».



### ACCIONES

Para los médicos, enfermeras, en fin el personal de la salud es claro que esa voluntad política debe convertirse en acciones. Ellos no se oponen al Crae funcional, abierto, que dé la cara a los pacientes.

tras le autoriza el Crae?. Como le sucedió a un paciente de Liborina con carcinoma de cara. La orden se envió el 3 de marzo y el 18 se devolvió autorizada, cuando no debe exceder los 3 días».

### Otra solicitud hecha fue agilizar el proceso.

«Se solicitó el 2 de marzo al Crae la autorización para cirugía de un paciente y fue aprobada el 25 de marzo. Estaba listo para el procedimiento, pero no se le autorizaron los prequirúrgicos, para lo cual hubo que enviar otra orden».

### «Que haya más confianza en las entidades prestadoras del servicio de salud. Que se les dé más autonomía frente a ciertos casos específicos».

«Muchos pacientes han decidido cancelar el valor de la consulta porque se han cansado de esperar la autorización y vienen de municipios distantes como El Bagre, Remedios, San Rafael, etc» **Que haya un funcionario directo del Crae en el hospital para evitar trastornos a los pacientes.**

### INCONSISTENCIAS

Qué decir de las inconsistencias en las autorizaciones, continúa el doctor Sierra. Ahí no se acaban los ejemplos: «Una paciente que requiere una reconstrucción mamaria por enfermedad congénita, fue aceptada el 29 de marzo. El mismo médico a los pocos días envía otra solicitud de una paciente con la misma patología. La primera es aceptada, la segunda rechazada porque supuestamente es cirugía estética y no está cubierta por el POS».

«El 17 de marzo llegó al HUSVP la autorización para que un paciente fuera operado de prostatectomía más vascotomía. Se le llamó el 18 y ese día ya estaba siendo operado en el Hospital de Caldas».

«El HUSVP solicitó una orden para una prostatectomía. Al paciente le dieron la orden para La María, de allí lo remitieron para acá pues no efectúan ese procedimiento».

Para los médicos, enfermeras, en fin el personal de la salud es claro que esa voluntad política debe convertirse en acciones. Ellos no se oponen al Crae funcional, abierto, que dé la cara a los pacientes.

### PROPUESTAS DE LA DSSA

«Dentro de la operativización del proceso del Crae, se ha dispuesto la línea saludable 9800-400000, donde el paciente podrá acudir a una atención directa sobre la cita, el lugar de atención y el proceso de acreditación al sistema de seguridad social, entre otros.

La disposición de unos puestos de enlace, el primero estará en la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, comandado por el doctor Ramiro Giraldo, director de Seguridad Social, quien no solamente tramitará aquellos procesos que sean más prioritarios, sino que también dará la información a los pacientes que en algún momento lo requieran. También en el hospital existirá un médico del Crae para tramitar y agilizar aquellos procesos más complejos.

Estamos implementando otras medidas como la oportunidad en el correo, el aceleramiento de los trámites en el proceso de seguridad social, en especial la acreditación. Además, estamos agilizando, a través de una junta médica que existirá alrededor del Crae, una información entre los hospitales remitentes de todo el proceso y el centro. Es decir, que en cada hospital habrá un médico que acelerará los trámites y entregará la información oportuna a los niveles directivos, para que los pacientes no tengan ningún problema.

Ese proceso y reestructuración se pueden demorar 15 días para estar funcionando como un reloj, como quisiéramos que funcionara. Porque la nueva reingeniería que se hizo en el Crae, para que fuera más ágil y más oportuna, nos ha llevado algún tiempo en la operativización instalada en otro lugar y con recurso adicional», puntualizó Guillermo León Franco Castaño, director Seccional de Salud de Antioquia.

## EL CRAE

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"><li>• Permite que el Sistema de Seguridad Social tenga orientación, inspección y veeduría directa sobre el flujo de pacientes, forma de atención, etc.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Falta de entrenamiento para el personal del Crae</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Administración gerencial del recurso humano, financiero, contrataciones, etc.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ordenes represadas</li><li>• Demora en las respuestas a los pacientes.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tecnificación en la red de servicios y en los niveles de complejidad: Pacientes de primer nivel se atienden en ese nivel y así sucesivamente, respetando las especialidades.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desinformación y falta de conocimiento del proceso</li><li>• Impases o descoordinación administrativa en el Crae</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Poder planificar los recursos y las contrataciones</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desviación de pacientes</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ofrece oportunidad y calidad en la atención del paciente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Falta de criterios unificados para autorizar la atención</li></ul>

### SOLICITUDES

Una de las solicitudes que hizo un grupo de representantes del sector de la salud ante la Dirección Seccional de Salud de Antioquia fue «**desmontar la evaluación de pertinencia de la orden médica por considerarla que es una intromisión en el acto médico, lo cual debe ser libre entre médico-paciente; excepto para casos llamativos**».

Estos tres casos que se enuncian a continuación los relata el doctor Sierra: «una persona que viene de una vereda a cinco horas a caballo de la cabecera municipal y a dos horas de Medellín, y no se le da la atención. ¿Se debe devolver a su pueblo o permanecer aquí pagando residencia o de arriado en cualquier lugar, mien-

## VI JUEGOS DE LA SALUD

Ya se inició la convocatoria para todas las entidades del sector de la salud, con el fin de que participen en los VI juegos de la salud. Este certamen comenzará el 21 de agosto y se prolongará hasta el mes de noviembre.

Su objetivo es estrechar los vínculos entre las entidades del sector y propiciar el sano esparcimiento de los empleados. Han sido liderados por la Congregación Mariana y por lo general buscan rendir homenaje a una institución por la conmemoración de una efeméride. En la presente versión se harán como homenaje a los 50 años del Hospital General. Han participado un promedio de 14 instituciones y mil empleados del sector en cada versión. En modalidades individuales como ajedrez, tenis de mesa, atletismo, natación, bolos, ciclismo, billar y tejo. Y colectivas como voleibol mixto, baloncesto femenino y masculino, microfútbol y fútbol.

# EL PULSO

6



## Observatorio

# Reactivación para el sector Salud

Por Jairo Humberto Restrepo Zea

Centro de Investigaciones Económicas. Universidad de Antioquia

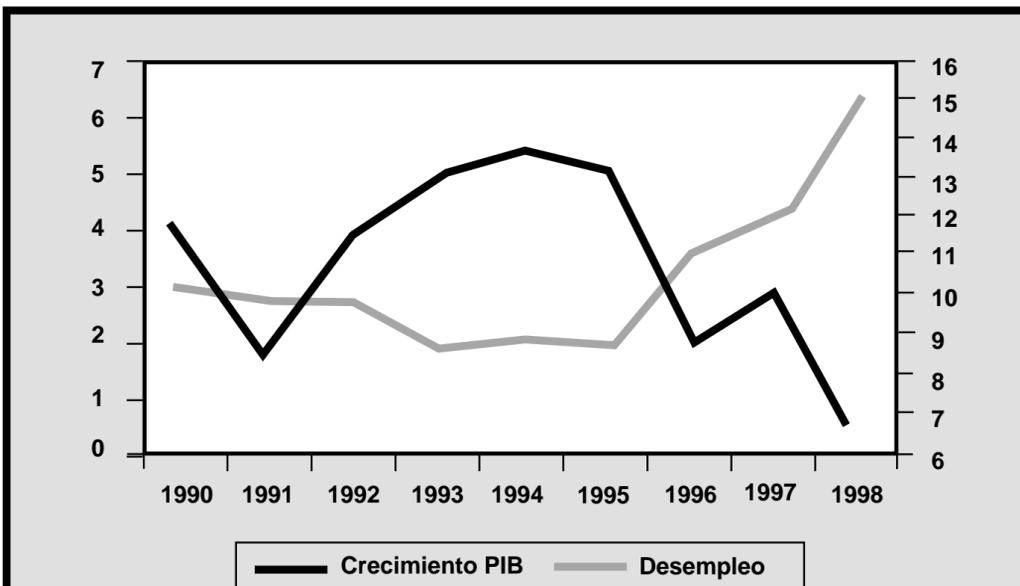
### Aspectos Macroeconómicos

La difícil situación económica por la que atraviesa el país puede sintetizarse en el grado histórico que alcanzan los principales indicadores a nivel macro: crecimiento económico de 0.6% en 1.998 y se espera un porcentaje similar para 1.999, desempleo de 18% durante este año y una tasa de inflación anual que ya se encuentra por debajo del 15% (ver gráfico). En medio de un panorama latinoamericano menos desalentador, esta crisis se manifiesta de manera especial en un deterioro del ingreso disponible y en consecuencia en una falta de demanda, lo cual se ve agravado por las medidas tributarias del actual gobierno.

### Crisis Económica y Salud

La salud del país sufre de manera especial los efectos de la crisis. En primer lugar, al reducirse el empleo y el ingreso de las familias, con fuerza particular para la de los ingresos bajos y medios, se presenta un aumento del riesgo de enfermedad debido al deterioro en las condiciones de vida (alimentación y vivienda) y a la privación de servicios de salud por su retiro de la seguridad social y la exclusión de los mismos por razones de precios. En segundo lugar, el sector salud se ve abocado a una explosión de la demanda por los servicios financiados con recursos públicos al tiempo que la disponibilidad se ve alterada. En el caso del régimen contributivo, el balance macro resulta amenazado por menores recaudos propiciados por el retiro de quienes resultan desempleados y por la reducción en los ingresos que sirven de base en la cotización; además, puede aumentar la razón de beneficiarios por cotizante si se tiene en cuenta que el desempleo no afecta al conjunto de los miembros de los hogares.

Por su parte, en el régimen subsidiado se incrementa la población potencial para recibir el subsidio público y, desafiando los mecanismos de focalización, una franja importante de población presiona por los servicios públicos. Para probar esta afirmación, puede consultarse la producción de servicios en la red pública y la cartera de la misma en relación con recursos no recuperados del cobro a los usuarios.



Tomado de Grupo de Coyuntura Económica CIE. Obsérvese la caída en el crecimiento del PIB, desde niveles cercanos al 6% en 1995 hasta el 0.6% en 1998. Por su parte, la tasa de desempleo subió desde un 9% en el primer año hasta 15.3% en 1998.

### CIFRAS SOBRE EPS PRIVADAS 1996-1998 (Millones de pesos constantes 1999)

	1996	1997	1998
PERDIDAS OPERACIONALES	58,318	18,445	14,698
PERDIDAS TOTALES	42,334	8,564	2,026
INGRESOS OPERACIONALES		1.431,116	1.846,870
% GASTO ASISTENCIAL	81.8	81.7	83.6
% GASTO ADMINISTRATIVO	22.4	15.2	13.6
% GASTO EN VENTAS	7.2	4.8	3.6

Tomado de <http://www.saludcolombia.com.co/actual/salud/noticia345.htm>  
Cifras ajustadas según IPC anual

### El Reparto de la Crisis

Aunque la disponibilidad y la oportunidad de información continúa presentando dificultades en el país, es importante reflexionar sobre la manera como el deterioro en las condiciones económicas afecta cada uno de los principales agentes que conforman el sistema de seguridad social en salud.

De manera aproximada, pueden recordarse algunas cifras y estudios ya realizados y plantearse algunos interrogantes o hipótesis:

○ 1. El saldo del fondo de solidaridad y garantía, Fosyga, continúa descendiendo y enfrenta nuevas obligaciones especialmente alrededor del desastre del eje cafetero.

○ 2. Con un comportamiento diferente al anterior, el balance de la EPS avanza satisfactoriamente y si bien reciben el impacto de la crisis todo parece indicar que allí no existen problemas de consideración (ver cuadro).

○ 3. Sumando el aumento del

desempleo, una encuesta reciente de la firma Napoleón Franco aplicada en las principales ciudades del país enseña que al menos un 8% de la población habría perdido su afiliación a la seguridad social durante 1.998.

○ 4. La afiliación en el régimen subsidiado se encuentra congelada y esto ocasiona problemas de desigualdad entre la población pobre y dificultades importantes de cobertura cuando por ejemplo no se incorporan los recién nacidos.

○ 5. Aunque no se conoce el saldo final, los hogares tienen una presión importante para aumentar el gasto directo en salud debido a la desafiliación y a la evolución de las cuotas moderadoras y los copagos.

○ 6. Las IPS denuncian reiteradamente un aumento en la magnitud de su cartera.

### Como Conducir a la reactivación.

Se espera que a partir del segundo semestre de este año

se inicie la reactivación de la economía, aunque subsisten grados de incertidumbre, especialmente en relación con el proceso de paz y en el frente externo, en forma particular la evolución de Venezuela. La reducción en la tasa de interés y los anuncios gubernamentales en torno a la realización de obras públicas intensivas en trabajo no calificado constituyen señales positivas de importancia.

En el caso del sector salud, los efectos positivos de la reactivación repercuten favorablemente revirtiendo el comportamiento de los seis puntos enunciados anteriormente. Sin embargo, en un enfoque en el cual predomine el carácter público de la salud, en este caso las políticas públicas, no se dirigen en forma directa a recuperar la tasa de ganancia o propiciar un mayor nivel de empleo; al contrario, es necesario buscar eficiencia macro del sistema y esto implica fortalecer la regulación orientada al control en el uso de tecnología conforme a su costo-eficacia y en el comportamiento de los profesionales y en el sector de

hospitales para controlar fenómenos de riesgo moral. Esta premisa se encuentra reforzada por el hecho de que ahora es necesario plantear escenarios de sostenibilidad financiera teniendo en cuenta que el aumento de ingresos no será significativo y el esfuerzo grande debe hacerse sobre la contención de gastos y, muy especialmente, en la racionalización de recursos para facilitar el alcance de los propósitos del sistema. Las principales medidas a considerar para reactivación de este tipo, son las siguientes:

○ 1. Reasignación de funciones y gastos entre principales ramos que administran los recursos para la atención de la salud: EPS, ARP, SOAT. Acá puede plantearse un seguro único en cabeza de la EPS.

○ 2. Ampliación y fortalecimiento del PAB, con una participación intersectorial. En este punto se centran las posibilidades de alcanzar la eficiencia macro, lo cual puede apoyarse financieramente en recursos del POS y en general debe apuntar a contener el crecimiento de la UPC hacia el mediano y largo plazo.

○ 3. Mantener congelada la afiliación en el régimen subsidiado y diseñar esquemas alternativos de financiación mediante convenios de desempeño que apunten a garantizar al acceso en condiciones de eficiencia. Al mismo tiempo, plantear escenarios alternativos que conduzcan a una decisión definitiva: continuar con el sistema de la Ley 100 o desmonte paulatino del mismo.

○ 4. Facilitar nuevos modelos de gestión que busquen la reducción de costos a nivel macro y micro. En especial, es necesario replantear el esquema de la municipalización en el macro de los principios de complementariedad, subsidiariedad y concurrencia, de manera que se respeten economías de escala, beneficios y economías de alcance al momento de asignar competencias y recursos, igualmente, el modelo de ESE merece una revisión detallada para garantizar una gestión ágil en hospitales con menores costos y en esto queda muy bien conocer la experiencia española.

○ 5. El sector educativo también debe participar acá, por una parte incorporando en sus currículos la enseñanza del sistema en vigencia y el fortalecimiento de una cultura de la salud, pero además, es imperativo revisar los planes educativos y en general la oferta de las carreras correspondientes a las profesiones del área de la salud.

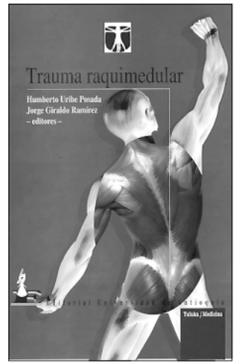
#### TRAUMA RAQUIMEDULAR

Este es el título del libro escrito por Humberto Uribe Posada, neurocirujano y Jorge Giraldo Ramírez, jefe del servicio de neurocirugía de la U. de A. en el Hospital San Vicente de Paúl.

Aquí se expone una visión completa del trauma de columna, un problema de salud pública que cada vez tiene mayor incidencia. Combina los conceptos básicos de la literatura sobre el tema y la amplia experiencia de médicos neurocirujanos, radiólogos, ortopedistas e internistas en el tratamiento de este tipo de trauma en el medio local (Medellín). Incluye los temas relativos a la epidemiología, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de esa patología, además de capítulos sobre el trauma por arma de fuego y arma cortocortante. Está dirigido al médico general, paramédicos, neurocirujanos y otros especialistas interesados en el tema.

# EL PULSO

7



## Proyecto de reforma a la Ley 100

# “No más abuso. Con la plata del SISBEN se compran hasta regalos de boda”

Héctor Arango Angel, Presidente Comisión Séptima de la Cámara

Avanza el plan de reforma a la Ley 100. El Ministerio de Salud y las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara anuncian que antes de finalizar este semestre se presentará el proyecto de ley

**E**l presidente de la Comisión Séptima de la Cámara, Representante por Antioquia Héctor Arango Angel, expresó al periódico EL PULSO que «se presentará antes de junio el proyecto de ley. Esperamos que haya voluntad política del Gobierno para darle vía libre a estos ajustes que se hacen inminentes. No podemos seguir así, tan tranquilos, mientras se nos ofrece el triste espectáculo de un sistema de salud desarticulado, con altos niveles de corrupción, con intermediaciones inconvenientes y, en fin, un sistema que, aunque es bondadoso en muchos aspectos, produce al mismo tiempo desproporciones ofensivas. A propósito de desmesuras ¿Cómo es posible que gane más un peluquero que un médico? Esta es apenas una muestra de que no sólo los usuarios, sino también los profesionales de la salud se ven afectados por numerosos -y peligrosos- desajustes.»

#### OPINIONES

Las 320 propuestas fueron presentadas en los foros de Bogotá, Medellín, Cali, Bucaramanga, Cartagena, Pereira, Ibagué y Villavicencio. El Presidente de la Comisión Séptima de la Cámara insistió en que «la situación es crítica y extremadamente compleja. Sobre todo por los intereses en juego. ¿Cómo será de rentable la salud que hasta los grandes grupos económicos están interesados en negociar con ella? Reconocemos que en este proceso de estudio fueron definitivos los aportes de los profesionales, de los voceros de las universidades, de la comunidad y de diversas instituciones del sector de la salud». Las iniciativas se unieron en seis grupos temáticos referidos así: Prestación de servicios, promoción y prevención, recursos humanos, control y vigilancia, aseguramiento y financiación. Este último aspecto es, según declaraciones del presidente de la Comisión Séptima de la Cámara, el de más graves implicaciones. «Cómo será el problema que Antioquia, a pesar de enfrentar tantas dificultades, es el Rey, es el departamento que mejor está», afirmó.

Esta alarma por la iliquidez coincide con el Comité Intergremial Permanente de la Salud -CIPSA- que agrupa a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas



(ACHC), Asociación Médica Colombiana (AMC), Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), Asociación de Productores de Elementos Médico-quirúrgicos (ASPROMED), Asociación de Fabricantes de Productos Farmacéuticos (AFIDRO), Federación de Aseguradores Colombianos (FASECOLDA) y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME). En reciente documento presentado a los gobiernos nacional, departamental y municipal y al Congreso de la República, concluyó: «En este momento el principal problema es la iliquidez. La falta de flujo de recursos amenaza la permanencia en el sistema de prestadores de servicios públicos y privados, de proveedores y del cuerpo médico. La iliquidez ha superado la capacidad de acción y reacción tanto de los gremios y sus entidades adscritas, como de los responsables por su dirección y control, afectando a todos los actores en conjunto.» Se enfatizó también en la existencia de otros problemas sectoriales: La evasión de aportes y el desempleo, la falta de control del Estado, la corrupción y las tutelas y fallos de la Corte Constitucional, en muchos de los cuales se observa que priman los derechos individuales sobre el bien común».

#### CLAVES

Según el Ministerio de Salud la gran conclusión es que la Ley 100 hay que aplicarla, no tanto reformarla. Algunas de las propuestas claves son:

■ **Aseguramiento:** En relación con los problemas presentados con el manejo del SISBEN, se plantea la validación social de los listados de elegidos como beneficiarios, la creación de un software para su actualización automática y la revisión y ajuste a las condiciones de cada región. Se propone también un mayor control al funcionamiento de las Administradoras del Régimen Subsidiado (A.R.S). Se sugiere, por ejemplo, limitar los gastos de administración, darles

el carácter de entidades comunitarias y consolidar requisitos más estrictos para frenar la proliferación. En otro sentido, existe el interés de poner en marcha sistemas alternativos de afiliación y subsidio parcial, dirigidos a poblaciones no afiliadas como microempresarios y trabajadores del sector informal y la creación de sistemas únicos de información y recaudo de aportes. En cuanto a planes de beneficio para los afiliados, las propuestas se centraron en la necesidad de ofrecer alternativas de seguros para personas no afiliadas al Sistema, que permitan cubrir contingencias de mayor impacto social y económico. Así como la eliminación de los regímenes especiales del Magisterio, el Congreso y Ecopetrol y la unificación del Plan Obligatorio de Salud (POS) del Régimen Subsidiado y Contributivo.

■ **Promoción y prevención:** En este campo se planteó la vinculación de planteles educativos y estudiantes para desarrollar el Plan de Atención Básica y los programas académicos de promoción y prevención. Se propuso también aumentar la financiación para estas actividades, promulgar una Ley Nacional

de Salud Pública y crear un Fondo de Promoción y Prevención.

■ **Recursos humanos:** Los propósitos básicos son: Regular la proliferación de facultades de medicina, crear incentivos económicos que estimulen una adecuada distribución geográfica de los profesionales, definir requisitos mínimos para aspirar a los cargos directivos en salud, formar a los profesionales de la salud de una manera más integral y comprometida con su medio. Preparar al personal de la salud para el manejo de desastres.

■ **Financiación:** Se expuso la necesidad de definir un sistema único de recaudo. Así mismo se sugirió: conformar un fondo de garantía en salud, destinar una parte del llamado impuesto del dos por mil para financiar el déficit hospitalario, establecer un régimen tarifario especial para los servicios públicos de las Empresas Sociales del Estado y garantizar la revocatoria del mandato para aquellas autoridades que desvíen recursos.

■ **Prestación de servicios:** Se discutió el tema de la acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, la definición de un perfil claro para los cargos del sector público, el establecimiento de tarifas diferenciales y la definición de un plan obligatorio de salud indígena.

■ **Control y vigilancia:** Se insistió en el fortalecimiento de los procesos y entidades encargadas de estas actividades, se planteó la posibilidad de crear un régimen sancionatorio anticorrupción y la definición como falta grave de la retención indebida de recursos del Régimen Subsidiado. Igualmente se estudió la opción de establecer veedurías indígenas así como la participación de estas comunidades en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, según informó el Ministerio.

¿Cómo será de rentable la salud que hasta los grandes grupos económicos están interesados en negociar con ella?

## DIA MUNDIAL SIN TABACO

El 31 de mayo se celebrará el día mundial sin tabaco. Medicáncer es una de las entidades que lidera la campaña y este año realizará la segunda caminata recreativa familiar «caminemos en familia, gana vida dejando de fumar». Será el domingo 30 de mayo, a partir de las 8:00 a.m por el sendero peatonal del Río Medellín hasta el puente Guayaquil (7 kilómetros de recorrido). Reforzará el comportamiento de no fumar y sensibilizará a los fumadores activos sobre los daños que produce el cigarrillo para él y el fumador pasivo.

# EL PULSO

8



# Defectos congénitos, investigación y desarrollo

Por José Luis Ramírez Castro, m.d , MS  
Jefe Unidad de Genética Médica, Facultad de Medicina, U. de A.

Desde los primeros tiempos de la humanidad se tiene conocimiento de los defectos congénitos. El hombre primitivo demostró su gran interés por este tipo de manifestaciones como se evidencia en numerosas esculturas, tallas y figuras en las rocas que han dejado las civilizaciones pasadas. En diferentes períodos de la historia los defectos congénitos han sido objeto de especulaciones y se han atribuido erróneamente a poderes sobrenaturales, los astros, la voluntad divina, brujos, demonios o extrañas influencias. En la actualidad los términos defectos congénitos o anomalías congénitas se utilizan comúnmente para describir las alteraciones del desarrollo, que están presentes en el momento del nacimiento y que pueden comprometer la estructura, la función, el metabolismo o aún el comportamiento. Es de anotar que el término malformaciones congénitas de uso común, se refiere únicamente a las alteraciones del desarrollo que modifican la estructura normal, y se incluye por lo tanto entre los defectos congénitos. Como causas de los defectos congénitos (Figura 1) se reconocen los factores genéticos, los factores ambientales y la interacción de factores genéticos y ambientales (herencia multifactorial). Sin embargo, en el 50 a 60% de los defectos congénitos se desconocen las causas.

### FACTORES GENETICOS

Entre los factores genéticos se incluyen:



SINDACTILIA DE MANOS Y PIES. (Fig. 2)

■ 1. Las alteraciones numéricas y estructurales de los cromosomas (6-7%).  
Ejemplos: Síndrome de Down, Síndrome de Turner, Síndrome del maullido del gato.

■ 2. Genes mutantes con efecto do-

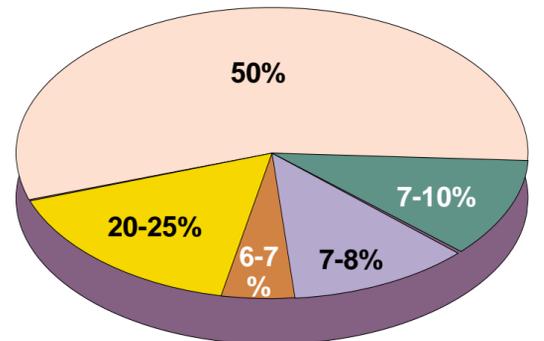
minante o recesivo (7-8%)

Ejemplos: Acondroplasia, albinismo, osteogénesis imperfecta, sindactilia, observables en algunos de nuestros pacientes. (Figura 2)

Los factores ambientales (7-10%)

### ETIOLOGIA DE LOS DEFECTOS CONGENITOS

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



1. Desconocido  
2. Factores genéticos vs. factores ambientales  
3. Alteraciones cromosómicas  
4. Genes mutantes  
5. Factores ambientales

Fig. 1

## “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

son causa de defectos congénitos no genéticos, y se reconocen entre ellos los agentes infecciosos (virus), químicos (agentes químicos y drogas), físicos (radiaciones ionizantes) y mecánicos (reducción del espacio intrauterino y bridas amnióticas). La interacción de factores genéticos y ambientales (20-25%) son causa importante de defectos congénitos como el labio y paladar fisurados, defectos del cierre del tubo neural y algunas alteraciones esqueléticas. En la actualidad, en la mayor parte de los países desarrollados, los defectos congénitos constituyen la primera causa de mortalidad infantil. Se encuentran presentes en el 2 a 3% de los recién nacidos y más del 20% de los mortinatos y muertes infantiles se asocian con defectos congénitos muy severos. En Colombia estos defectos ocupan el segundo lugar entre las causas de mortalidad infantil y por lo tanto deben considerarse como uno de los problemas que comprometen la salud pública. Desde hace más de 25 años la Unidad de Genética Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, lidera el estudio e investigación de este tipo de patología en nuestro departamento. Cerca de 8.000 familias (aproximadamente 30.000 pacientes) se han beneficiado de una atención médica y especializada, que comprende evaluación clínica, exámenes especializados, diagnóstico, asesoramiento, prevención y en numerosos casos orientación para un posible tratamiento del problema.

## LA BENDICION DE UN ANCIANO

«Bendito eres, si comprendes que mis manos tiemblan y que mis pies se han vuelto lentos. Bendito eres, si te acuerdas que mis oídos ya no oyen tan bien y que ya no entiendo todo. Bendito eres, si sabes, que mis ojos ya no ven bien, si no te pones bravo porque dejé caer la taza más bonita o porque, si por enésima vez te repito el mismo cuento. Bendito eres si me sonríes y me preguntas por los días de mi juventud. Bendito eres, si me tratas con ternura, entiendes mis lágrimas silenciosas y me haces sentir que soy amado. Bendito eres, si te quedas un poco más de tiempo conmigo, y si me agarras de la mano un ratito cuando debo entrar solo en la noche, la noche de la muerte. Bendito eres, y yo cuando esté en el cielo, alumbraré las estrellas para ti». (Phil Bosmans)

# EL PULSO

9



## “El hogar que soñé es mi locura”

«Aquí encontrarás la alegría de cada amanecer, la sonrisa de cada atardecer, el descanso de cada anochecer. Aquí encontrarás amor, alegría, paz, respeto y mucho calor humano. Aquí encontrarás personas dispuestas a brindarte un mejor cuidado. Dios, amor de vida, nos refleje su espiritualidad para servirle al prójimo». (Anónimo).

Por Patricia Pérez Velásquez



**MEZCLA DE SENTIMIENTOS**  
*Sus ojos esconden una combinación de alegría, tristeza y melancolía. Sentimientos que la invitan a rechazar su pasado y a vivir el presente con toda intensidad.*  
Foto Jorge Narváez

**D**e sus ojos brotan un par de ardientes lágrimas. Ellos esconden una combinación de alegría, tristeza, melancolía... Una mezcla de sentimientos que la invitan a rechazar su pasado y a vivir el presente con toda intensidad. Un presente cargado de lo que fuera su molestia y fastidio: «a mí los ancianos no me gustaban, me parecía que olían maluco, eran lentos para caminar, para hablar. Prefería trabajar con 50 ó 100 muchachitos y no con un anciano; sin embargo llegó el momento en que Dios me dio el toquecito. Me siento feliz, nada me había ofrecido la realización personal que he encontrado al laborar en este sitio».

Ella es Gloria Jaramillo Posada, una mujer que desde hace 17 años está dedicada a servir a las personas de todas las edades. Es promotora social del servicio de urgencias y medicina domiciliar de la Clínica León XIII y sus últimos siete años se ha entregado con todo el corazón al albergue «El hogar que soñé».

«La vida me guió hasta este lugar. Y cuando hablo de la vida, hago referencia a Dios. El da el toquecito a las personas en el momento en que lo necesitan y a mí me tocó esto. Por cuestiones de trabajo yo tenía que ubicar los pacientes que dejaban abandonados en la clínica. En determinada ocasión que fui a llevar una paciente a una institución estaba saludando a los otros pacientes y se me acercó una anciana y me dijo: 'Muchas gracias por el regalo', le respondí que no les traía nada, que sólo les llevaba un compañero muy enfermo. Me tomó la mano, me besó y agregó: El regalo más maravilloso para nosotros en esta institución es su presencia».

Con la voz entrecortada y una tímida sonrisa, intenta borrar de su corazón el recuerdo de esos extraños sentimientos que en otro tiempo experimentó por los ancianos. Cambia la expresión de su rostro y confirma que «eso transformó mi vida, me llevó a una reflexión muy profunda, me di cuenta del tiempo que uno pierde hablando bobadas con las amigas, en un cine, en un baile. En fin, supe que hay mucha gente que nos necesita y que podemos hacer mucho por ellos».

### SI ESTO ES LOCURA...

«Si esto es locura, Dios bendiga las locuras», dice y respira con enorme satisfacción. Desde hace siete años y día a día, una vez termina su actividad en la clínica, a eso de las cuatro de la tarde, sale camino del albergue «El hogar que soñé». Allí sus tardes, parte de las noches y fines de semana, las dedica a trabajar: «ayudo a servir alimentos, les converso, los contemplo, les canto... no paro, hay mu-



**“LA VIDA ME GUIÓ HASTA ESTE LUGAR”**  
*Gloria Jaramillo se ha entregado con todo el corazón, durante 7 años al albergue «El hogar que soñé». Foto Jorge Narváez*

cho que hacer».

Su sencillez la refleja en cada palabra, en los movimientos de su cuerpo... Interrumpe la pregunta y con un tono más enérgico, como prestado de alguien, -pues no hace parte de su temperamento-, dice: «Me he considerado, desde que fundé la institución, una voluntaria. Me ofendí que me digan que soy la dueña. Al contrario, los dueños son los pacientes que están de turno, porque la razón de ser de la institución son ellos».

Cuando inició el albergue todas las personas la tildaban de loca, su familia en especial se preocupaba por las cosas que estaba haciendo. Les pedía plata a los compañeros de la clínica. En este instante, viene a su mente aquel momento: «Me decían que cómo iba a responder por una nómina, por un arriendo, por la alimentación, fuera de todas las complicaciones que implica atender un paciente, máxime si es terminal como casi todos los que llegan al albergue. Pero yo trabajaba al lado de los siquiátras en la clínica León XIII y ellos me veían como muy normal -sonríe- y agrega: yo me siento feliz, plena y si eso es locura, Dios bendiga las locuras, porque honestamente esto llenó mi vida». Al albergue llegan, en su mayoría, personas de edad, pensionados, beneficiarios o afiliados al Seguro Social, que dejan abandonados en la Clínica o viven en condiciones precarias. Tienen diagnósticos definitivos como cáncer, accidente cerebro vas-

cular, cuadrupléjicos, fractura de cadera, entre otros. Casi todos cancelan el valor de la pensión y con ello se sostiene económicamente el albergue: «Yo percibo a Dios en todos los rincones de esta casa. Es su bendición el hecho de que se haya sostenido durante tanto tiempo, pues no siempre los pacientes están permanentes, ya que a veces se nos mueren cuatro en un mes, entonces eso es plata que se deja de percibir; sin embargo, hemos logrado subsistir». Hace apenas 8 meses obtuvieron la personería jurídica que otorga Bienestar Familiar. Estuvieron detrás de ella 6 años, pero siempre encontraban un tropiezo. Les exigían tener enfermera de planta, gerontólogo, médico, etc. Antes no habían podido solicitar donaciones, pues era complicado hacerlo a título personal. A pesar de todo, dos entidades nacionales les envían alimentos ocasionalmente y otra del exterior les consigna 100 dólares mensuales. Allí trabajan 6 empleados de planta (4 auxiliares de enfermería, uno para cocina y otro para aseo). El médico, del programa de medicina domiciliar de la Clínica León XIII, los visita una vez a la semana y también cuentan con la colaboración de algunas voluntarias y practicantes del Sena y del Instituto Porfirio Barba Jacob.

### SU VIDA ES LA DE ELLOS

Su vida, su presente y su futuro están ligados a las historias de cada uno de

## Ejemplo para otros

En un par de meses se jubilará de la Clínica León XIII y podrá dedicarse de lleno al albergue. Aclara que ello le permitirá buscar los recursos que les hacen faltan, organizarse administrativamente y tratar de que las familias se acerquen a los pacientes. Continuará siendo una voluntaria como lo ha sido durante este tiempo y de manera desinteresada. «Yo no sé cuántos años vaya a durar esta institución, pero mientras yo esté viva y tenga salud, voy a seguir aquí».

«Hay mucha gente que puede hacer esto, pero por miedo no lo hace. En la medida en que uno empieza a ir a una institución de éstas, que se encariña con la gente, uno vibra y lo llena. Se necesita percibir los mensajes que Dios nos da a través de muchas cosas y que casi siempre los dejamos pasar desapercibidos. Decimos, soy de buenas, es la buena suerte y nunca pensamos que es Dios quien nos puso en el camino esto o aquello para satisfacción de uno mismo».

ellos. Mire, me dice: «Esa es la caminante, Serberina. Va de un lado para otro, nunca se sienta, nunca se está quieta. A ella la trajimos hace 3 años, vendía confites por las calles. Llegó a la Clínica con un trauma en la cabeza. Durante varios meses sólo mencionaba dos nombres Luis Miguel y Carmen. Un día, estando asomada a la puerta alguien la reconoció, le habló, pero ella continuó indiferente. Días más tarde vino una mujer que decía ser su hija. Las reunimos y Serberina hizo un gesto de indiferencia y siguió caminando. Su hija lloró muchísimo y más tarde nos dijo que tenía problemas económicos y que quería reclamar la pensión de su madre. Después de explicarle que no lo haríamos, pues quedaría desprotegida, insistió y tuvimos que acudir a la defensoría del pueblo. Nunca más apareció».

El hogar empezó con 18 pacientes, después lo ampliaron a 22 y ya tienen un cupo completo de 29. «La mayoría permanecen en la cama, como vegetales, hay que hacerles absolutamente todo. Los poquitos que se desplazan bordan, colaboran con alguna actividad del albergue, pero una de las cosas que me preocupa y me entristece es la inactividad en que se mantienen, quisiera tener personas capacitadas para que los mantengan en actividad».

Continúa: «Yo les hablo mucho, les

hago reflexiones con relación a la muerte, a la soledad. Se lamentan del abandono en que los tienen sus familias, sus hijos. Algunas veces se sienten bien y otras lloran mucho. Encuentra una receptividad y siente que se consuelan».

A ella le parte el alma el estado de abandono en que encuentra la mayoría de ellos. Ese desprendimiento de los hijos que sacan disculpas para no verlos. «Un padre, una madre que se sacrifica toda la vida por sus hijos y ellos olímpicamente los dejan y están tranquilos porque aquí están bien cuidados y no vuelven...»

Mira un instante para el estrecho pasillo. Allí, hay un grupo de pacientes conversando, bordan o simplemente viendo cómo pasa el tiempo. Dice: «Aquí son muchas alegrías. A mí por ejemplo la gente me pregunta si no es muy triste para nosotros que muera tanto paciente, con quienes ya estamos encariñados. Para mí esa ha sido una alegría. Murieron pero estuvieron atendidos, limpios, no les tocó morir solos, abandonados...». Y agrega: «nada más triste que llegar a una pieza sucia, llena de telarañas, y ver una anciana enferma, que lleva ni se sabe cuánto tiempo sola, sin comida y además sucia, hasta con plumas enredadas en su cabello... nada más satisfactorio que poder ayudarle».

Su simpatía, carisma y facilidad para relacionarse con todas las personas la dibuja en cada expresión. Con cierta timidez narró un poco de su vida pasada. Ella tuvo muchos novios y estuvo a punto de casarse en dos ocasiones, sin embargo asegura que le da gracias a Dios por no haberlo hecho, pues se siente feliz soltera. Si tuviera el compromiso del matrimonio e hijos, tomar la decisión de ayudar a estas personas y fundar este albergue hubiera sido más difícil o seguramente el Señor no le daba ese «toquecito».

«Los que me conocen se preguntan: ¿por qué Gloria no se casó?. Porque Dios me tenía dispuesta para esto. Quise casarme y tener muchos hijos. No me gustaba uno o dos, sino seis o siete, pero uno queda en lo que tiene que quedar, tengo 29», y se ríe. Entrega su alegría, su ánimo, a cada momento. Siempre trata de darles a entender que ya la familia de ellos son todos quienes viven en el albergue. «Esto fue lo que la vida les deparó y hay que vivirlo lo mejor posible».

«Yo pasé del día a la noche. Ahí es donde veo la grandeza de Dios. Tuve amargas experiencias con mi papá y mi abuela, pues cuando enfermos y ancianos nos dieron mucha guerra. Ahora veo la transformación de mi vida. Vivo sólo por los ancianos, me desgarró el alma verlos sufrir».

Virginia, Leonor, Pedro, Marina... son su vida, son su historia presente y futura.

## JORNADAS DE VACUNACION

Más de tres millones de niños entre uno y cuatro años de edad fueron vacunados contra el sarampión en Colombia, durante la pasada jornada de vacunación liderada por el Ministerio de Salud. Este programa pretende erradicar del país el sarampión en el año 2.000. Desde que se inició el Plan de Erradicación hace cinco años, Colombia ha reportado la cifra más baja de incidencia de casos de esta enfermedad al pasar de 8 casos por cada 100 mil habitantes a 1.8 durante el año anterior, es decir una reducción del 78% de número de casos en todos los grupos de edad. Además, se pusieron refuerzos de las vacunas antipolio, DPT, hepatitis B influenza, triple viral y se realizaron campañas de salud oral.

# EL PULSO

# 10



## La calidad en la educación médica

Por José María Maya Mejía, m.d.  
Decano Facultad de Medicina CES

El reto de todas las instituciones de educación superior y en nuestro caso de las Facultades de Medicina a nivel nacional y mundial es la búsqueda de la calidad. El desarrollo cuantitativo de las universidades y el crecimiento de los programas académicos en medicina, en los últimos cinco años, ha sido significativo. Sin embargo, el desarrollo cualitativo deja grandes insatisfacciones en todas partes del mundo. La crisis de la educación superior se evidencia por una pérdida de calidad y la incoherencia entre el talento humano formado y el contexto nacional e internacional. El crecimiento de la oferta educativa no es en sí mismo un problema. Colombia es de los países que más baja matrícula educativa en la educación superior tiene en la región de las Américas. El problema reside fundamentalmente en la posibilidad que tenemos de continuar formando un médico con alta calidad humana y con competencia científica y técnica adecuada. Si la oferta educativa es de alta calidad, estaríamos produciendo un talento humano que lideraría el desarrollo del sector y nos permitiría cada vez más incorporarnos proactivamente en la «aldea global» jalonando la sociedad colombiana hacia niveles cada vez más altos de bienestar. Pero si las condiciones del entorno y la organización estructural y funcional de nuestros programas no nos permite la formación de este profesional con alta calidad, sí hay un grave problema para el sector de la salud. Llevar a cabo adecuadamente un proyecto educativo en medicina es muy complejo y costoso. No se trata simplemente de organizar un plan

de estudios e iniciar unas clases magistrales ante un grupo de bachilleres ávidos de conocimiento. Se trata de lograr, a partir de un diagnóstico de la realidad nacional y local, concebir un proyecto educativo coherente, con unos ejes formativos explícitos y claros, un perfil profesional adecuado y un plan de estudios dinámico. Este proyecto educativo debe ser posible de insertarse en la realidad local, en términos de su pertinencia y de la capacidad operativa de la facultad para llevarlo a cabo. Por ello se necesita una planeación de largo plazo, unos recursos humanos y financieros y unos campos de práctica adecuados en su desarrollo para lograr el equilibrio en la formación del médico. Si todo este proceso no existe y el aumento de la oferta de programas se realiza en un entorno profundamente cambiante y con gran incertidumbre, se corre el grave riesgo de formar un médico de baja calidad, un médico pobre para una sociedad pobre con sus graves consecuencias para la salud de la comunidad. Hoy tenemos una grave amenaza para la calidad de la educación médica en la proliferación de facultades de medicina, en medio de la crisis de las instituciones prestadoras de servicios de salud. La grave iliquidez de los hospitales y clínicas, la incertidumbre sobre su futuro, la disminución en el volumen de actividades y pacientes atendidos y el nivel de su compromiso con la educación médica atentan contra la calidad del talento humano que podemos formar. Algunas instituciones de salud han considerado de manera errónea que la calidad en la educación médica es problema exclusivo de las facultades de medicina y que la permanencia de las facultades en su interior no genera valor agregado. A mi entender es una posición miope sin visión de futuro. La formación de recursos humanos de alta ca-

lidad es un problema y una responsabilidad de todos los actores del sistema. Los hospitales ejercen un impacto importante en la calidad de los egresados. Es en el interior de estas instituciones donde el estudiante desarrolla la mayor parte de sus destrezas, a través de la imitación de sus profesores desarrolla hábitos de trabajo, en contacto con la cultura organizacional ratifica valores o antivalores y adquiere el compromiso con la salud de los pacientes. Si las facultades formamos un buen o mal médico, este resultado es imputable a la acción de ambos, de las facultades y de los hospitales. Estos no son sitios neutros donde va el estudiante a practicar. En buenos hospitales, en hospitales con talento humano de calidad, en estructuras organizacionales disciplinadas, permeadas de valores y centradas en el paciente, se tiene el nicho propicio para una buena formación, que se hace posible si la facultad está comprometida con la calidad y con el desarrollo óptimo de los recursos humanos para el sector. Los grandes beneficiados con médicos de buena calidad son las clínicas y hospitales que van a ser sus empleadores, el sector salud y en último término los pacientes. De ahí, que los hospitales no puedan pensar que es una buena estrategia ignorar el problema de una formación médica de calidad. Si los médicos que egresan salen mal formados, mal informados y con baja capacidad resolutoria, los grandes perjudicados serán las instituciones prestadoras de servicios de salud y los pacientes. Las primeras porque tendrán que gastar ingentes recursos en mejorar la capacitación y formación de sus médicos y los segundos porque serán afectados por la baja capacidad resolutoria y por la iatrogenia que acompaña a la anterior. Sin la colaboración de los hospitales, las facultades formaremos malos médicos y en el futuro todo el sector pagará

las consecuencias. La integración docente-asistencial bien organizada y claramente definida, aporta valor a la atención médica, en términos de calidad, productividad, pertinencia y racionalización, especialmente en el caso de la utilización de medicamentos. La utilización de medicamentos innecesarios, su adecuada prescripción y la ponderación en su uso, mejoran ostensiblemente con la presencia de miembros de la comunidad académica. Igualmente, en sistemas de salud con terceros pagadores, la presencia de la universidad subsana en forma importante, la dedicación de tiempo y la presencia del médico tratante. Los pacientes se sienten permanentemente atendidos y no abandonados en una habitación hospitalaria donde sólo son visitados una vez al día por el profesional responsable de su atención. En igual forma, la presencia universitaria es un estímulo para la educación continua de los profesionales médicos de las organizaciones asistenciales. Sin estímulos a permanecer actualizados, rápidamente los médicos entran en la obsolescencia y la pertinencia de su actuar es cada vez menor, lo cual es grave para cualquier institución. En conclusión, la educación médica puede entrar en crisis si todos los actores del sistema de seguridad social no somos conscientes de la importancia de una formación de calidad y si no contribuimos decididamente a su desarrollo. En igual forma, el problema de la crisis hospitalaria no es un problema sólo de este importante actor, es problema de todos, incluyendo las facultades de medicina y todos debemos contribuir a su solución. El trabajo aislado de facultades, clínicas y hospitales hace daño al sector y en último término deteriora la calidad de la formación médica y de la atención en salud.

## Clasificados

**1** **V E N D O**  
Ganga  
CHEVROLET CORSA  
Modelo 97  
33.000 Km Color Azul  
Unico Dueño  
Cinco Puertas  
Aire acondicionado  
Valor \$ 14.000.000.00  
Teléfono : 263 77 67

**2**  
El libro del Hospital Universitario San Vicente de Paúl está a la venta, lo puede adquirir en la caja general 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 adquirir en las principales librerías de la ciudad.

**3**  
Si Usted recibe El Periódico El Pulso y no se ha suscrito, hágalo ya y no deje de recibir esta publicación. Mayores informes en la Dirección Comercial: Diana Cecilia Arbeláez Gómez  
Teléfono: 263 43 96  
263 78 10  
Fax: 263 44 75  
Dirección: Calle 64 con Cra 51 D.  
e-mail elpulso(arroba)el.hospital.org.co

**4**  
Rebobinado de cintas de impresoras, remanufactura de cartuchos para impresora láser y recarga de cartuchos de impresión de tinta. Favor comunicarse al teléfono : 234 02 61

**5**  
Talleres de marquería mayores informes: 260 32 01

**6**  
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  
Teléfono: 263 43 96  
263 78 10  
Fax: 263 44 75  
Dirección: Calle 64 con Cra 51 D.

Porque usted cree en El Hospital,  
El Hospital quiere servirle.  
Atención particular  
a precios del sisben

HOSPITAL  
UNIVERSITARIO  
SAN VICENTE DE PAUL

CONMUTADOR GENERAL  
263 01 11 - 265 53 33  
CONSULTA EXTERNA  
ADULTOS  
263 77 07  
CONSULTA EXTERNA  
INFANTIL  
263 36 37  
RADIOLOGÍA  
263 76 10

**CONSULTA MÉDICA**  
Consulta médica especializada adultos, infantil, ginecoobstétrica y en Pensionado.

**EXÁMENES DE LABORATORIO**  
Exámenes de laboratorio clínico y patología (Toma de muestras y entrega de resultados en Consulta Externa Adultos y en Pensionado).

**EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO**

Rayos X (simple y medios de contrastes)	Videoesndoscopia
Ecografía	Rectosigmoidoscopia
Tomografía (TAC)	Broncoscopia
Mamografía	Estroboscopia
Gamagrafía	Audiología
Electroencefalografía	Electromiografía
Electrocardiografía	Prueba de esfuerzo
Eocardiografía	Monitoreo cardíaco
	Pletismografía

**ODONTOLÓGIA**  
Cirugía oral menor (encías, frenillos, dientes retenidos)  
Ortodoncia  
Odontopediatría

**y TODOS los demás servicios que usted necesite**



## LA BANDERITA DE LA CRUZ ROJA

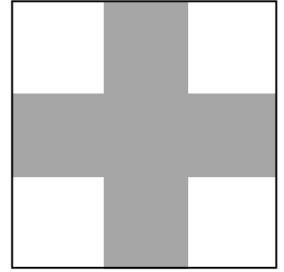
El viernes 21 de mayo será la colecta pública de la Cruz Roja o día de la banderita, desde las 8:30 a.m.

Se busca recolectar fondos para adquirir una ambulancia, la cual prestará su servicio a la comunidad.

El personal que atenderá los puestos para la colecta estará ubicado en sitios estratégicos y estará debidamente identificado.

# EL PULSO

# 11



## Medio Ambiente

# Empresas Públicas de Medellín propone reconciliación con la naturaleza

## Avanza a buen ritmo construcción de planta de tratamiento de aguas residuales San Fernando

Es indescriptible lo que puede hacerse para mejorar la calidad de vida de las personas, por ofrecer mayor bienestar y en especial por salvar el medio ambiente. Estas tres posibilidades están ejemplificadas en la planta de tratamiento de aguas residuales San Fernando, un proyecto liderado por Empresas Públicas de Medellín, que permitirá a los antioqueños el saneamiento del río y de sus quebradas afluentes, mejorará el panorama y se respirará un aire mejor. La planta de tratamiento de aguas residuales San Fernando, es una respuesta a ese incansable grito del medio ambiente: «sálvenme». Esta es quizá una de las más importantes obras que incluye el plan de desarrollo de saneamiento del río y acueducto de Empresas Públicas de Medellín. La Planta está localizada en el municipio de Itagüí, cerca de la Central Mayorista, y recibirá las aguas residuales de las residencias, industrias y comercio de dicho ente territorial y de Envigado, Sabaneta, La Estrella y posteriormente Caldas. Será la primera planta de otras que se tienen previstas y su construcción finalizará en el segundo semestre de este año.

### SANEAMIENTO DEL RIO

Empresas Públicas inició su programa de saneamiento del río y sus quebradas afluentes en la década del cincuenta, con la definición de un plan maestro de alcantarillado para el municipio de Medellín. Con base en ese plan se determinó la necesidad de construir colectores paralelos a las quebradas, para que recibieran las aguas residuales y las llevaran hasta los interceptores ubicados al lado del río y, a través de éstos, transportarlas para descargarlas luego en varios sitios para su tratamiento, como lo es la planta San Fernando.

Dicha planta se construirá en cuatro fases. Las dos primeras cubrirán un período de cinco años cada una; la tercera atenderá un lapso de quince años y la cuarta

fase reunirá los caudales de aguas residuales que se puedan generar en un futuro, correspondientes a las condiciones de saturación de toda el área tributaria de la planta.

### PROCESO DE CONTAMINACIÓN

El proceso de contaminación del río Medellín y sus quebradas afluentes empezó con la descarga directa de las aguas residuales de los alcantarillados, práctica que se dio en todo el mundo y de la cual el Valle de Aburrá no fue la excepción. A medida que la cantidad de aguas residuales fue superando la capacidad natural de recuperación de las corrientes de agua, se deterioraron las condiciones sanitarias y se generaron, entre otros, mal aspecto y olores desagradables. Los efectos de contaminación en el Valle de Aburrá se sintieron inicialmente en las quebradas afluentes. Con el tiempo, el río no pudo asimilar la alta carga de contaminación producida por el elevado crecimiento demográfico e industrial. Según informó Carlos Quijano A, ingeniero del Área de Tratamiento de Aguas Residuales de Empresas Públicas de Medellín, a la contaminación del río han colaborado varios sectores económicos y lo que está haciendo esa institución es ayudar a aliviar en gran parte ese problema, pero no queda solucionado definitivamente, pues es un asunto interinstitucional.

### LOS INGENIEROS ANALIZAN

Los usuarios recibimos agua potable a través del acueducto y al usarla en nuestra vida cotidiana, la contaminamos: Arrojamus desechos de comida, papeles, detergentes, residuos de las estaciones de gasolina, del lavado de calles, etc. La forma como los ingenieros miden esa contaminación es, indirectamente, a través de un

sayo que se llama «demanda bioquímica de oxígeno», más conocido como DBO. Consiste en que si una muestra de agua contaminada con materia orgánica es puesta en contacto con bacterias, éstas se la consumirán usándola como una fuente de energía (al igual que nosotros consumimos los alimentos) y al hacerlo consumirán oxígeno (como lo hacemos al respirar). Mientras más oxígeno consuman significará que más materia orgánica había para ser consumida. Es decir que un valor alto de DBO quiere decir que el agua está muy contaminada.

**Es bueno recordar que un río con buen nivel de oxígeno tendrá abundante fauna y flora, no presentará malos olores y será agradable estar cerca de él. Por el contrario, un río sin oxígeno es un río contaminado, sin vida.**

Otro parámetro utilizado por los ingenieros es el contenido de sólidos suspendidos (SS) en el agua residual. Ellos le dan un aspecto desagradable a los ríos y quebradas.

Cuando el objetivo de una planta de tratamiento de aguas residuales se limita a remover únicamente aquellos objetos grandes que están presentes en las aguas, tales como papeles, plásticos, envases, troncos, hojas, arena, etc, se dice que la planta es de tipo preliminar.

Si además de ello, la planta remueve partículas pesadas como pedazos de comida, sólidos de los procesos industriales, y partículas flotantes como espuma, grasas, aceites, es de tipo primario. Allí se alcanza a remover el 30% del DBO y el 60% del SS.

Cuando las plantas remueven porcentajes superiores al 85% del DBO y de SS, se les denomina de tipo secundario. La de San Fernando será como esta última.

### DETALLES DE LA PLANTA

La Planta San Fernando contará con rejillas mecánicas para remover sólidos gruesos, una estación de bombeo de agua cruda con bombas de pozo seco, desarenadores, sedimentadores primarios circulares (irán cubiertos para controlar los olores), reactores de lodos activados tipo alimentación por pasos, en los que el agua permanece por un tiempo de cuatro horas y es aireada por medio de difusores de burbuja fina alimentados por equipos sopladores.

A continuación de los reactores estarán los tanques de sedimentación final, que serán de forma rectangular y contarán con mecanismos para remover los lodos que se depositarán en el fondo. La mayoría de los lodos

se recirculará a los reactores biológicos y otra parte se retirará del sistema llevándolo al proceso de espesamiento, el cual se hará con centrífugas. Con estos equipos se logra reducir el contenido de agua de los lodos y por consiguiente su volumen.

Una vez espesado, el lodo será transportado a los digestores anaeróbicos junto con los lodos primarios, donde por medio de microorganismos hay reducción de su contenido, de su masa y de su potencial de malos olores. Adicionalmente, en los digestores se obtendrá como subproducto gas metano, el cual será aprovechado como combustible para la generación de energía eléctrica. Con esta energía se podrá atender un tercio de los requerimientos energéticos de la planta.

Los digestores permitirán un tiempo de detención del lodo de 14 días. Una vez los lodos sean estabilizados, se transportarán hasta el proceso de deshidratación, también con centrífugas, donde se les disminuye el contenido de agua hasta obtener una concentración de sólidos del 25%, lo cual facilita que el lodo sea manejable y se pueda transportar hasta su sitio de disposición final.

**En la primera fase se producirán aproximadamente 35 toneladas de lodo por día, lo que significa un volumen de 153 m<sup>3</sup>.**

### OTRAS INSTALACIONES

La Planta San Fernando tendrá además un edificio de administración, el cual contará con un laboratorio, centro de control y oficinas. Dispondrá de instalaciones para el mantenimiento y reparación de los equipos de la planta. Contará con una instalación para el control de olores, a la que se llevará fundamentalmente el aire de la zona de bombeo del agua que llega a la planta, y el aire de los sedimentadores primarios.



### PLANTA SAN FERNANDO

La planta de tratamiento de aguas residuales San Fernando está localizada en Itagüí, cerca de la Central Mayorista. Será la primera de las otras previstas y su construcción finalizará en el segundo semestre de 1999. Foto Jorge Narváez



### SU META

La planta logrará remover porcentajes superiores al 85% de la demanda bioquímica de oxígeno (BDO) y de sólidos suspendidos (SS). Foto Jorge Narváez



**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](mailto:husvp@medellin.impsat.net.co)  
[valen5523@yahoo.com](mailto:valen5523@yahoo.com)

## SE SUSPENDE COBRO DEL 1% PARA INTERVENTORIAS EN REGIMEN SUBSIDIADO

Según un informe del Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud decidió suspender a partir de la fecha y de manera indefinida la posibilidad de que las entidades territoriales descuenten del valor de la unidad de pago por capitación subsidiada (UPCS) un 1% para destinarlo a la interventoría y auditoría de los contratos del Régimen Subsidiado.

# EL PULSO

## 12

La decisión se adoptó ante la necesidad de analizar con mayor profundidad algunos aspectos técnicos para que los recursos destinados a la interventoría puedan cumplir eficazmente con esos propósitos. No obstante, esta determinación no implica que las entidades territoriales se sustraigan de su obligación legal de realizar interventorías a los contratos de Régimen Subsidiado, la cual podrá ser externa o interna.

## Cultural

# Aventuras de un alemán desprevenido en Colombia: la experiencia bancaria

Por Hubert Pöppel  
Dir. Maestría de Literatura, U de A

Llega el alemán desprevenido a Colombia, feliz consigo mismo, feliz con la vida, feliz por el clima agradable, feliz porque le dieron un trabajo, feliz porque había conseguido (sin mayores problemas gracias a la esposa colombiana) una visa de residencia en Colombia.

Piensa el alemán desprevenido que para su vida en Colombia sería provechoso tener una cuenta bancaria. No siempre tan desprevenido, pregunta primero a sus amigos. «¿Un banco? No hay sino uno recomendable, el mejor, el más seguro, el que juega un papel en el mundo, El Banco», dice el uno. «Solamente éste, el mejor, no vas a tener problemas con él», dice la otra. «Ya te voy a dar un cheque para que puedas abrir con él una cuenta en éste», dice la tercera. Desprevenido por los consejos unánimes, se dirige el alemán al Banco. «Con mucho gusto, para servirle, a sus órdenes», dice el empleado después de haber dejado esperar al alemán ya preocupado, «pero sin la cédula de extranjería, Ud. sabe, lo siento.» El alemán no sabe, pero la cédula se la



Foto Jorge Narváez

entregan al otro día. Dos días después, con la cédula, ahora feliz, dirige el alemán sus pasos otra vez al Banco, al mejor, al único. «¿No tiene fotocopia?» - el mismo empleado-. Media hora después, llega el alemán con la fotocopia y el empleado del Banco le dice: «¿Y la colilla del último pago?» La cara del alemán cambia de color, se pone rojo, y, sin embargo, consigue contenerse: «El objetivo de una

cuenta bancaria es que la empresa me consigne el sueldo; además, ¿por qué no me lo dijo la otra vez?» «Con mucho gusto, para servirle, a sus órdenes, pero...» Sale el alemán, todavía rojo de rabia, cumple con las 1001 vueltas más, obtiene el contrato de trabajo, vuelve a Alemania para arreglar los asuntos allá, y llega otra vez a Colombia, feliz consigo mismo y con el mundo. El lector sabe.

Con el primer cheque del trabajo y con la colilla de pago se dirige al Banco, desprevenido y orgulloso, seguro de haber cumplido con todas las obligaciones. «¿No tiene fotocopia?», pregunta el mismo empleado de siempre, después de haber dejado esperar al alemán, demasiado desprevenido. Con este truco gana media hora para pensar. Volviendo el alemán con la fotocopia, va al ataque el empleado: «¿Y su NIT?» Esta vez sí lo consigue. Llorando sale el alemán sin haber conseguido la mínima información acerca de esta sigla.

Después de dos horas de llanto, decide el alemán también ir al ataque. Llama al defensor del cliente del Banco. «¿Le pidieron qué?», pregunta una señorita. «Tranquilo, se lo voy a averiguar. Hoy mismo o mañana le informo. ¿En qué sucursal le dijeron eso?» Feliz y desprevenido espera el alemán un día, dos días, tres días, una semana, nada. Dispuesto a seguir luchando, investiga a propia cuenta, con la ayuda de la esposa, de la familia, de los amigos. Dos semanas después, un señor formal del DIAN le da la información y el NIT.

Desprevenido y feliz se dirige el alemán, en compañía de su esposa, al Banco con los últimos dólares para cambiarlos y abrir, después de tres meses, una cuenta en El Banco.

Son las tres de la tarde. El empleado está ocupado, pero hay otros dos. Sin embargo, el empleado tiene suerte. Los dos no atienden al alemán. La esposa hace fila para cambiar los dólares, no hay tiempo que perder. El empleado sale, el otro cliente espera. Cinco, diez minutos. Vuelve el empleado, gana otros minutos valiosos, pero no le sirve de nada. Apenas son las tres y media. Empieza con su viejo truco. «¿No tiene fotocopia?» Esta vez el alemán prevenido saca la fotocopia del bolsillo como un mago su conejo. Queda decepcionado el empleado. Empieza a llenar los formularios. «¿Cuál es el nombre, cuál el apellido?» Faltan veinte, y nada que aparece la esposa. «¿Lugar de nacimiento?» «Escriba Alemania.» El empleado piensa y escribe. Faltan quince. Por fin aparece la esposa. Pero sin pesos. Que el sistema se cayó, que quizá dentro de diez minutos. El empleado espera, mira. ¿Una leve sonrisa? El alemán desprevenido ya no ve. Las lágrimas brotan. La esposa le da ánimo. «Esperamos, quizá...» Pero el alemán sabe que ellos ganaron. Perdió el juego. Nunca va a poder abrir una cuenta en El Banco.

Postdata: Al otro día se dirige el alemán a una corporación de ahorros. En cinco minutos tiene su cuenta y vive feliz y contento con ella en Colombia.

## Aviso Orbitel

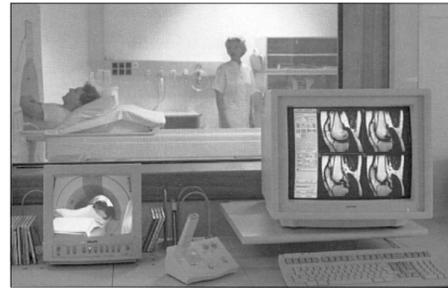
#### IV SIMPOSIO INTERNACIONAL RESONANCIA MAGNETICA

El IATM, el CES, La U. de A., el HUSVP y la U.P.B. realizarán del 21 al 23 de octubre el «IV Simposio Internacional Avances en Resonancia Magnética e Intervencionismo Vascular».

El simposio está dividido en cinco bloques: IRM en cuerpo, IRM vascular e intervencionismo, neuroimagen, cardiovascular y ortopedia. Algunos de los temas son: Avances en medios de contraste; IRM de la mama; patología biliar, correlación clínica; evaluación por resonancia magnética de la patología pélvica; intervencionismo vascular pulmonar y filtros de vena cava; stents aórticos, imagen y resultados; enfermedad inflamatoria de la columna; enfoque clínico de la enfermedad cardíaca congénita; inestabilidad articular, entre otros.

# EL PULSO

## 13



# Cuando el hospital dulcifica la muerte

En la Unidad de Cuidados Paliativos del hospital Paul-Brousse, médicos y enfermeras toman a su cargo el dolor de los moribundos. Una actitud poco común hoy

olvida con frecuencia una cosa: sobre la cama, hay un enfermo, que tiene todavía proyectos, que no tiene forzosamente por qué morir y que puede todavía vivir momentos especiales con las gentes que él ama si uno se toma la pena de controlar su dolor.»

Hoy, cuando dos franceses sobre tres terminan su vida en el hospital, se continúa cerrando las puertas para no ver las agonías. Durante las prácticas, la muerte es convertida en escarnio, el resto del tiempo es negada, dice Marie Jeanne Dien, responsable de equipo asistente de la Unidad. Para los médicos y los enfermeros, esta es una manera de protegerse. Para el enfermo, eso significa un fin de vida en una inmensa angustia. No se le dice nada, pero él nota que ningún médico viene a verlo y que nadie le habla de tratamiento o de operación.»

Aquí, es diferente. Hasta en su arquitectura, la Unidad de Cuidados Paliativos ha hecho lo contrario del hospital: en medio de los pabellones en piedra del Paul Brousse, ella es como un gracioso ovni hecho de pedazos de vidrio, accesible por una pasarela metálica. En el interior, el tapiz azul sombrío, los muros grises y salmón, las ventanas de madera y los efectos de cemento desafían los niveles hospitalarios. Se han arreglado pequeños salones con biblioteca y televisión, un rincón para los indulgentes, una sala de juegos para los niños, una cocina, un baño y una habitación para las familias. Nadie está sometido a horarios de visita y hasta se admiten animales. Solamente un día en que una paciente quiso tener una rata, nosotros nos negamos.

«Los pacientes tienen algunas veces una relación ambivalente con su enfermedad, observa Dominique Faucher, uno de los médicos del equipo. En la consulta de entrada, se trata de determinar lo que ellos saben de su estado, lo que se les ha dicho y lo que ellos han escuchado.» Operación delicada, pues si ellos sienten que su situación se degrada, no tienen forzosamente necesidad de confesarlo. Ni necesidad de «hacer frente» permanentemente. «Ellos pueden tener un discurso muy lúcido un día y hacer proyectos de vacaciones en islas lejanas una mañana. Es una forma de permanecer en el mundo de los vivos.»

#### DETALLES QUE AYUDAN

Cada día, a las catorce horas, mientras se sucede el relevo entre el equipo de la mañana y el de la noche, todo el mundo se reúne para hacer un punto sobre los enfermos. Ayudantes, enfermeras y médicos cuentan los pequeños detalles que ayudan a cada uno. M.S. no tiene deseos de comer. Desde hace dos días la comunicación es difícil con él. El nos escucha, puesto que reacciona con gestos violentos cuando se trata de hablarle. Nos hace comprender que se molesta... La señora L sufre más todavía. Ella reclama más y más dosis de morfina; quizás sería bueno modificar su tratamiento...

#### SIN DISIMULOS

¿Revista de detalles? No, momento clave. «Esta es una forma de recordar que nosotros somos los testigos de los últimos momentos de su vida, insiste Maryvonne, enfermera desde hace seis años en la Unidad. Nosotros hemos escogido este trabajo porque uno no disimula frente a los pacientes. Por nuestros gestos, con nuestra mirada, nosotros les decimos que no porque van a morir son menos respetables que los demás vivientes. Y ellos nos regresan a nuestra dignidad de asistentes.» Lejos de ella, sin embargo, hacer el angelismo. No es porque estén cerca del fin que olvidan su mal carácter. Es porque están bien rodeados que ellos se apaciguan. La bella muerte, tal como lo describe Marie de Hennezel en su libro La Muerte Intima, no existe forzosamente. «Algunos mueren rebeldos contra su enfermedad, continúa Maryvonne. Es difícil. Hay que ayudarle a la familia a entender que ella no es culpable.» Ayudar, estar presente, es el término. Pero sin saña. Guardar una distancia, anota Marie Dominique. No tratar de sustituir en el sufrimiento a la persona que va a morir. Esa es su historia; es ella quien parte, quien renuncia, quien se separa de los que ama. Tampoco tratar de absorber la pena de sus parientes. Es su duelo.»

En la cocina de las familias, la señora F vierte algunas lágrimas sobre las cacerolas. Desde hace tres semanas está allí, día y noche en la cabecera de su esposo. Nunca lo había visto tan ansioso como en las últimas cuarenta y ocho horas. En la mañana, él le había manifestado al médico que «eso» se acababa. Que quería dormir y no ser despertado. Pero que no quería perder el juicio, «No sé si sería bueno que partiera en medio del sueño. Tal vez tenga cosas que decirme, se pregunta la señora F...»

La señora H hace parte de aquellos que han vivido años de recaídas, operaciones, infecciones, complicaciones, para no ser más que un cuerpo enflaquecido y doloroso. «En su última estada en la clínica, el médico renunció a operarla, cuenta su hija. Pero no hizo nada para aliviarla. Mamá, que había sido tan valiente, se derrumbó.» La enfermera que la cuidaba remitió a la familia a la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Paul Brousse. Hoy, la señora H está en tratamiento con morfina. «Las cosas no pasan como deben pasar, dice la niña. Ella muere lentamente, sabe que se vigila sobre ella. Duermes mucho, pero no sufre. Eso es lo esencial.» Con la noche que cae, los sonidos del timbre son numerosos. Marie Dominique recorre las habitaciones, arregla una almohada, verifica una transfusión, intercambia algunas palabras.



#### «QUEREMOS OLVIDAR»

«Nosotros no somos de aquellos que empujan la jeringa, hay muchas cosas para vivir junto al enfermo, cualquiera que sea su gravedad». Foto Jorge Narváez

«Acá me gusta más que lo que hacía cuando era enfermera en cancerología, afirma ella. Yo escuchaba a los médicos decir a los pacientes: «Pues no, no hay por qué inquietarse, usted va a mejorarse»; y después, en el corredor, una vez cerrada la puerta: «No hay nada que hacer por él.» Me afligía cuando se me decía: «Tú eres demasiado emotiva», porque me afectaba la muerte de un paciente a quien había cuidado durante mucho tiempo...»

Nacido hace más de treinta años en Inglaterra, en el hospital St. Christopher, bajo el impulso de una pionera llamada Cicely Saunders, el movimiento de cuidados paliativos hizo camino lentamente en Francia. Se clasifican hoy más de 700 camas en el país y 57 equipos móviles en ejercicio en los hospitales. El Senado acaba de hacer una serie de audiciones pú-

blicas sobre este aspecto. Bernard Kouchner, secretario del ministerio de la Salud, anunció un plan anti-dolor para acompañar mejor el final de la vida y el desarrollo de las unidades móviles. Se comienza a comprender poco a poco que el dolor es una enfermedad en la enfermedad. «Me acordaré siempre de aquel señor que llegó aquí como un muerto viviente, cuenta Marie Jeanne Dien. No era más que sufrimiento. No tenía sino la piel sobre los huesos. Algunas semanas después, una vez controlado el dolor, resucitó literalmente.»

A las 21 horas, el equipo de la noche hace el relevo. Últimos medicamentos. El silencio cae sobre la Unidad, entrecortado por los ataques de tos de M.D. Y después, imperceptible, el sonido de una radio que habla de Argelia.

Por Cecile Thibaud

Traducido de L'Express,

por Gustavo Marín P. Especial para El Pulso

La señora B. ya no abre más los ojos. Desde hace algunos días se ha sumergido en un silencio que hace presagiar que su fin está muy cercano. La familia desfila alrededor de su cama, en la Unidad de Cuidados Paliativos del hospital Paul Brousse, donde ella entró hace dos semanas, a causa de un cáncer generalizado. Poco a poco ha ido dejando de hablar, ha caído en un completo letargo. En la reunión de la mañana, médicos, enfermeras y ayudantes se preguntan: la morfina calma sus dolores, ella no sufre. Entonces ¿por qué ese rostro tenso, por qué ese cuerpo agitado de sobresaltos? «Como si ella no quisiera partir, como si esperara alguna cosa», sugiere Marie José Franco, la médica interna.

La respuesta vendrá por medio de una llamada telefónica. Un interlocutor pide hablar con la señora B. Se presenta como un amigo muy cercano y explica que él no puede visitarla porque no quiere encontrarse con su familia. Una enfermera conviene una cita telefónica con él y hablar cuando la señora B esté sola en su pieza. Al escuchar la voz del hombre, la enferma emerge de la inconsciencia. Manifiesta que ella lo reconoce, le habla largamente. «Dame un minuto más para decirle hasta luego», dice a la enfermera, antes de colgar. Por la tarde, la señora B se extingue suavemente, rodeada de los suyos.

¿Amigo? ¿Amante? Que importa. Ella pudo darle los adiós a una persona importante para ella», explica la doctora Michele Salamagne, responsable de la Unidad. En la mitad de los años 70, ella había abierto el camino en Francia, con la primera consulta hospitalaria especializada en el dolor. Es a ella, que la Asistencia Pública confía la creación de la primera unidad de cuidados paliativos, en febrero de 1990, en el Hospital Paul Brousse, tres años después de la apertura del servicio del profesor Abiven, en el Hospital Internacional de la Universidad de Paris.

#### ACOMPañAR AL ENFERMO HASTA EL FINAL

Diez camas, para acoger enfermos «terminales». Duración media de la estada: veintiún días, pero todo es posible. Algunos permanecen hasta ocho meses en la unidad. La mayoría llegan después de años de lucha contra el cáncer o una afección neurológica. «Nosotros los recibimos cuando ya la medicina no puede hacer nada por ellos, señala Michele Salamagne, porque justamente ella puede todavía hacer alguna cosa. Si no va a aliviarlos, puede cuidar los síntomas. Gracias a la morfina, puede calmar el dolor. Ella puede también dar tranquilidad, escuchar a la persona, respetarla y acompañarla hasta el final.» Aquí, las cosas son claras, no se practica la eutanasia. «Nosotros queremos aliviar, acompañar, no abreviar, insiste la médica. Cuando yo veo un nuevo paciente inquieto por lo que pueda pasarle entre nosotros, yo le digo: «Nosotros no somos de aquellos que empujan la jeringa, pienso que al contrario, hay muchas cosas para vivir juntos, cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad.» Trece enfermeras, ocho ayudantes, seis médicos, un psicólogo y un batallón de indulgentes se relevan para tomar a su cargo al enfermo «en su globalidad». Porque él no es simplemente un cuerpo sufriendo, sino también un ser angustiado frente al final que él adivina próximo. El tiene necesidad de cuidados, pero también de presencia, de hablar o de callarse.

#### LO IMPORTANTE ES LA RELACION

«Señor M., quiere lavarse la cara usted mismo?» El hombre esboza un gesto, toma la esponja y la dirige a su frente. Philippe, el enfermero, agrega: «Quisiéramos mirar su curación. ¿Quiere voltearse? Lentamente, Philippe desnuda al hombre, voltea el cuerpo flacucho y limpia la llaga. Curar las heridas, cambiar las sábanas, peinar, afeitar... cada mañana el arreglo y el cuidado pueden tomar más de una hora por paciente. Es la dimensión relacional lo importante, subraya Philippe. Tratamos de adaptarnos a la persona en el final de su vida. Su universo se restringe, todo va demasiado rápido para ella. Lógica imparable. «Se

Gases Industriales de Colombia S.A.

Óxido nitroso,  
oxígeno medicinal domiciliario,  
mezclas certificadas de gases,  
diseño de redes  
tipos 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**

## LIQUIDAN A ECOSALUD

Los accionistas de Ecosalud S.A. ratificaron la disolución de la misma. En un documento producido por la administración de la entidad se señala que la empresa, creada en el desarrollo de la ley 10 de 1990, ha sido corrupta e ineficiente, y que no ha respondido a las expectativas de sus socios. La entidad tiene inversiones diversas por más de 14 mil millones de pesos, dineros que pertenecen a los servicios de salud y que no han sido transferidos a los entes territoriales.

# EL PULSO

14



## La Gestión de los Servicios Públicos en España

**Beatriz Corchuelo Martínez-Azua**  
Profesora Universidad de Extremadura,  
España

**E**s reciente en España el debate sobre la creación de fundaciones sanitarias para gestionar los centros hospitalarios. Se ha desatado toda una polémica en torno a la conveniencia o no de la gestión privada de los servicios públicos, así como del papel y las dimensiones del Estado, que es el encargado de suministrarlos.

El Estado del Bienestar se tambalea debido a los enormes gastos que significa la redistribución de la renta vía Presupuestos Generales. La idea del papá Estado le ha obligado a hacerse cargo de todo lo que estuviera en crisis y a satisfacer una gran cantidad de servicios públicos, y esta filosofía tiene su freno en la carga impositiva que está dispuesta a asumir la sociedad para garantizar el mantenimiento de un gasto público por encima de sus posibilidades sin recurrir al endeudamiento.

La disciplina presupuestaria a la que obliga la Unión Europea y la globalización de la economía, han logrado dos cosas con relación al Estado de Bienestar español en esta etapa considerada de bonanza económica: primero, el logro de reducir y contener el gasto público sin superar un tope que podría perjudicar a las otras economías europeas interconectadas; segundo, la necesidad de producir a los costes más bajos posibles, dada la competencia de países terceros.

### BUSQUEDA DE SOLUCIONES

Se han buscado las soluciones a través de dos vías importantes: una, la de desprenderse progresivamente de las empresas públicas, con lo que el Estado español ha pretendido lograr que las empresas privadas puedan actuar en un marco abierto, estable y que facilite la labor de crear riqueza y puestos de trabajos. Con la privatización se han conseguido dos objetivos básicos: primero, el reducir gastos de personal por la nómina de los funcionarios públicos a su cargo, y segundo, el reducir la carga de deuda pública mediante la venta de los activos que tenían un atractivo inversor para los particulares, en especial en servicios de telecomunicaciones, petróleo, gas y energía (Telefónica, Repsol, Endesa).

La segunda vía, es a través de nuevas fórmulas de gestión de los servicios públicos. En este punto, se están acelerando considerablemente los procesos, si bien España se encuentra todavía en el inicio del camino. En el caso de la salud, recientemente se planteó la creación de fundaciones públicas sanitarias para introducir mejoras en la gestión de los centros hospitalarios.

De esta forma lo que se pretende es reducir y situar el papel del Estado al lugar que le corresponde, es decir, como el Estado Mínimo y, a la vez, como el Estado facilitador, como la representación social que facilita la labor a sus ciudadanos, en vez de frenarla o de distorsionarla.

Respecto a la segunda vía a la que hemos hecho alusión, la coexistencia de lo público y lo privado en la satisfacción de las necesidades sociales, como la sanidad, la educación, es ya una realidad tan arraigada que nos hemos de preguntar cuál de los dos modelos es mejor, más barato y socialmente más útil. Aplicar la filosofía de la empresa privada al sector público, no significa que se esté privatizando el servicio que se ofrece. Al contrario, lo que tendría que significar sería la posibilidad de introducir las mejoras que el sector privado significa sobre el sector público, en términos de racionalidad, eficacia y eficiencia, de forma que se vieran favorecidas y garantizadas las prestaciones sociales.

En este sentido, se argumenta precisamente la conveniencia de una gestión privada en la provisión de los servicios públicos, por tres razones básicas: la competencia favorecería una mejor asignación de los recursos, la gestión privada permitiría una mayor eficacia; y, se acabaría con las élites burocráticas y la falta de racionalidad que establece la excesiva burocracia en el sistema.

El primer argumento no está garantizado para todos los casos y mercados, tal y como lo han señalado múltiples economistas. Además, en el sector sanitario la provisión privada de los servicios conlleva grandes costes administrativos y de gestión que encarecen el servicio, como en el caso de Estados Unidos, o disminuyen las disponibilidades para asistencia sanitaria como sucede en Gran Bretaña.

Respecto al segundo argumento, la gestión

privada busca la rentabilidad y evita los riesgos, que no se distribuyen homogéneamente entre la población. No obstante, no se ha podido demostrar que, a iguales niveles de calidad de las prestaciones y complejidad de las enfermedades atendidas, sean más baratos los centros privados.

### PUBLICO VS PRIVADO

Por último, respecto a las supuestas características intrínsecas de los funcionarios públicos, en la actualidad la mayoría de los trabajadores del sector público realiza su tarea con dedicación y se ha comprobado que su eficacia no es muy distinta a la de los trabajadores del sector privado.

Por otro lado, existen importantes razones de peso que propugnan una gestión pública de los servicios básicos:

#### ■ 1- La protección de derechos fundamentales.

Servicios como la salud y la educación están reconocidos tanto por la Declaración de Derechos Humanos como por la Constitución Española. Se trata de derechos de todos los ciudadanos sin excepción, que precisan de protección efectiva, en todos los casos y en todo el territorio del Estado español, y son los poderes públicos quienes tienen que garantizarlo.

#### ■ 2- La equidad y la solidaridad.

Los servicios públicos suponen un esfuerzo solidario de todos: sanos con enfermos, los que tienen mayores ingresos con los más desfavorecidos, los más jóvenes con los ancianos. La finalidad es responder a las necesidades de los individuos, para que todos reciban las atenciones que precisan sin tener en cuenta su raza, su nivel socioeconómico, su edad o su ubicación geográfica. Este principio se quiebra cuando aparecen intereses empresariales que buscan la ganancia y no la equidad.

#### ■ 3- La calidad del servicio.

Sólo los servicios públicos permiten asegurar una elevada calidad, sobre todo en aquellos casos en que la calidad aparece como intangible y difícil de percibir para los ciudadanos. La red pública opta por la calidad, que es costosa (equipamientos, equipos de guardia, personal suficiente), y la privada, más bien por la hostelería. Pero cuando hay complicaciones importantes, los enfermos son derivados al sector público que soluciona los problemas, cuya práctica produce una transferencia económica de lo público a lo privado, ya que éste se especializa en lo rentable y lo público corre con las pérdidas. ¿Qué pasará cuando se impongan los criterios privados en toda la red sanitaria? La autonomía profesional, fundamental para que cada enfermo reciba las atenciones que precisa, choca con los criterios de ahorro y control del gasto de los gerentes, como se ha comprobado en EEUU o en Gran Bretaña.

#### ■ 4- La privatización de la gestión podría llevar a la privatización de los servicios públicos.

Cada sistema tiene su propia lógica, la gestión privada tiende a introducir la lógica del mercado, la competencia, la mercantilización de los derechos básicos, que dejan de serlo y se convierten en capacidad de compra.

#### ■ 5. La gestión privada acaba con los sistemas de participación y el control.

El control y la participación de profesionales y usuarios son fundamentales en los servicios públicos, tanto porque están siendo financiados con el dinero de todos, como porque sus propias características precisan de una activa colaboración de ambos sectores para su buen funcionamiento. Se tendrá que comprobar con la experiencia, la conveniencia o no de introducir la gestión privada en un servicio público como es la sanidad. Los servicios públicos deben transformarse continuamente, pues las necesidades sociales a las que atiende son también objeto de un continuo cambio. La finalidad de crear un Estado Facilitador, y de mantener una garantía de equidad y calidad en la prestación de los servicios sociales, como es la sanidad, continúan siendo los objetivos básicos y la meta que se habrá de conseguir.



ASPECTO DE LA CIUDAD DE SEVILLA, ESPAÑA

# aviso fresenius

## COMPOSICION COMITE TECNICO DE MEDICAMENTOS

Otra decisión importante del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es la modificación y actualización en la composición del comité técnico de medicamentos, el cual está encargado de estudiar y recomendar los criterios para la actualización del listado de medicamentos esenciales del Plan Obligatorio de Salud, para cuyos

# EL PULSO

15

miembros se fijó la designación para un período de dos años. Estará compuesto por un representante de: La sala de Medicamentos de la Comisión Revisora del Invima, del Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos, de la Sociedad Colombiana de Medicina Interna, de la Asociación Mayoritaria de IPS y de la Asociación Mayoritaria de EPS.

# Resolución 2546, hacia una adecuada administración del sistema de salud

Por Juan Carlos Giraldo Salinas, Jefe de Contratación y Facturación y Rafael Antonio Ramírez Aparicio, Jefe de Informática, HUSVP

**P**ara el 1º de Julio de 1.999 se tiene establecido dar inicio al suministro de información según lo reglamentado en la resolución 2546, que pretende obtener un registro completo de hechos y datos acerca del funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud del país. Ello permitirá entre otras cosas, determinar con mayor precisión la morbi-mortalidad de la población, los planes de beneficios, el costo de los servicios de salud, para así poder realizar una adecuada administración del sistema.

La implementación de esta resolución presenta entre otras las siguientes dificultades estructurales que afectan los cuatro componentes básicos de información como son: 1. Las tablas de referencias que estandarizan la identificación de los servicios, procedimientos, diagnósticos, especialidades, instituciones, tipos de usuarios, etc.

2. La identificación de los afiliados y vinculados al SGSSS.

3. Los planes de beneficios estructurados de acuerdo a la codificación del CUPS (Clasificación Unica de Procedimientos de Salud) y de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Estos tres pro-

meros no tienen en el momento una identificación única, lo que permite diversas interpretaciones y de esta manera el cuarto componente que se constituye en el registro de las atenciones en salud, no se le puede garantizar una asignación correcta. Además al interior de los hospitales se evidencian otras dificultades como son: La problemática asociada al Año 2000, donde la Superintendencia de Salud afirma que el sector salud es de los más atrasados en el país y según la circular externa 080 de 1999 a más tardar el 30 de Mayo/99 cada institución debe emitir una certificación de conformidad para soportar el cambio al año 2000 y al 30 de Junio se debe tener un plan de contingencias. Esta es una acción prioritaria a nivel mundial y que se constituye en un factor de supervivencia para las instituciones, que requiere grandes inversiones de recursos humanos, financieros y tecnológicos, lo que inclusive supera la capacidad de inversión actual de los hospitales, esto limita la puesta en operación de esta resolución que requiere inversiones iniciales por parte de las IPS, tanto de recursos humanos para coordinar su implementación, diseñar formatos, hacer pruebas de las modificaciones a las aplicaciones, capacitar a las personas involucradas en los diferentes procesos y agregar nuevos recursos tecnológicos, así como el sacrificio de los formatos existentes.

### NUEVA CULTURA

Además, se requiere de un tiempo pro-

dencial para establecer la nueva cultura de estos registros entre el personal asistencial, mediante un proceso continuado de sensibilización y capacitación, dado que se requieren muchos procesos manuales para capturar la información que debe ser digitada posteriormente, porque los hospitales no cuentan con la estructura tecnológica, ideal hacerlo en forma automatizada. Es importante también tener en cuenta que la resolución deja por fuera la población que paga directamente los servicios de salud, los pacientes subsidiados 100% por las instituciones que corresponden a atenciones de pacientes sin ningún tipo de vinculación y que en la mayoría de los casos proceden de otros departamentos.

Se plantea realizar una implementación gradual, en el orden lógico de construcción de un sistema de información, con metas mínimas, que una vez alcanzadas permitan avanzar en las siguientes etapas, lo cual va a favorecer obtener unos datos de buena calidad que le permitirían al país tomar las mejores decisiones para beneficio de todos los actores. La etapa inicial corresponde a la definición de los componentes estructurales básicos de información, que debe estar disponible para todos los actores en medios electrónicos de fácil acceso y que se reglamente su permanente actualización. Este paso facilitaría las relaciones entre todos los actores del sistema y se resolverá entre otros problemas la doble afiliación, la manipulación de las bases de datos y la in-

terpretación de los planes a los cuales se tiene derecho.

Proponemos que el envío de información de los registros individuales de atención en salud se pueda hacer directamente desde las IPS a los entes administrativos del estado en una primera etapa, esto simplifica inicialmente el proceso y permite al nivel central tener información valiosa para su análisis, disminuye los riesgos de duplicar información, mejora la oportunidad y no interfiere en las relaciones comerciales entre las IPS - ESE - EPS - ARS. Posteriormente esta información se debe disponer en tiempo real para todos los actores del sistema.

Paralelamente se debe normatizar cuáles son los soportes que se eliminan con la implementación de la resolución: por ejemplo, el resumen de atención de la resolución 3905 y todos los demás formularios establecidos, para que no se sigan exigiendo y también para evitar que se realicen a través de la contratación con las EPS - ARS - DLS - DDS, requerimientos de información que hacen parte de esta resolución y que todavía no se han implementado.

Ante las actuales circunstancias consideramos que se requiere una revisión urgente del proceso de implementación de la resolución, que permita de una manera organizada obtener la información necesaria para la adecuada administración del sistema de seguridad social de salud, de lo contrario se constituirá en otra disposición legal que no reportaría los beneficios esperados para el país.

## Afrontan crisis, residentes de medicina en Antioquia

A los residentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia se les suspendió recientemente el pago de la beca crédito que otorgaba el gobierno a través del ICETEX y el Ministerio de Salud, la cual estaba consignada por el artículo 193 de la ley 100 de 1993. Ello los ha obligado a efectuar un paro y otras manifestaciones, según explicó Giojan Peláez Mejía, presidente de la Junta de Anir.

Los médicos residentes se han manifestado a través de la Asociación Nacional de Internos y Residentes, luego de agotar todas las instancias y mecanismos legales posibles, incluida la solicitud respetuosa de petición a las autoridades correspondientes para obtener el pago de la beca crédito. Informó a EL PULSO el doctor Peláez que «ellos son profesionales y médicos generales en entrenamiento, que cubren una gran carga asistencial en las diferentes instituciones donde laboran». Agregó además que «su objetivo principal es conseguir el reconocimiento de un derecho adquirido como es el pago de la beca crédito, que aunque sólo es de dos salarios mínimos legales vigentes, es vital para su sostenimiento con algún grado de dignidad y así dedicar su tiempo básicamente a la formación profesional, con las exigencias académicas que esto requiere. De lo contrario verían frustradas sus aspiraciones, retirándose de sus estudios para salir a buscar una fuente de sostenimiento económico. Situación paradójica en comparación con otros países donde la importancia de la educación en salud es una prioridad para el desarrollo y bienestar de la sociedad, por lo cual se incentiva con salarios dignos a los residentes».

Finalizó diciendo que «el compromiso es entonces con la supervivencia de la universidad pública, como única posibilidad para acceder a la educación superior de las personas menos favorecidas económicamente y que se comprometen con la salud y el desarrollo de la sociedad colombiana».

## Facultad de Salud Pública de la U. de A. Celebra 35 años

**H**ace 35 años, le fue ofrecida a la Universidad de Antioquia, lo que en ese entonces se llamó la escuela superior de higiene de Bogotá y entró a funcionar bajo el nombre de escuela de salud pública. Era una dependencia del departamento de medicina preventiva de dicha facultad del alma máter.

En la actualidad la facultad cuenta con programas de pregrado y posgrado, en el primero hay 700 estudiantes en tres carreras y en tres tecnologías: gerencia en sistemas de información en salud, administración de servicios de salud con dos énfasis, uno en gestión de servicios de salud y otro en la parte sanitaria y ambiental. Hay tres tecnologías: saneamiento ambiental, información en salud y administración. Y 600, en el postgrado más antiguo de América Latina, con 1500 egresados desde su iniciación.

Según John Flórez, decano de la Facultad de Salud Pública, «queremos que la facultad sea una casa de altos estudios en salud pública, con una proyección hacia el futuro, en el sentido que respondan los egresados a las reformas que en salud se están haciendo en Colombia y Latinoamérica. Que sean profesionales que hayan tenido una educación integral en los aspectos de salud pública, con una tecnología educativa moderna, con docentes altamente calificados, con relaciones internacionales grandes».

### CONGRESO INTERNACIONAL

El acto central para la celebración de esta efemérides será el «Congreso internacional salud para todos y formulación de políticas de salud pública para el siglo XXI», el cual se llevará a cabo del 7 al 10 de diciembre de 1999 en el Hotel Intercontinental de Medellín. En él se discutirá la posición de los diferentes países frente a los procesos de la reforma del sector salud y se hará un replanteamiento de la política de salud para todos, dando por su puesto prioridad a la formulación de políticas



### EFEMÉRIDES

La Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia está celebrando 35 años de existencia. Foto Jorge Narváez

hacia el siglo XXI.

Paralelo a este certamen habrá un congreso de estudiantes nacionales e internacionales de salud pública. La reunión de egresados de la facultad de salud pública, para discutir las dificultades en su formación. La reunión de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Salud Pública -ALAEST- que alberga todas las instituciones que forman recurso humano en salud pública en el continente latinoamericano. Nuevas tendencias de la educación. Y finalmente se conformará una red latinoamericana por la salud pública, que permita tener canales de comunicación para intercambiar experiencias sobre estos aspectos. Los temas del congreso son: Políticas de salud para todos de cara al nuevo milenio; acer-

ca de la estrategia para la calidad de vida y el bienestar de la población; el papel del Estado en la formulación de políticas de salud pública; implicaciones de los cambios y tendencias mundiales a la formación del personal de salud pública; salud, pobreza y desarrollo; derechos humanos, salud y paz; medio ambiente y salud; impacto de las actuales reformas sobre la salud pública, y finalmente la historia de la salud pública.

Se ha convocado a la OMS, OPS, Unicef, Min de Salud, Dane, DSSA, Secretaría Municipal de Salud, Cohan y al Movimiento Nacional por la salud pública.

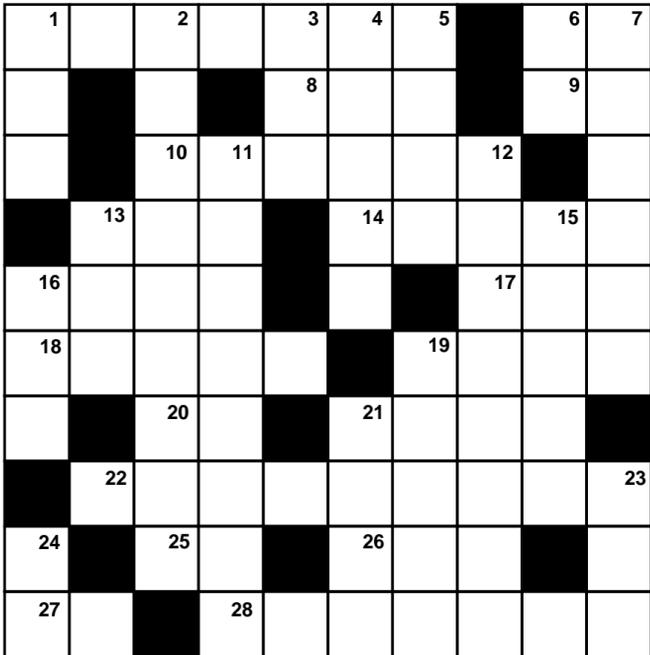
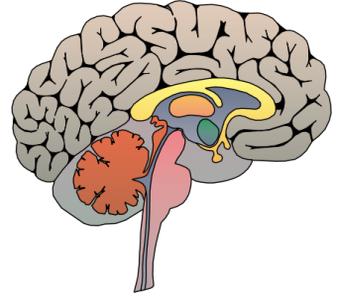
Se espera la asistencia de 700 personas entre estudiantes, profesionales de la salud y científicos sociales.

## NEUROCIRUGIA AL DIA

Este es el nombre del III Congreso para Médicos Generales que tiene previsto la Universidad de Antioquia, la Facultad de Medicina y el servicio de Neurocirugía para el 21 y 22 de mayo. Está dirigido a médicos y estudiantes de dichas áreas.

# EL PULSO

## 16



## CRUCIPULSO

Por Jesús Misas

### VERTICALES

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Empresa Promotora de Salud.</li> <li>2. Punta de la lengua.</li> <li>3. Repase con la vista lo escrito.</li> <li>4. Marca, signo o distintivo.</li> <li>5. Inv. Aplicase a las cosas cuyas partes están separadas más de lo regular</li> <li>6. Preposición - bajo, debajo.</li> <li>7. Inv. Conjunto de factores hereditarios contenidos en la serie de</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Inv. Cualquier movimiento rápido, como el parpadeo.</li> <li>12. Enfermedad caracterizada por la eliminación excesiva de orina.</li> <li>13. Inv. Acción y efecto de reír.</li> <li>15. Inv. Conjunto de condiciones atmosféricas</li> <li>16. Prefijo que denota relación co el oído féricas.</li> <li>19. Forma alternativa de un gen que puede</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>ocupar un locus cromosómico específico.</li> <li>21. Acción de labrar la tierra.</li> <li>23. Institución Prestadora de Servicios.</li> <li>24. Prefijo que significa lejos de, sin, o fuera.</li> </ol> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Espera la solución en el próximo número

### HORIZONTALES

1. Primer órgano informativo del sector salud.
6. Sociedad Anónima.
8. Inv. Acción de leer.
9. Inv. Símbolo químico del Molibdeno.
10. Inv. Que daña.
13. Prefijo que significa yo.
14. Inv. Unidad monetaria de Nigeria.
16. Inv. Prefijo que denota relación con la región Iliaca.
17. Acción y efecto de amar.
18. Sin r al final, instrumento de cirugía que sirve para hacer punciones.
19. Inv. Joroba, corcova.
20. Grupo paramilitar , dentro del partido Nacional Socialista Alemán, creado por Hitler en 1921.
21. Inv. Ida, atontada.
16. Prefijo que denota relación con el oído.
22. Inv. Acumulación de pigmentos biliares en la sangre cuya señal exterior más perceptible es la piel y con Juntivas amarillas.
25. Afirmativo.
26. Cerveza inglesa.
27. Símbolo químico del Xenón.
28. Retraso mental leve.

## 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