

Premio Internacional para INSER

Ver página **12**

Profesión médica, camino a la reglamentación

Ver página **13**

El HUSVP se prepara para el 2000

Ver página **15**

Un testimonio de fe en el hombre, la pintura de Jaime Guevara

Ver página **15**

# EL PULSO

Periódico para el sector de la salud

Medellín, Colombia • - Nº 9 • - Junio - 1999 • Valor: \$1.000

## Médicos, desplazados por el negocio

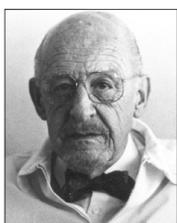
Por Doris Janeth Orrego, periodista

«A mayor número de pacientes atendidos, más dinero», es la premisa que manejan hoy en día los profesionales de la salud, quienes se han visto abocados a un deterioro real de sus ingresos, de su prestigio y de su estatus social.

En 1976 un médico general ganaba cerca de 20 salarios mínimos vigentes y hoy el más privilegiado alcanza 8 salarios mínimos legales. Igual situación se presenta con el especialista, que en la década de los setenta ganaba entre 21 y 22 salarios mínimos y hoy sólo devenga 10 u 11 salarios mínimos. En cuanto al estatus, la mayoría de médicos se ubicaban en estratos 5 y 6, actualmente gran parte de ellos están en el tres.

PAGINA 6

## Perfiles Tomás Quevedo, "No apto para vanidosos"



Médico gastroenterólogo, escritor, pintor, escultor... Versiones de una inteligencia sublevada.

PAGINA 11

# Seguro Social, Cóndores no entierran todos los días



VIVIR, SOBREVIVIR O LIQUIDARSE... El futuro del ISS, una pregunta cuya única respuesta, según sus directivos está en manos del Gobierno. Foto John Gaviria

Por Ana Ochoa y Patricia Pérez

La principal EPS del país está hoy más que nunca en entredicho. Su pasado es oscuro y conflictivo, su presente es insostenible y su futuro es un peligroso interrogante. Con él está en juego la estabilidad de todo el sistema de la salud, cuyos errores o aciertos tienen un impacto social incuestionable.

Frente a la crisis, EL PULSO convocó a representantes de diferentes sectores, cuyas opiniones favorecen un debate necesario sobre el futuro de la Institución. Directivas del Seguro Social, usuarios, médicos, empresarios,

EPS privadas, académicos, dan un primer paso hacia la discusión amplia que exige el tema. Porque más allá de las críticas al Seguro, juzgado tradicionalmente de ineficiente, corrupto y terriblemente centralizado. Más allá de las cifras apabullantes. De los mil y un datos: que la EPS del ISS recibió en 1.998 1.6 billones de ingresos y gastó dos billones, que las tutelas son millonarias o que son enormes los robos...está, en cadena, un sector aporreado y 12 millones de usuarios cuya situación es de creciente incertidumbre. La salud está amenazada y el país deberá reaccionar ante el desplome.

PAGINAS 2, 3 y 5

En el Bajo Cauca

## No más intoxicación por mercurio

La Dirección Seccional de Salud de Antioquia, a través de la dirección de epidemiología y promoción de salud, conjuntamente con Asmedas, Secretaría de Minas, la Facultad de Minas y Metalurgia de la U. de A, están realizando el programa de «Vigilancia en salud pública de la intoxicación por mercurio», el cual ya se encuentra en la fase de implementación. El objetivo es erradicar la intoxicación por mercurio de las zonas del Bajo Cauca, en especial del municipio de El Bagre.



Foto John Gaviria

PAGINA 7



VER CUPÓN EN LA PÁGINA 8

## LEA EN ESTA EDICIÓN

El CRAE: Solicitudes vs. autorizaciones

PÁGINA **12**

¿Hacia dónde va el sistema de salud catalán?

PÁGINA **14**

Crucipulso

PÁGINA **16**

Observatorio La salud en medio del desastre

PÁGINAS **8 y 9**

Editorial: ISS ¿a dónde has llegado?

...Está en cabeza del Instituto obrar con toda atención y diligencia para encontrar la solución, poner los correctivos y evitar, como tantas veces ha sucedido, que se nos obligue a los dóciles contribuyentes a tapar errores y ligerezas, y sobre todo, para que no mueran inermes los enfermos. Es lamentable ver al ISS en el actual estado y más, mucho más triste ver el drama de sus afiliados enfermos.

PÁGINA **4**

## MEDELLIN SI VIGILA

Este es el nombre del nuevo boletín institucional de la Secretaría de Salud, que informa a los prestadores de servicios acerca del comportamiento estadístico de las enfermedades en la ciudad. Este órgano informativo tiene periodicidad semanal, trimestral y anual, y su primera edición está dedicada a las patologías registradas en 1998, con un análisis comparativo frente al año inmediatamente anterior.

# EL PULSO

2



## Debate

# Seguro Social, Cóndores no entierran todos los días

## “Si nos quedamos así, en un año no tendremos Seguro Social”

El ISS, un descalabro bien construido

Entrevista con el Director Regional de la EPS del ISS, doctor José Fernando Hoyos.

Por Ana C. Ochoa

A quello de que la Ley del fracaso no es caer sino resbalar. Que derrumbarse no es acto de un instante y que los procesos de ruina son bien organizadas decadencias, cobra significado aterrador cuando se examina la historia de una institución como el Seguro Social. «El Seguro Social, para siempre», este mensaje de la millonaria campaña publicitaria desplegada por el exdirector del ISS Carlos Wolff, es una muestra más de que la palabra «siempre» es tantas veces mensajera secreta de fatalidad. Y en este caso de una muy bien gerenciada catástrofe. Fueron años de descontrol generalizado. De buenas intenciones y acciones, quién lo niega, pero muchas de ellas atajadas por la actitud abusiva de personas propias y ajenas a la Institución. De funcionarios de ambición incalculable, inmovibles ante la enfermedad y para los cuales el dolor de los otros nunca fue alarma suficiente. Así es que ahora, dicho por sus propios directivos, el futuro del Seguro es corto si no se da una curva tremenda, pero bordeando el abismo de la mano del Gobierno. Aunque muchos no ven en él verdadera voluntad de salvar al ISS y consideran que la salud será asunto del sector privado, otros cifran en él la mayor expectativa.

### EJEMPLOS RECIENTES

El caso es que al tiempo que crecían las deudas del Seguro, que hoy lo tienen al borde de la quiebra; al tiempo que el ISS se derrotaba a sí mismo preparando medidas como la libre adscripción; al tiempo que se administraba el bienestar de millones de usuarios que ni siquiera sabían cuántos eran porque no existían -ni existen- siquiera sistemas para contarlos; al tiempo que los llamados usuarios iban envejeciendo, cultivando la mayor seguridad que todos tenemos que es la enfermedad -y las dolencias que estallan hoy no tienen forma de ser atendidas (cirugías del corazón represadas, casos de muertes por desatención, 200 tutelas diarias...)- al tiempo, en fin, que se desbordaba la crisis sembrada en 50 años de historia, el presidente Ernesto Samper hablaba de «finanzas saneadas» y agregaba: «Gracias a la dedicación y entusiasmo con que todo el equipo del Seguro ha asumido su labor, bajo la acertada dirección y el trabajo incansable de Carlos Wolff, hoy contamos con una institución preparada para sobrevivir en un mercado cada vez más dinámico y competitivo.» Y enfatizó, el entonces presidente del ISS, Carlos Wolff, en «convertir el ISS en el eje central del nuevo esquema de la seguridad social y en una empresa caracterizada por la transparencia, la eficiencia, la desburocratización y la despoli-

tización». También dijo, en relación con su campaña de imagen «El Seguro Social para siempre», que «El cambio de imagen del Instituto tiene un profundo significado». Profundo, sí. Hay quienes dicen que para descifrarlo estamos bajando a los abismos.

**En la cresta de la ola, el director regional de la EPS del ISS, José Fernando Hoyos, habló para EL PULSO**

¿Cuál será el futuro del ISS?

J.F.H: El Seguro Social reúne el mayor número de personas, 12 millones aproximadamente, y éstas tienen derecho a la salud. Estamos en una situación grave, seguramente el Gobierno hará algo en su debido momento. ¿Y mientras ese «debido momento» llega qué va a pasar con los 12 millones de usuarios cuya atención está siendo afectada?

J.F.H: La oportunidad de servicios que el ISS le está brindando a sus usuarios no es la mejor y estamos trabajando para mejorar pero como es imposible hacer milagros, las dificultades en el servicio pueden seguir durante todo el año. No podemos crear falsas expectativas. Tenemos que ser absolutamente claros.

**¿Así las cosas ustedes estarán preparados para enfrentar las tutelas que, por deficiente atención, los van a avasallar?**

J.F.H: Ese es otro de nuestros grandes problemas porque diariamente nos ponen entre 150 y 200 tutelas, la mayoría falladas en contra del Seguro. Entonces el presupuesto del ISS no lo manejamos nosotros sino los jueces. El paciente en un 99% es el beneficiado. Este es un asunto muy delicado, muy difícil de analizar. De todas formas, hemos notado cierta tendencia a aporrear al ISS y a favorecer al usuario aunque éste, muchas veces, haga solicitudes que no tienen razón de ser. Nosotros hemos creado un departamento de tutelas, que aunque no está en el organigrama, tiene a unas 40 personas trabajando en el tema.

**Los problemas de la atención a la gente revelan la existencia de un desplome interior del Seguro.**

J.F.H: La verdad es que estamos en una situación muy difícil, agravada por circunstancias absurdas que entorpecen el funcionamiento. Por ejemplo, la ausencia de un Software adecuado que nos permita, mínimamente, saber cuántos somos, cuántos se retiran, cuántos se pasan para otras regionales...Cuánto dinero entra, cuánto sale.

**Y saber también cuánto les deben, aunque la evasión no puede ser argumento para explicar la crisis...**



### EPS SIN CARA

«Es la única EPS que no tiene cara, que no tiene una persona a quien uno le pueda solicitar algo y que le responda. En el Seguro Social todo queda en el limbo».

J.F.H: La evasión es tremenda, llega al 45%. Entonces el dinero de que disponemos apenas alcanza para mantener en funcionamiento nuestra red propia de clínicas y centros de atención, y para cumplir con pago de nóminas y demás obligaciones. Hay muchos que no evaden de manera malintencionada sino que, por las dificultades generalizadas que vive el país, no tienen realmente forma de pagar. Otros sí son tramposos y hacen toda clase de chanchullos, como es el caso de muchas fábricas que tienen por decir algo 2 mil empleados, trastornan las autoliquidaciones y dan cuenta de 500. Otro caso: Debido a que el carnet cubre un mes más, entonces ingresan a los empleados en enero, los sacan en febrero, los vuelven a meter en marzo...y entonces tienen cobertura durante 12 meses, pero sólo pagan 6.

**¿Qué están haciendo para controlar estas situaciones?**

J.F.H: Para manejar la evasión creamos una especie de bloque de búsqueda para detectar empresas morosas y luego iniciar jurídicamente el plan de cobros. Este es un mecanismo de resultados lentos, pero es lo que legalmente podemos hacer. Y obviamente, mejorar los sistemas de información que mencionaba antes. Esto es básico para el Seguro.

En relación con el manejo de dineros se ha planteado que para optimizar esto conviene que las empresas no

estén mezcladas, es decir, que EPS, IPS, ARP...cada una maneje sus cuentas claras de forma independiente y así se pueda hacer una planeación.

**Una modificación que ha causado mucha expectativa es la que tiene que ver con la disminución en la contratación, medida que ustedes han argumentado indispensable para fortalecer la red propia del ISS. Se hablaba de que, en materia de contratación, las cifras eran el año pasado de 930 mil millones y que este año serán de 350 mil.**

J.F.H: Sí, al volvernos una empresa comercial y social del Estado, tenemos que ser rentables y vivir de lo que producimos. Poseemos una red propia, muy grande, que hay que ponerla a trabajar para su propio beneficio en el mayor porcentaje posible. Obviamente muchos con quienes contratábamos y que, en síntesis, vivían del ISS, han recibido muy descontentos la decisión, pero ellos deberán replantearse para buscar salidas.

**Pero, más allá de esta situación, está el paciente que antes podía acudir a muchas partes para ser atendido. Ahora no.**

J.F.H: Una de las mayores causas de esta crisis fue la llamada libre adscripción, que permitió la administración anterior. Fue un error enorme que hoy tiene en gravísima situación al Seguro. Soltaron los servicios, le dijeron a la gente vaya donde quiera para que lo atiendan que el ISS paga y uno no

puede soltar lo que no puede controlar. Se desbordó la atención y no había dinero para responder. Las deudas son enormes.

**En medio de esta precariedad, la situación de los usuarios es cada vez más incierta. Numerosos pacientes con problemas cardíacos están muy afectados por la desatención. Cirugías represadas etc. En relación con las llamadas enfermedades catastróficas el presidente del ISS, Jaime Arias, dijo que eran verdaderas catástrofes para el Instituto por los altos costos y que iba a reducir gastos «innecesarios». La gente teme por lo que él considere «innecesario» y que se abuse con la desprotección del paciente.**

J.F.H: Se está tratando de garantizar presupuesto para atender estas personas. Los pacientes cardíacos han sido tal vez los más afectados con esta crisis, entre otras cosas porque, para citar un ejemplo, la Clínica Cardiovascular Santa María está limitando el ingreso debido a las deudas grandes que el ISS tiene con ellos.

**¿Ustedes serán la excepción y, a diferencia de administraciones anteriores, sí podrán mejorar esta situación que, en general, es poco prometedora?**

Es vital la ayuda del Gobierno. La solución definitiva no está en Antioquia, está en Bogotá.

## “Vamos a presionar multitudinariamente para que no nos acaben el ISS”

Liga de Usuarios del Seguro Social en Medellín. Vocera, Sonia Vásquez

El descontento de la gente, desatendido durante años de violenta indiferencia, pasaría de ser un malestar domésticamente manejado por negociadores de fallidos, a ser un poderoso elemento que entraría en escena con la carta más definitiva: La unión. Millones de personas identificadas con una protesta que, de ser nuevamente desatendida, tendría alcances insospechados. Muchos sectores del país manifiestan su alarma y exigen voluntad implacable de atención a estas voces que suben pro-

gresivamente su volumen.

Estas son algunas declaraciones: «Los problemas que crea la gente lo resuelve la gente. Sabemos que hay manera de afrontarlos si existe convicción. Pero eso es lo que falta en las directivas del ISS. Y no vamos a dejar que tres o cuatro administradores apáticos decidan sobre la salud de millones de trabajadores, que hemos cotizado durante toda nuestra vida al Seguro Social, que lo hemos sostenido y que tenemos derecho a reclamar lo que es nuestro.

Vamos a protestar masivamente porque la injusticia tiene que tener respuesta contundente. Es absurdo que se estén hablando de procesos de paz en Colombia cuando los dirigentes demuestran, abiertamente, falta de voluntad para atender los problemas de un pueblo sufrido, enfermo, desatendido, sometido a

indignidades de todo tipo, víctima de componendas de funcionarios corruptos...Qué paz va a existir en un país en el que la gente se muere a la puerta de los hospitales, en el que a la gente le dicen que no la pueden atender porque el Seguro no paga, en el que una cirugía del corazón no es urgente, en el que se ahorra en ayudas diagnósticas, en el que los gerentes dicen que no pueden hacer nada y que no hay plata mientras ellos ganan sueldos millonarios por su inactividad, en el que conseguir una cita médica es asunto de roscas, de chanchullos...

Ahora estamos peor que nunca. Basta un ejemplo: Antes, la gente hacía aquellas filas terribles pero al menos tenía acceso a las citas. Ahora, disfrazándose de eficientes, nos ponen un teléfono para conseguir las citas pero, si es que algún día le con-

testan a uno, es para decirle que ya están dadas. Y a propósito de disfraces las ligas de usuarios fomentadas por el ISS son absolutamente intrascendentes. Adoptan frente a los usuarios una posición falsamente solidaria y frente a la administración del ISS, que los sostiene, una posición amañada. Esta es otra muestra más de la ineficiencia y de irrespeto por parte de los directivos del ISS.

Y que no se crea que somos críticos irresponsables. Reconocemos, por ejemplo, los problemas de abuso de muchos usuarios y es por eso que afrontaremos la responsabilidad de educarlos, de sensibilizarlos frente al uso adecuado de los servicios de salud. Estamos haciendo proyectos aparte de la tradicional liga de usuarios coordinada por el ISS, en vista de la inexistencia de resultados. Estamos, incluso, diciéndole a la gente que resista, que no se salga

del ISS, que no le hagan el juego a la actual administración y tantos otros que pretenden acabarlo. Sufrimos personalmente los problemas de atención. Nada menos hace poco nos anunciaron, por ejemplo, disminución de 120 horas de consulta porque seis médicos habían sido encargados de atender tutelas. Y, a propósito del tema, las tutelas van a seguir mientras se viole la Ley y se exija mal atender a los pacientes en 15 minutos.

No vamos a dejar que acaben con el ISS en silencio y lo dejen en manos probadas. Vamos a manifestarnos. Proponemos, entre otras cosas que haya: Democracia en la elección de los directivos del ISS, descentralización real, adecuados sistemas de información, veedurías en las que participe la comunidad, reconocimiento por parte del Gobierno del dinero que le corresponde al ISS.»

## DEFICIT DE REACTIVOS

Preocupadas se encuentran las autoridades locales de salud de Medellín por el déficit de reactivos de laboratorio y la baja existencia de cuatro biológicos, lo cual impide la confirmación de patologías sujetas a vigilancia epidemiológica, y la cobertura de vacunación contra enfermedades como sarampión, papera, rubéola, polio y tuberculosis.

# EL PULSO

3



## Debate

### «O se propicia una cultura del proceso o desaparece»

**Jorge Julián Osorio Gómez, Jefe División Posgrados Salud Pública, Instituto de Ciencias de la Salud, Ces.**

Ve al Seguro Social como una organización que le tocó muy duro este proceso de cambio, pues se le volteó todo el panorama. Le impusieron una transformación para la cual no estaba preparado.

No tomó muy en serio la parte de la seguridad social como una realidad que se estaba construyendo. ¿Qué pasó? Todo lo que era el discurso del modelo de Seguridad Social no lo absorbió, el cambio de subsidio, de oferta y de

manda, cuotas moderadoras, copagos, etc. Es decir que todos los cambios esenciales que tenía que hacer, no los efectuó a tiempo. Entró al mercado sin poder responder a esa situación. Pensó que iba a seguir igual en la parte de prestación de servicios. Así mismo, confundió los negocios. Si hay algo claro en la Seguridad Social es que una cosa es el negocio del aseguramiento y otra la prestación, a pesar de que el acuerdo 48 decía que los negocios debían ser separados.

No se adaptó a una cultura del servicio, ni cambió la estrategia organizacional. Viene el problema que hay ahora de viabilidad financiera, pues si sigue con el esquema y sino cambia rápidamente a cobro por copago, sino hace control de evasión, sino diferencia los negocios aseguramiento-prestación, sino disminuye la burocracia, sino agiliza los procesos en la toma de decisiones, yo pienso que el futuro del Seguro es muy incierto. El problema está es adentro, no es tanto por la estructura, pues es suficiente y muy calificada para

responder. Pienso que el problema apunta hacia una cultura más del proceso, de toma de decisiones, o se da o desaparece como Seguro Social. Posiblemente haya otra organización donde no se de tanto reproceso y cada actividad sea estandarizada.

Creo que el Seguro va a cambiar, creo que el Seguro debe contraerse, tiene que saber cuáles son sus clientes, qué quieren ellos y cómo les va a prestar la atención. O seguirá con los mismos afiliados o dejará de tener más afiliados nuevos y, ¿entonces quién va a reemplazar el Seguro?

Lo mejor que podría hacer el Seguro es reinventar, es decir empezar de cero, claro que eso es un sueño de la academia. Una organización centrada en procesos, donde llegue el cliente y se miren cuáles son los indicadores de gestión, cómo fue atendido, cuál es el cobro. Pero es que el Seguro no ha identificado en toda su vida cuál es el cliente, quién como persona, cuántos tiene. No tiene una base de datos suficiente para un proceso de

toma de decisiones.

¿Hasta cuándo aguanta? No se, pues lo que ve uno en perspectivas de la academia es que el Seguro debe permanecer. Caben las preguntas: ¿Quién debería haber manejado régimen subsidiado?, el Seguro era la empresa industrial y comercial del Estado para este manejo, pero lo hicieron otras empresas estatales.

Yo creo que debe permanecer porque es una especie de regulador del sistema. Creo que va a ser viable, y va a dar mucho dolor y mucho palo, pero va a ser viable una vez que redimensione hacia dónde va. No es sólo un cambio de nombre. Además, el Seguro no debería tener clínicas, las debería vender, debería permanecer como asegurador en riesgos profesionales, no como prestador, ni como asegurador de pensiones. Debería ser una empresa del Estado, especializada en manejo financiero la que haga eso».

### “Las EPS privadas no podríamos recibir a todos los usuarios del ISS”

**Mauricio Toro Bridge, Gerente SUSALUD**

**S**USALUD, con 460 mil afiliados en las cuatro principales ciudades del país -la segunda EPS en Antioquia después del Seguro Social- enfrenta con todas las EPS's privadas el exigente reto de recibir la desbandada de usuarios del ISS y de personas que, aunque quisieran afiliarse, el ISS no está recibiendo. Se calcula que unas 300 mil personas pierden el Seguro cada mes. ¿Están ellos en condiciones de responder adecuadamente a esta poderosa avalancha de usuarios, que tienen además las características complejas de una población tradicionalmente desatendida, con requerimientos urgentes y niveles altísimos de insatisfacción?

M.T: Hasta ahora hemos respondido adecuadamente a éste y a otros retos que nos han impuesto la situación del país, la reforma al sector de la salud y, claro está, que nos hemos impuesto nosotros mismos al pretender garantizarle calidad en la atención a todos nuestros afiliados. Pero tenemos una capacidad limitada. De la noche a la mañana no podríamos recibir tal cantidad de personas. El ISS tiene tantos afiliados casi como todas las EPS privadas juntas.»

¿Entonces qué va a ocurrir si nadie está en capacidad de atenderlos?

MT: Estoy convencido que el Seguro Social tiene la capacidad de superar la crisis. Lo que ocurre es que es un proceso muy difícil porque en el pasado se tomaron decisiones administrativas muy problemáticas, cuyas consecuencias no se manejan fácilmente. Es el caso de la libre adscripción. Y el no cobro de copagos, para sólo citar dos ejemplos. Aunque está claro que los problemas del ISS son de tiempo atrás.

Usted dice que el ISS tiene la capacidad de superar la crisis, pero en 50 años de historia ha demostrado incapacidad, incluso, para sortear problemas de menor envergadura. Lo dicen sus propios directivos que hoy trasladan la solución de la crisis al Estado.

MT: Como observador, he visto voluntad de trabajo en la nueva administración. Además el Estado, si el problema se les sale de las manos, sí les puede colaborar. No solamente creo que el ISS no va a desaparecer sino que al país no le convendría para nada que desapareciera.

En relación con la nueva administración, mu-

chos dicen que existe una voluntad, expresada subterráneamente, de acabar con el ISS y dejar la salud en manos privadas.

MT: Es totalmente equivocada esa apreciación. A mi modo de ver lo que se pretende es que las entidades del Estado cumplan también con unos requisitos de eficiencia, costos y calidad y que no se conviertan en un problema para el país.

Pero es innegable la fuerza que va tomando el sector privado

MT: Sí, porque hemos respondido adecuadamente, cumpliéndole a los afiliados, propiciando una cultura de la calidad en salud. No sin errores ni dificultades, pero sí trabajando coherentemente para garantizarle bienestar a las personas. Ellas tienen un derecho y necesitan quién les responda. El Estado con el sector público o el privado, está comprometido a responder. Y no hay que tenerle miedo al sector privado, ni pensar que este acabará con el sector público o que está favorecido. Incluso el ISS ha tenido muchos privilegios. Lo que ocurre es que ha sido ineficiente.

Pero la verdad es que el sector privado tiene tantos o más retos que enfrentar, en determinado momento, que el sector público. Churchill decía: “A la empresa privada algunos la ven como un tigre que hay que matar. Otros la ven como una vaca a la que hay que ordeñar y muy pocos como un robusto percherón con una pesada carga”.

Y ahora, con la crisis del ISS, han crecido sus afiliaciones. Podríamos citar cifras?

M.T: Sí y esto ha sido bastante exigente para SUSALUD en términos de organización, de trabajo... Afiliamos 30 mil personas mensuales, mucho más que lo que afiliábamos en el año 97, por ejemplo, que eran de 15 mil a 17 mil personas cada mes.

Si sienten que esa demanda excede sus capacidades estarían dispuestos a suspender afiliaciones?

M.T: Sí, inmediatamente. SUSALUD tiene un tope, según la Superintendencia, de 700 mil afiliados. No tenemos afán de alcanzarlo ni lo miramos como una restricción, creemos que el tope lo va dando la capacidad de gestión de la compañía. Nuestro interés, más que crecer desafiadamente, es atender muy bien a los afiliados que tenemos.

## OPORTUNIDAD EN LOS SERVICIOS

La oportunidad de servicios que el ISS le está brindando a sus usuarios no es la mejor, sin embargo sus directivas afirman que están trabajando para mejorar pero como es imposible hacer milagros, las dificultades en el servicio pueden seguir durante todo el año.



### «99% de tutelas, falladas en contra del ISS»

**Jorge Rojas, Personero de Medellín**

**S**egún él, el número de tutelas presentadas contra el Seguro Social será cada vez mayor, debido a que los problemas estructurales del Instituto no parecen tener solución a la vista. En la sola personería las cifras son alarmantes si se comparan con años anteriores. Por ejemplo del 1 de enero al 31 de diciembre de 1.998 se presentaron 2.201 tutelas contra el ISS y, en pocos meses, del 1 de enero al 11 de mayo de 1.997, se presentaron 2.123, en un 99% falladas en contra del Seguro.

Frente a declaraciones del presidente del Seguro Social, Jaime Arias, según las cuales los jueces no permiten manejar el presupuesto del ISS y han con-

vertido las tutelas no justificadas -que cuestan mil millones al mes-, en uno de los problemas más serios de la institución, el personero responde: «Me parece que se está desinformando a la comunidad diciendo que el problema del Seguro son las tutelas. El problema del Seguro es el Seguro...No le puede servir de disculpa la tutela, porque ella sólo es un síntoma de problemas mayores que han ocasionado hechos injustificables como el de tener 26 mil cirugías represadas, para sólo citar un ejemplo. Si no existiera la tutela el ciudadano común tendría que recurrir a las intrigas y a todas esas prácticas corruptas que son las que genera la ineficiencia del Estado. El tema de la crisis del Seguro debe ser acometido por instancias gubernamentales...»

### «¿Evasores? No somos culpables de la crisis. Al Sr. Arias le quedó grande el ISS»

**Fernando Devis, presidente de Augura**

El ISS debería desaparecer. O entregarlo a personas realmente capaces de manejarlo. Ni siquiera saben cuántos afiliados tienen, menos van a saber el estado de sus caóticas cuentas. Los bananeros hemos tenido problemas muy graves que el país conoce y debemos al ISS dinero. Pero ¿por qué no atienden a los bananeros que sí pagan? No debemos los 8 mil millones que nos atribuyen.

Nuestra deuda, alrededor de mil millones, no es la causante de los problemas del Seguro. Nos vamos a poner al día. Pero no serviremos de disculpa. Sus malas administraciones, que se reflejan en problemas de atención, son cosa de siempre. En Urabá el Seguro ha sido terriblemente ineficiente. A nosotros, los bananeros ahora crucificados, nos ha tocado pagar fletes para que llegue droga a Urabá. Teníamos que mandar a los trabajadores donde médicos privados. Es que a nosotros nos ha costado mucho la corrupción y deficiencia generalizada del ISS. Nunca ha funcionado. Y el Estado no responde. Es que la gente, pague o no, tiene derecho. Repito, el ISS debería desaparecer.»

### “Hay que pensar en las instituciones que están a su alrededor”

**Guillermo León Franco Castaño, Director Seccional de Salud de Antioquia**

«El Seguro Social es una de las instituciones más importantes para atender los servicios de salud en el país y es la EPS más representativa en el sistema contributivo.

Como exfuncionario del Seguro Social conozco la dinámica administrativa y se ha manejado de forma demagógica. La recomendación que yo haría a nivel de directivo de la alta gerencia, es retomar las políticas de una reestructuración interna, donde definan una descentralización para poder plantear una organización a través de sistemas locales de salud, que garanticen una adecuada prestación de servicios. Lo segundo es que definan rápidamente un sistema de información en salud que garantice a los usuarios la atención.

En la red pública de prestadores de servicios de salud hay desconcierto. Existen deudas multimillonarias que las tienen al borde de la quiebra, esperando desde hace más de dos años que esos recursos lleguen, porque se han gastado en los servicios de salud a través de las contrataciones que el Seguro Social ha hecho.

Solicitaría que, en la planificación, haya acciones a corto plazo, que por lo menos permitan la liquidez de los contratistas, para

que vuelva a revivir el sistema, porque ya no sólo hay que pensar en el Seguro Social como una EPS, sino en una cantidad de instituciones que están cerca de él, que han imaginado una economía alrededor de esta institución.

Allí, hay que hacer un trabajo a corto plazo donde la improvisación desaparezca y se pongan líneas claras de juego sobre lo que es la acreditación, la afiliación, el sistema de prestación de servicios y la contratación. Valdría la pena definir un sistema de financiamiento, de administración de los recursos de tal forma que cada centro de atención ambulatoria, cada IPS ya descentralizada del Seguro Social, defina sus recursos y tenga garantizado su propio presupuesto, para poder prestar estos servicios adecuadamente.

Pienso que el Seguro Social no sólo se hace necesario sino que es una de las tareas fundamentales, consolidar un sistema que pretenda la universalidad de la seguridad social en el país y que esto, indiscutiblemente a través del Estado, podría hacer cierto lo que la Constitución y las leyes definen en relación con la prestación de servicios a la población: garantizar el derecho de la salud».

## EDITORIAL

## ISS, ¿A dónde has llegado?

Por Julio Ernesto Toro Restrepo, md

La seguridad social no aparece por criterios de bondad o generosidad o simplemente porque sí, porque hay que hacer seguridad social. Sin duda que hay en las razones de su aparición una diferencia entre quienes creemos que la salud es importante en si misma, es decir por el hombre y los que creen que la salud es sólo un medio para obtener desarrollo y que en la misma medida éste dará salud y cíclicamente, ésta da desarrollo. Pero bajo cualquier pensamiento cabe analizar lo que ahora sucede con el ISS, considerando que es el principal ente y el más representativo de la seguridad social en Colombia, puesto que se afirma que tiene cerca de 7 millones 200 mil afiliados, es decir, tantos afiliados como todo el régimen subsidiado.

En la reunión de junta directiva de la Asociación Colombiana de Hospitales del día 22 de abril el Director Corporativo y a la vez encargado de la EPS del ISS, Dr. Juan Carlos de la Hoz, manifestó que en el año 1997 el Instituto había contratado servicios de salud por una suma cercana a \$ 678 mil millones, en el año 1998 este monto fue de \$ 555 mil millones y para el año 1999 se dispone de \$ 200 mil millones. Las cifras son elocuentes por sí mismas. La caída en la contratación es dramática y lo es más el constatar, como de hecho cada día se ve, que los pacientes tienen que recurrir a la tutela, pagar su atención o simplemente pasar a la fase urgente, poniéndose así en más riesgo su vida. El contrato del Instituto con el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, pasó de algo más de \$ 11 mil millones en 1998, es decir, redondeando cifras, casi \$1.000 millones mensuales, a \$ 1.300 millones para todo el año 1999. Lo grave y verdaderamente preocupante es que no pase nada. No se escuchan los organismos de vigilancia, ni los de apoyo a los ciudadanos, ni a nadie. Todo está en el más absurdo e injusto silencio. Por parte de la Superintendencia no se escucha nada desde que se expidió la resolución 1416 de 1998 por la cual se suspendió la autorización para afiliación de usuarios y se confir-

mó con la resolución 2080 del mismo año; y de parte de la procuraduría, la fiscalía o la defensoría del pueblo: silencio. La situación que viven los afiliados al Instituto no se le puede atribuir sólo a la crisis económica, ni al desempleo y ni siquiera a la carga prestacional de \$ 230 mil millones con beneficio de jubilación de 5 años antes que los demás mortales, ni al tan mencionado mal uso que se dice que hacen los pacientes. La verdad, es que está haciendo falta que al país se le de claridad sobre tan delicado asunto. Es imposible que se pueda atender a la población afiliada, tres años después, con sólo el 30 % del dinero. Lo que está pasando es grave y de inmensa responsabilidad del gobierno, del mismo ISS y de los entes de vigilancia, pero a nadie parece importarle. Día a día vemos en los hospitales y clínicas como llegan estos pacientes a solicitar un examen, un procedimiento diagnóstico o terapéutico y sabemos de más de un caso en que la presencia del paciente a implorar su atención, es tardío. La respuesta del señor presidente de ISS de que no hay dinero, no sólo es desdeñosa y de insólita frescura, sino insuficiente, incompleta y profundamente inhumana. La solución del asunto no está en dar respuestas para salir del paso, ni en pronunciar expresiones cargadas de impotente franqueza con las cuales casi nos hace sentir consideración y lástima por él. Por el contrario, por respeto a los ciudadanos y en particular a los enfermos, el Presidente del ISS tiene que encarar el asunto con acciones muy fuertes, de todo orden, del mismo tamaño del problema y por parte de fiscales y jueces, hay que encontrar los responsables. Esta en cabeza del Instituto obrar con toda atención y diligencia para encontrar la solución, poner los correctivos y evitar, como tantas veces ha sucedido, que se nos obligue a los dóciles contribuyentes a tapar errores y ligerezas, y sobre todo para que no mueran inermes los enfermos.

Es lamentable ver al ISS en el actual estado y más, mucho más triste ver el drama de sus afiliados enfermos. Porque es prioritario este aspecto y queremos que se entienda así, nos abstenemos de comentar, por ahora, la magnitud del perjuicio económico que el mismo Instituto le ha causado a clínicas, hospitales y proveedores.

## Cartas a la Dirección



Medellín, mayo 3 de 1.999

Apreciado doctor Toro:

A pesar de los sofisticados avances tecnológicos que existen en la actualidad para el diagnóstico de nuestros pacientes, el registro del pulso sigue teniendo validez. Ese primer acercamiento al enfermo, ese primer contacto, ese pequeño gesto, rico en informaciones científicas pero a la vez, lleno de significados humanos, subsiste con su carácter que abarca tanto lo real como lo simbólico del acto médico, probablemente desde que la medicina surgió como saber general en la Grecia del siglo IV a.c.

Eso mismo ocurre con EL PULSO, la publicación que, en buena hora, decidió fundar y dirigir el Hospital. Amenas y claras, ricas en informaciones y con hondo sentido humano, son sus páginas. Los pro-

blemas más actuales y más trascendentes para nuestro quehacer de médicos adquieren allí la dimensión y la precisión necesarias para sacarlos del ámbito de la especulación. Como las opiniones y comentarios que se publican, provienen, por lo general, de los actores más respetables y conocedores de la situación actual de la salud, en el departamento y en el país, la información recogida resulta muy útil para fundamentar una opinión propia sobre los problemas planteados y actuar en consecuencia.

Los cirujanos cardiovasculares saludamos complacidos la aparición afortunada de este instrumento de información, debate y diálogo constructivo.

FRANCISCO GOMEZ PERINEAU

Director CIRUVAN

Medellín, mayo 13 de 1.999

He tenido la oportunidad de leer EL PULSO y aunque no soy una persona del área de la salud, sí me interesa el tema pues es un asunto que nos acompaña durante toda nuestra vida. Quiero recalcar lo importante que me parece que el sector de la salud cuente con un medio de comunicación como este ya que mantiene al día en información a todos los interesados.

Entre los temas tratados en la edición que he leído, me interesó sobremanera el del Centro Internacional de Diálisis y Trasplantes, qué bueno saber que la ciudad y

el país cuentan con un centro tan importante y moderno. Algo que me sorprendió agradablemente, fue un anuncio de Corpaúl en el que ofrecen material quirúrgico para los hospitales y clínicas; pensaba que Corpaúl sólo se dedicaba a la comercialización de tarjetas de Navidad y administración de parqueaderos, estas cosas sólo se logran con el correcto liderazgo. Los quiero felicitar y animar a que sigan con tan importante labor, pues un gremio sin comunicaciones es un gremio muerto.

FRANCISCO GOMEZ PERINEAU

Director CIRUVAN

el país cuentan con un centro tan importante y moderno. Algo que me sorprendió agradablemente, fue un anuncio de Corpaúl en el que ofrecen material quirúrgico para los hospitales y clínicas; pensaba que Corpaúl sólo se dedicaba a la comercialización de tarjetas de Navidad y administración de parqueaderos, estas cosas sólo se logran con el correcto liderazgo. Los quiero felicitar y animar a que sigan con tan importante labor, pues un gremio sin comunicaciones es un gremio muerto.

LUIS ALBERTO BETANCUR BOTERO,

PILOTO COMERCIAL.

## Etica médica

## Para no repetirlo

Por Hernán Mira Fernández

El famoso dicho «cuando veas que a tu vecino le cortan la barba, pon la tuya en remojo» siempre hay que estarlo recordando porque de los errores propios o ajenos, como en este caso, es mucho lo que se puede aprender. La historia es esta: hace unos días la prensa española dio gran despliegue a la información sobre la apertura de expediente judicial a varios médicos, investigados por recetar medicamentos sin justificación clínica en unos casos, y en otros favoreciendo a determinados laboratorios farmacéuticos. La noticia apareció en primera página de la edición dominical de El País, uno de los más prestigiosos diarios de Europa, con el título «422 médicos, expedientados por sus recetas» y el subtítulo «El Insalud detecta entre 6.000 hiperprescriptores a facultativos que favorecen laboratorios concretos».

Dice la nota que los programas de inspección y control del gasto farmacéutico que lleva a cabo el Insalud demuestran que algunos médicos recetan de más o favorecen a ciertos laboratorios a cambio de regalos, viajes o contraprestaciones económicas. En ocasiones se llega, incluso, al fraude a la Seguridad Social mediante la prescripción de medicamentos inexistentes que no llegan a los enfermos. Por ahora se carece de datos sobre el número de expedientes disciplinarios abiertos el año pasado por estas prácticas, pero el reciente descubrimiento en Granada de un fraude al Servicio Andaluz de Salud, en el que están implicados el representante de un laboratorio y 98 médicos que le facilitaban recetas en blanco, indica que se han superado los 500. En el solo año de 1995 se iniciaron 387 investigaciones a raíz del escándalo de los laboratorios Kendall y Belmac que provocó la detención de 20 médicos y la denuncia contra otros 80 por presunto soborno.

La subdirectora de relaciones laborales del Insalud, señala en la reseña las dificultades para obtener pruebas contra los médicos que favorecen a determinados laboratorios o defraudan la Seguridad Social. Por ser hiperprescriptor no se sanciona a nadie porque no es una falta, se tiene que demostrar que ha habido negligencia o causa dolosa. Y aunque se tenga la evidencia de que se favorece a un determinado laboratorio, hay que probar que ha existido una retribución al médico. Cuando esto se demuestra los facultativos pueden sancionarse por faltas leves, graves o muy graves. La falta leve implica una amonestación por escrito; las graves y muy graves van desde los cinco hasta los veinte días de pérdida de remuneración, suspensión del em-

pleo y sueldo de un mes a un año, y despido del cargo. «No buscamos tanto la sanción por la sanción como evitar que estos casos se produzcan» dice la funcionaria.

La noticia agrega que se han encontrado médicos que con el argumento de la investigación, colaboran con los laboratorios, se forman con ellos, se les paga por conferencias y reciben regalos sin violar los reglamentos. En España hay normas establecidas por Sanidad y el código de ética de Farmaindustria que establecen una serie de limitaciones, entre ellas que el médico no reciba financiación de los laboratorios para su acompañante cuando asista a congresos, y que el auxilio que se le dé no supere las 100.000 pesetas para los que se celebran en el país y 250.000 en el extranjero. Lo que queda claro, entonces, es que en este caso más allá de las normas y lo legal, el problema es un problema ético.

La escritora y reconocida profesora de ética Adela Cortina, insiste constantemente en establecer una distinción entre lo legal y lo ético. En un artículo que se acomoda perfectamente a este caso, señala la burocratización -que hoy y aquí padecemos tanto los médicos a causa de la ley 100- como uno de los factores más influyentes en el deterioro de la ética profesional. La burocratización de buena parte de las profesiones ha destruido en gran medida la aspiración a la excelencia porque, desde esa perspectiva, el buen profesional es simplemente el que cumple las normas legales vigentes, de forma que no se le pueda acusar de incurrir en conductas negligentes y así logra ser irrefutable desde el punto de vista legal. Esto es sumamente claro con la «funcionarización» de las profesiones. Por eso es preciso distinguir, insiste, entre la legalidad y la ética, entre el ethos burocrático y el ethos profesional. Las leyes exigen un mínimo indispensable para cumplir que en el caso de las profesiones, resulta insuficiente para ejercerlas como lo exige el servicio que deben prestar a la sociedad. De ahí que la ética de la profesión pida siempre mucho más que el cumplimiento de la ley y exija aspirar a la excelencia. Entre otras razones, porque su compromiso fundamental no es el que las liga a la burocracia, sino a las personas concretas de carne y hueso, cuyo beneficio da sentido a cualquier actividad o institución social. Al profesional le es inherente ejercer la virtud física que consiste en ser competente en las habilidades propias de su oficio, y la virtud moral que lo lleva a emplearlas en el mejor sentido de prestar un servicio a la sociedad. Se trata de introducir en la vida la aspiración a la excelencia en el compromiso con los demás como principio ético fundamental.

## Se necesitan directores para el sector de la salud

Jairo Humberto Restrepo Zea

El sector salud se enfrenta hoy a una situación similar a la que padecen muchos hogares colombianos afectados por el desempleo y la caída de su ingreso, con un aumento de las necesidades básicas insatisfechas y la lucha por la supervivencia a través de actividades informales, la invocación de la caridad o los actos delictivos.

En el caso de los hogares, las personas dependientes esperan que el jefe mantenga un mínimo de satisfacción y con ello se garantiza estabilidad, pero si éste falla entonces se da una desintegración y, ante la ruptura del principio de autoridad, se impone de nuevo el ánimo de sobrevivir y los demás miembros forman una nueva organización o emigran cada uno hacia sitios más seguros. Sin embargo, en el sector salud sus directores se unen a los lamentos de los demás y no existe un liderazgo claro que los oriente hacia escenarios sostenibles. El padre no asume su papel y se atreve a desconocer y regañar a sus hijos, a la madre de ellos maltratada y a los demás hijos de ésta porque están aguantando hambre, convoca a todos los vecinos para que planteen soluciones y a esto le llama democracia participativa; pero además, cierra las puertas de la casa para asegurarse que nadie salga a buscar solución al grave problema que enfrentan, así como para impedir el ingreso de alguien más que con creatividad y mayor compromiso podría ayudarlos.

En el sector salud se necesita diligencia, comprensión y acción por parte de quienes a la luz de la legislación de 1993 asumen su papel de directores del sistema: ministro de salud y directores territoriales de salud. No basta con dar regalos y armar peleas y descridos con simples jui-

cios de valor y dogmas que vienen resultando muy costosos; hace falta conocimiento del sistema, desprendimiento de la defensa gremial y aceptación de paradigmas y técnicas orientadas hacia el bienestar general y no simplemente de una profesión determinada o la defensa de principios inoperantes al comenzar el nuevo milenio.

Se necesitan directores que acepten problemas de diseño en el sistema, asimilen y planteen ajustes para que las metas sean alcanzables; que sean autocríticos y se atrevan a cuestionar su papel cuando el mismo puede resultar innecesario; que sepan para qué sirve la información y eviten costos innecesarios en su manejo; que señalen los problemas en el sector público y orienten soluciones con responsabilidad sin hacer esguinces en honor a la descentralización y la autonomía; que entiendan que los mercados de salud son imperfectos, no vulgaricen las relaciones contractuales entre los diferentes agentes y no presionen la realidad hacia cuestiones artificiales que resultan costosas.

La sabiduría y tolerancia que requieren los directores del sector salud estarían bien alimentadas si se escucha a los maestros, por ejemplo a Estanislao Zuleta quien en su ensayo Elogio de la dificultad habló de la no reciprocidad lógica, así:

«En el caso del otro aplicamos el esencialismo: lo que ha hecho, lo que le ha pasado es una manifestación de su ser más profundo; en nuestro caso aplicamos el circunstancialismo, de manera que aún los mismos fenómenos se explican por las circunstancias adversas, por alguna desgraciada coyuntura. Él es así; yo me vi obligado. Él cosechó lo que había sembrado; yo no pude evitar ese resultado. Preferiríamos que nuestra causa se juzgue por los propósitos y la adversaria por los resultados».

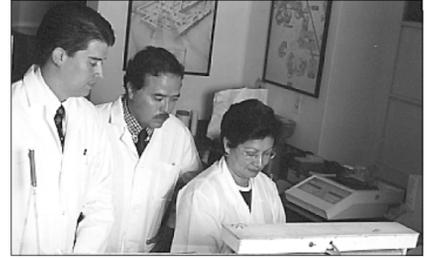
En fin, se necesitan directores para el sector salud.

## DIFICULTADES CON EL CANCER

En Antioquia, en los últimos 50 años el riesgo de morir por cáncer se ha incrementado un 40%, o sea que uno tiene 40 veces más posibilidades de morir por cáncer hoy que hace 50 años. Se pasó de una tasa de 60 casos por 100.000 en 1946 a 81 casos por 100 mil en 1996. Las tendencias y proyecciones de esta enfermedad son hacia su crecimiento. La mayoría de los cánceres están terminando en muerte, sobre todo porque son detectados en forma tardía y costosos.

# EL PULSO

## 5



## Debate

# Seguro Social, Cóndores no entierran todos los días

### “Si el ISS no se moderniza, tiende a sucumbir”

#### Habla la empresa privada

Una importante empresa colombiana, cuyo nombre por solicitud se mantiene en reserva, opinó:

«Hasta hace más o menos tres años había dificultades manejables con el Seguro Social, al día de hoy las dificultades no son manejables. Es la única EPS que no tiene cara, que no tiene una persona a quien uno le pueda solicitar algo y que le responda. En las otras entidades uno encuentra como ventaja que le da alguien la cara y le resuelve el problema positiva o negativamente, pero se lo resuelven. En el Seguro Social todo queda en el limbo.

En este último año nos hemos visto obligados a usar la figura de la tutela con bastante frecuencia, debido a que ni los casos más severos nos los están atendiendo. La otra situación que nos ha hecho virar el cambio de EPS es la incapacidad. En el Seguro Social son mucho más amplios para dar incapacidades. Amplios en el sentido de que como no hacen unos tratamientos oportunos la gente se ve limitada, y desafortunadamente la solución es la incapacidad, pero nunca el remedio. En las otras EPS nosotros vemos que como son más rápidos y oportunos los tratamientos la incapacidad es menor. Eso a la empresa desafortunada o afortunadamente la favorece porque el trabajador se ausenta menos, porque es atendido de forma oportuna. En el Seguro Social, como no tiene dolientes, expiden incapacidad abiertamente.

Si el Seguro no afronta esta crisis creo que está determinado a desaparecer. ¿Cuál ha sido la relación que han tenido con el Seguro Social?

El Seguro Social tiene muchas fallas, hay falta de información hacia el usuario sobre los derechos y beneficios del POS, carece de medios para verificar los datos de beneficiarios y afiliados, existe mucha tramitología para prestar el servicio, no entrega oportunamente las tarifas de servicios, no alcanza a atender a todos los usuarios, aplaza las atenciones de cirugía y consultas, la base de datos se mantiene desactualizada, y no tienen siquiera papelería de afiliación.

En mi concepto al Seguro hay que privatizarlo y crear tres empresas con los tres negocios, y hacer una reestructuración administrativa. Separar los negocios inclusive cambiándoles de nombre. Pienso que el Seguro Social si no se moderniza tiende a sucumbir”.



Foto John Gaviria

*Deudas millonarias, consecuencia peligrosa de medidas administrativas cuestionadas por muchos sectores*

## Los médicos del ISS opinan

Carlos Alberto Giraldo, psiquiatra

### ¿Cuál es el mayor problema que enfrenta el Seguro Social?

“Retomo una idea del economista Luis Jorge Garay que me parece tiene un potencial explicativo enorme. Para él la desestructuración social que sufrimos está marcada por una progresiva y ancestral subordinación de lo público, que en prosa significa que lo que es público no tiene dueño, no le duele a nadie y se usa en provecho de los proyectos individuales. El Seguro Social como síntoma de la fragmentación lo padece: el sistema financiero ve en el Seguro Social una fuente envidiable de capital; los grupos de poder un espacio para incidir a su favor en las decisiones de gobierno; los partidos políticos una reserva para nutrir sus clientelas y ejercer como empleadores; los empresarios privados de la salud como el cimiento de sus proyectos económicos; muchos usuarios como el lugar a donde se va a recuperar el dinero que se ha aportado; algunos funcionarios como una oportunidad de engrosar sus arcas y otros la oportunidad de tener un empleo en tiempos de crisis. Este no es el único problema, pero creo que es el estructural.

Este modelo de seguridad social ha creado tanto caos en el medio porque hace eco de un modelo de desarrollo que ha transformado la prestación de servicios de salud, como respuesta a la crisis del modelo médico tradicional, inspirándose en las corrientes de pensamiento y los valores implicados en un capitalismo global.

Indudablemente debe permanecer el Seguro Social. En el marco de la seguridad social integral, es la estrategia privilegiada para la construcción de la equidad como un proyecto de Estado en tanto éste sea representativo del «interés público» e interprete del bien común. El modelo de seguridad social fracasó y en su camino arrastró al Seguro Social a la crisis. Es necesario un nuevo y verdadero pacto social sobre seguridad social que tenga como eje al Seguro Social. Le debemos apostar a su fortalecimiento y no a su entierro».

### “Libre adscripción, error gravísimo”

Sergio García Isaza, Gerente Hospital de Caldas

“Desde principios del año 1998 las Empresas Sociales del Estado le advertimos al país, que el modelo de libre adscripción, con el invento de las famosas planillas, era un fracaso y una farsa desde la planificación y mercadeo de los servicios ya que por su reglamentación sólo apuntaba al control financiero y no a mejorar la calidad y oportunidad en la atención a los usuarios y beneficiarios del ISS y lo que se dio fue una permanente confrontación de los pacientes con las IPS. Ante la solicitud de la atención y la negativa del ISS de dar las suficientes planillas, se rechazaba la atención; el becerro de oro en su momento pudo engañar al país, con una campaña de imagen y mentira que sería importante cuantificar, con la aprobación de la mayoría de los políticos que se reúnen en el Congreso de la República a quienes alimentaban con burocracia.

Esta época de barbarie afectó a los usuarios y a la institución de la siguiente manera: Se atendió durante el año 1998 el 16 % de las cirugías que se enviaron para aprobación a Monterrey, quedando a la deriva sin ninguna aprobación 563 cirugías; en consulta médica general atendimos 1001 pacientes por planillas cuando lo programado fue de 12.483 consultas; en consulta especializada atendimos 2040 pacientes por planilla y lo programado fue 14.814; en apoyo diagnóstico y complementación terapéutica realizamos exámenes por un valor de \$29'420.390 de pesos cuando lo programado fue \$2.533'526.973. Resumiendo, la capacidad de oferta según el comportamiento de los años 1996 y 1997 fue de \$4.000'000.0000 y sólo facturamos el 2,78% durante todo el año 1998. Se suma a lo anterior, el manejo de la cartera que hoy supera los \$1.500'000.000 de pesos, lo que nos pone en una difícil situación de iliquidez, afectando los compromisos institucionales especialmente salariales y de proveedores.

La nueva administración del ISS ha tenido el valor de recibir esta herencia, sancionada por la Superintendencia de Salud y cuestionada por su ineficiencia, robos y corrupción; le ha tocado abrir una institución que prácticamente se cerró durante 1998.

Creo que se han tomado medidas muy importantes, de verdad se está luchando contra la corrupción, se ha desmontado la fracasada política de planillas y se realiza un trabajo de optimizar y gerenciar eficientemente la red propia del ISS, empezando por reconocer una cartera que en la época de barbarie siempre se negó; este año firmamos el contrato No. 165 de 1999 para prestación de servicios de salud mediante la atención integral en los servicios de segundo nivel a pacientes ambulatorios y hospitalizados, por valor de \$233'173.702 pesos lo que demuestra que la contratación externa debe racionalizarse sin hacer demagogia ni campañas publicitarias mentirosas.

Soy de los convencidos de que todos los Colombianos debemos apoyar al Seguro en la medida que es un patrimonio de los trabajadores, campesinos, e independientes y su red es la mejor y más grande de las EPS con instituciones de tercero y cuarto nivel, de excelente calidad científica”.

## HUMOR



## “Politiquería y corrupción, cáncer del ISS”

Diómedes Tabima García, Subdirector Médico, Instituto Municipal de Salud, Pereira (Risaralda)

«El Instituto de Seguros Sociales se metió en la memoria de los colombianos. Desde su creación ha estado ligado simbólicamente a la seguridad que los trabajadores tienen o han tenido. Pero lo almacenado por la memoria no siempre es genéricamente bueno. Hay recuerdos que, como aquellos que tienen del ISS muchas comunidades, se relacionan con experiencias poco gratificantes.

En el imaginario de la población colombiana el ISS tiene una doble connotación, por el lado institucional significa protección para los trabajadores, pero en lo referente a los servicios individuales, implica temores frente a la calidad que se ofrece.

Respecto a la atención que presta esa institución a los usuarios en Pereira y Risaralda es definitivamente deficiente. Quizá lo más notorio es la falta de oportunidad. Los trabajadores de la salud que actúan como oferentes del servicio reciben muy pocos estímulos; el ISS es una empresa demasiado fría e impersonal en el manejo de su cliente interno, lo cual condiciona trato inadecuado para el usuario, reforzando la insatisfacción de éste frente al servicio, o sea que la aflicción propia del enfermo se incrementa ante la falta de calidez en el trato.

¿Debe o no permanecer el ISS? La discusión no debe centrarse en que el ISS permanezca o desaparezca y sea sustituido por otra forma organizativa; eso ahora no es lo importante; mientras la politiquería y la corrupción sigan siendo los elementos claves en su manejo, de poca trascendencia serán los cambios que se operen.

No obstante el Seguro Social debe permanecer, por ser una entidad que resume integralmente algunos componentes de la seguridad social tales como: La atención a la enfermedad general y a la maternidad, los riesgos profesionales y las prestaciones económicas en caso de situaciones desfavorables para los usuarios.

¿Qué tanto afecta la salud pública el problema del Seguro en Pereira? La promoción y prevención como un páldo remanente de lo que una vez se sonó como salud pública, está atomizada en la ciudad de Pereira. Los paquetes que hace parte de la promoción y prevención son objeto de negocio entre los agentes que manejan las instituciones del sistema.

El aporte del ISS a la salud pública en la región es francamente marginal. No propone políticas saludables y tampoco participa cuando se le convoca”.

## SE INTENSIFICA LA SIFILIS CONGENITA

La sífilis sigue siendo una enfermedad que causa problemas entre la población sexualmente activa. Se transmite por contacto sexual directo, y aunque es una enfermedad que se trata de manera rápida y fácil con compuestos de penicilina, aún hay en el departamento de Antioquia problemas de transmisión de sífilis de la madre a su hijo cuando ella está embarazada.

En 1987 había 134 casos por cada 100 mil mujeres embarazadas, y al año siguiente 93 casos por cada 100 mil mujeres. Descendió el número de casos hasta el año 1998. En 1996 en la mayoría de los municipios se encontraban casos de sífilis congénita.

# EL PULSO

6



## El caso

# Médicos, desplazados por el negocio

Por Doris Janeth Orrego, periodista

«A mayor número de pacientes atendidos, más dinero», es la premisa que manejan hoy en día los profesionales de la salud, quienes se han visto abocados a un deterioro real de sus ingresos, de su prestigio y de su estatus social.

Podría afirmarse de manera «olímpica» que como a todos los sectores de la economía, la crisis del país afecta también a los profesionales de la salud, cosa que no es del todo falsa, pero que merece un análisis más profundo desde el punto de vista de la intermediación.

La filosofía inicial de la ley 100 de 1993, basada en la solidaridad, se queda en letra muerta, ante la crisis fiscal colombiana. Según cifras suministradas por el Banco de Datos Senadane, al mes de marzo del presente año la tasa de desempleo en las siete áreas metropolitanas es de 19.5%, con 1.334.693 personas desocupadas; frente a un 14.4% en el mismo período del año anterior con 978.418 desocupados.

Este panorama de desempleo ha provocado la disminución paulatina de población con mayor capacidad de pago, que de alguna manera subsidia la salud de las poblaciones más vulnerables. Por ende, se presenta una deserción de afiliados al régimen contributivo, y una disminución de pacientes en los servicios particulares de salud.

Pero, al aumentar la población subsidiada y/o vinculada, dónde se quedan los dineros destinados por el Estado cada año a la prestación de servicios de salud?, es el mayor interrogante que se plantean los profesionales del gremio.

Para el gerente de Metrosalud, Carlos Ignacio Cuervo Valencia, la reducción de ingresos de los profesionales de la salud, radica en el nuevo proceso administrativo generado por el subsidio a la demanda, que obliga una redistribución de la nómina para contratar personas ajenas a la prestación del servicio asistencial, tales como tecnólogos de facturación, contadores, cajeros y hasta abogados, encargados de las funciones de facturación, cobro y recaudo.

Cabe recordar, que antes de ponerse en marcha la ley 100 de 1993, el subsidio a la oferta permitía a las instituciones recibir los dineros en forma anticipada, para luego prestar los servicios; lo cual facilitaba la contratación de personal médico asistencial de acuerdo con el presupuesto asignado. Dicho proceso administrativo implica también, la destinación de partidas para la intervención física y locativa de unidades prestadoras de servicios o IPS y la renovación de equipos automatizados e infraestructura técnica y hospitalaria. Cuervo Valencia, admite que en algunos casos, estas inversiones se han sobredimensionado, con la compra de vehículos y celulares, entre otros elementos.

Por su parte, el economista Jairo Restrepo Zea, plantea una hipótesis según la cual la intermediación se presenta como una apertura de la competencia en la administración del riesgo relativo a la enfermedad, donde la unidad de pago por capitación (tarifa que cobra la EPS por el servicio de protección de cada persona afiliada, cotizante o beneficiaria), obliga a una mayor productividad tanto en la contratación de servicios de cirugía y hospitalización, como en la labor que desempeñan médicos, enfermeros y auxiliares.

Agrega en su hipótesis, que en el actual sistema nacional de seguridad social se plantea una equivalencia entre el costo y la tarifa, que permite regular de alguna manera el comportamiento de los oferentes de servicios de salud y evitar que la sociedad continúe en un espiral alcista.

### DESVIACION DE RECURSOS?

Para el sector sindical, representado



### DETERIORO DE LA PROFESION

Los profesionales de la salud se han visto abocados a un deterioro real de sus ingresos, de su prestigio y de su estatus social.

Foto John Gaviria

en el Presidente de la Junta Directiva de ASMEDAS Antioquia, Germán Enrique Reyes Forero, los monopolios privados encargados de la intermediación, llámense EPS o ARS, han desviado los dineros públicos de la salud al mercado financiero, sacrificando la atención oportuna a la población pobre, en los hospitales y demás instituciones de salud.

Asegura el médico Reyes Forero, que el Ministerio y la Superintendencia de Salud han reconocido que un 56% de los dineros que llegan a estos intermediarios no han sido aplicados al sector, y por el contrario, han ido a parar al sistema financiero para aprovechar utilidades que dejan las altas tasas de interés.

Afirma el Presidente de ASMEDAS, que haciendo uso del adagio popular

«el que pone la plata, pone las condiciones», las ARS y las EPS, imponen no sólo las tarifas para el ejercicio de los profesionales de la salud, sino que además fijan las condiciones de pago, y el tratamiento que se les debe dar a los pacientes.

Dichas imposiciones, unidas a la presunta desviación de dineros, han ocasionado numerosas denuncias individuales de médicos en contra de los intermediarios, en el sentido de que están limitando el ejercicio libre y digno de la profesión. A esto se suman investigaciones fiscales que adelanta la Superintendencia a unas 26 administradoras del régimen subsidiado para esclarecer casos de corrupción en el manejo de los recursos.

### TRABAJAN A DESTAJO

La ley 100 de 1993 ha obligado a que

los médicos abandonen su misión de preservar y salvar la vida de las personas, para buscar prácticas de supervivencia como doblar turnos y reducir el tiempo de consulta, con graves efectos para los pacientes, por la consiguiente deshumanización de los servicios de salud.

Así lo afirma el médico particular y docente universitario, César Augusto Hernández, al explicar que en un proceso de negociación entre las EPS y las ARS, sobre el valor de una consulta fijado en 3.000 pesos, los médicos terminan ganando \$1.800 pesos, mientras que los intermediarios no sólo se quedan con el 3% de administración, sino además con las ganancias operativas adicionales.

Añade que la situación se torna peor cuando la negociación se hace entre los intermediarios y las IPS, puesto

que ya son éstas últimas las que acuerdan el valor de \$1.800 pesos por la consulta, para luego negociar con el profesional de la salud.

Para citar un ejemplo: «Si bien la ley establece que cada consulta debe durar 20 minutos, para que los ingresos del médico permanezcan estables con la nueva tarifa, será necesario ver hasta cinco pacientes por hora. De no lograrse esta meta, el médico debe pasar a otra institución a hacer un turno adicional de hasta 12 horas».

En consecuencia, los profesionales de la salud pasan de ser empleados de las empresas prestadoras de servicios, para convertirse en contratistas, y cuando consiguen la vinculación laboral se ven abocados a bajos salarios, puesto que sus prestaciones se deducen del dinero que la institución le paga a la EPS por evento. Los más afectados por este sistema de prestación de servicios son los especialistas, puesto que solamente aparecen cuando es estrictamente necesario. Presagia César Augusto Hernández, que tal inestabilidad laboral representa un exterminio paulatino del médico de cabecera, de por sí desprestigiado tanto económica como socialmente.

Un médico general en 1976 ganaba cerca de 20 salarios mínimos vigentes y hoy el más privilegiado alcanza 8 salarios mínimos legales. Igual situación se presenta con el especialista, que en la década de los setenta ganaba entre 21 y 22 salarios mínimos y hoy sólo logra devengar con mucho esfuerzo de 10 a 11 salarios mínimos. En cuanto al estatus, hace 20 años la gran mayoría de médicos se ubicaban en estratos 5 y 6; y actualmente se reporta gran parte de estos profesionales en el estrato tres. Se calcula además que su poder adquisitivo ha rebajado durante el mismo tiempo en quince veces.

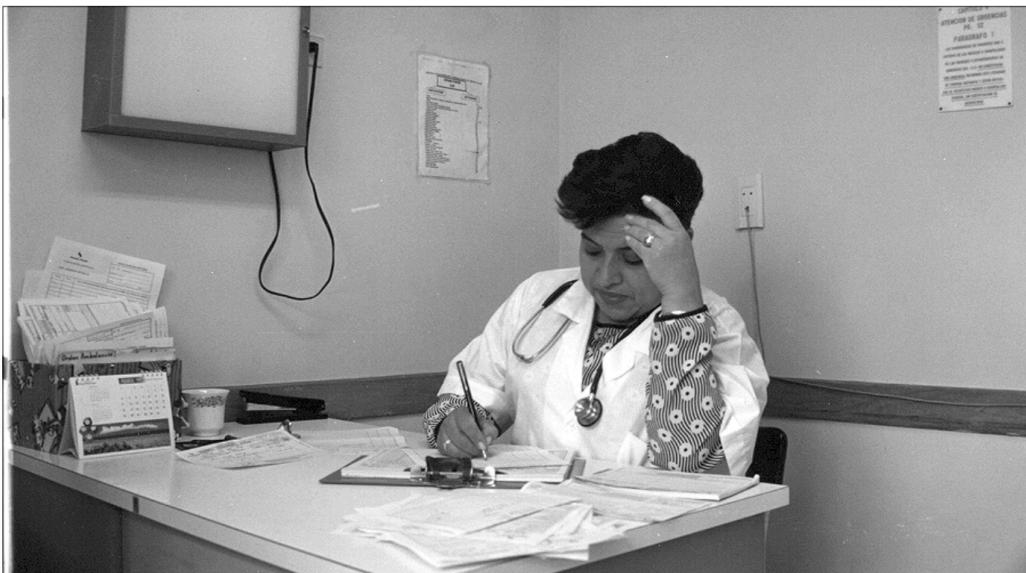
### EL PAPEL DE LA UNIVERSIDAD

Las instituciones de educación superior del país se han convertido en «calcahuetes» del sistema moderno de seguridad social en salud, al negar el énfasis en la humanización de la atención al paciente, sintiéndolo y escuchándolo, para darle paso a formación de técnicos que formulan radiografías y exámenes de laboratorio, tendientes a determinar rápidamente un diagnóstico para evitar que los demanden, según afirmaron a EL PULSO varios de los entrevistados.

Ya desde un punto de vista más positivo, la universidad también se ha adaptado a las nuevas condiciones del mercado laboral de los profesionales de la salud, para ofrecerles especializaciones y postgrados que tienen que ver con el manejo administrativo y jurídico de las entidades prestadoras de servicios, ó de una promotora de salud. No sobra recordar el decreto 139 del 17 de enero de 1996, según el cual los abogados pueden ser directores de una ESE o de una IPS de tercer nivel.

Es así como la Universidad Pontificia Bolivariana ofrece la especialización en Gerencia de Economía y Finanzas de la Salud; la Universidad Cooperativa de Colombia ofrece gerencias en Servicios de Salud, Seguridad Social y Proyectos en Salud, y Calidad y Auditoría en Salud; mientras que la Universidad de Antioquia, ofrece una maestría en Salud Pública, y para el segundo semestre de este año planea una especialización en Administración de Servicios de Salud con énfasis en Mercadeo o en Seguridad Social.

En estos programas está enmarcada la mejor opción de desarrollo intelectual y actualización para los profesionales de la salud, no sólo para justificar la inversión, sino también para disminuir los riesgos desde el punto de vista de la ética médica. «Después de todo, a él lo pueden meter a la cárcel por peculado, y no es tan gravoso como si lo meten a la cárcel porque mató a una persona o le causó una lesión irreparable», puntualiza César Augusto Hernández.



### SE TRABAJA BAJO PRESION

«El que pone la plata, pone las condiciones», y este adagio se sostiene para el ejercicio de los profesionales de la salud, a quienes las ARS y las EPS, imponen no sólo las tarifas para su ejercicio, sino que además les fijan las condiciones de pago, y el tratamiento que se le debe dar a los pacientes.

## SECTOR SALUD Y CAMBIO DE FECHA

En un informe enviado por el Ministerio de Salud se estima que entre 30 y 35 mil millones de pesos costarían los ajustes a equipos en el sector salud en Colombia, por el cambio de fecha. Jonathan Gaev, experto mundial en la asesoría a hospitales para enfrentar esa problemática, advierte en ese comunicado que los hospitales y médicos serán los responsables de las fallas que se presenten por falta de previsión con la llegada del 2000. Sugirió que un plan de contingencia en el país debe contemplar acciones en cuanto a: Planta física, ajuste a equipos médicos priorizando en aquellos que soportan la vida como radioterapia, cirugía, salas de urgencias, de parto, radiografía, laboratorio clínico, previsión de fallas en agua, luz e insumos.

# EL PULSO

7

Démosle al medio ambiente lo que le pertenece, nuestro cuidado y respeto.

5 de junio Día del Medio Ambiente

## Medio Ambiente

En el Bajo Cauca

# No más intoxicación por mercurio

La pequeña y la mediana minería del Bajo Cauca, (en especial los municipios de El Bagre, Zaragoza y Remedios) han estado acompañadas desde siempre de la intoxicación por mercurio. Un fenómeno que ha sido responsable de la contaminación de las personas que tienen que ver con la extracción del oro y de significativas implicaciones para el medio ambiente.

te, insomnio, somnolencia, astenia, adinamia marcada, caída de dientes, dientes flojos y úlceras gingivales. El tercero, cuando hay exposición súbita a altas concentraciones de vapores de mercurio metálico, causando bronquitis o broncolitis erosiva con neumonía intersticial, llegando al edema agudo de pulmón y aún la muerte. Y finalmente, la intoxicación crónica, de comienzo insidioso con astenia, adinamia, anorexia y dolores generalizados, entre otros.

**Muchas veces esas manifestaciones, sobre todo el temblor y escribir pequeño -micrografía-, los cambios neurológicos entre ellos irritabilidad, insomnio, etc, son cosas poco notorias para el minero, por lo tanto conserva intoxicaciones crónicas con mercurio soportando este tipo de molestias.**

Muy probablemente el mercurio también está relacionado con la aparición de malformaciones, pero no se tiene información sobre qué tipo de éstas se den precisamente en la zona, por su causa.

### RECORRIDO DEL PROYECTO

El proyecto «Vigilancia epidemiológica del mercurio», se inició hace unos cuatro años, se dieron algunos pasos, pero fue abandonado. En 1997 se volvió a reactivar específicamente para el municipio de El Bagre. La Dirección Seccional de Salud de Antioquia hizo un convenio con Asmedas, para efectuar la promoción de lo que era la intoxicación por mercurio y generar conciencia en toda la población (mineros, personal profesional, autoridades, empresarios, etc) respecto a la necesidad de hacer la vigilancia del mercurio. Asmedas terminó su fase y la Seccional de Salud entró de nuevo a hacer algunas fases del proyecto como: firmar algunos convenios con las direcciones locales de salud de esos municipios, para transferirles recursos e iniciar las acciones; contratar promotores de salud, para recorrer la zona minera hablando con los mineros y explicándoles los riesgos de exponerse, además realizar a quienes sean sintomáticos la toma de muestras de orina e identificar la cantidad de mercurio que están excretando.

Esta dependencia ofrece en forma gratuita, tanto el examen de laboratorio como el medicamento, para la persona que tenga altos niveles de mercurio y se considere que posee una intoxicación crónica.

Para la intoxicación el médico les ordena penicilamina, una sustancia que hace botar todo el mercurio concentrado en el organismo. Esa es una medida de momento, porque apenas vuelvan a exponerse suben nuevamente los niveles.

Así mismo, en asocio con la Secretaría de Minas, se está desarrollando un proyecto el cual consiste en contratar con la Facultad de Minas y Metalurgia de la U de A. el diseño de una retorta, es decir un aditamento en el cual el minero puede separar el oro del mercurio, sin recibir los vapores y sin que se pierda nada de mercurio. Es decir que él recupera el mercurio y economiza plata, evitando que se vaya a las fuentes de agua y posteriormente entre a la cadena alimentaria y se convierta en metilmercurio que es otra vía de ingreso del mercurio al organismo. Estas retortas entonces serían la solución pues además de no contaminar evitarían que él aspire los gases que tiene el mercurio.

En la fase siguiente se comprarán las retortas, se entregarán 3 a cada una de las direcciones locales de salud para que ellos hagan todo lo que tiene que ver con las demostraciones, el préstamo a los mineros para que aprendan a manejarlas, y en el momento en que vean la necesidad y las bondades empiecen a comprarlas.

Se espera que la retorta le guste al minero, porque es la única forma de eliminar su proceso de exposición al mercurio.

**Para la gran minería hay que utilizar otras estrategias y además ésta cuenta con la cobertura de la parte de salud ocupacional referente a riesgos profesionales y recibe asesoría para quemar sin mayor riesgos.**

En relación con la proyección interna, la idea es que el sistema funcione como se hace con toda la vigilancia; es decir que, cualquier persona en cualquier momento, cuando se descubra que está expuesta al riesgo del mercurio, o que vaya a consulta por que tiene una sintomatología por intoxicación con mercurio sea reportado al sistema, se le hagan las pruebas, se le den los medicamentos y la vigilancia posterior hasta que la persona quede con niveles aceptables de mercurio.

Como acción complementaria, la Dirección Seccional de Salud está iniciando el muestreo del pescado y del agua para ver si tienen niveles de mercurio y emprender acciones.



FIN A LA INTOXICACION POR MERCURIO

Foto John Gaviria

Por Patricia Pérez

**A**l mercurio no se le conoce ninguna función fisiológica benéfica en el hombre, de tal manera que cualquier cantidad y de cualquier manera que este producto entre en el organismo se considera tóxica.

El mercurio metálico es la forma responsable de la contaminación ocupacional del personal odontológico y de las comunidades que lo utilizan en la obtención y beneficio del oro.

Por tal razón, la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, por medio de la dirección de epidemiología y promoción de la salud, Asmedas, y la Facultad de Minas y Metalurgia de la U. de A., desde hace dos años iniciaron el programa de vigilancia epidemiológica de la intoxicación por mercurio.

Con él se busca disminuir la morbilidad, evitar la mortalidad y el impacto ambiental negativo como consecuencia del uso indiscriminado de mercurio en la población minera del departamento. Incluye acciones de fomento, promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las personas expuestas. Quienes más se encuentran en riesgo de intoxicación son los compradores de oro (quemadores de amalgama); administradores (lavada) y operarios de canal de la mediana minería; barequeros y pequeños mineros; botapietra, operarios de maquinaria pesada y chorreros en mediana minería.

### ASI SE CONTAMINAN

El problema del mercurio parte del proceso con el cual los mineros, con mayor incidencia en la pequeña y mediana minería, obtienen el oro. Cuando ellos explotan sobre todo el oro de aluvión o de mina, hacen un proceso de amalgamamiento, el cual consiste en recuperar el metal precioso, utilizando para ello mercurio. A éste se adhiere el oro y forma algo más sólido, después lo llevan a un proceso de separación, el cual consiste en calentar esta amalgama para independizar el mercurio del oro y poderlo vender. Pero, cuando ellos hacen esa quema, se producen vapores del mercurio que penetran por las vías respiratorias, se absorben a través del pulmón y empiezan a subir los niveles de mercurio dentro del organismo.

Como el minero quiere ver todo el proceso de separación y más que todo por efectos de cuidar su oro, él se queda al frente de la paila viéndolo quemar y sosteniendo la llama con la que calienta su amalgama. Inhala todo el vapor de mercurio. Este no permanece en el organismo sino que es excretado a través de uñas, orina y cabello, pero es mucho más rápida la absorción por las vías respiratorias que la eliminación, entonces el minero de todas maneras puede tener niveles altos de mercurio. Eso produce problemas en el organismo, lo que pasa es que la mayoría de las veces no les produce la muerte.

### INTOXICACIONES VS SINTOMAS

Hay cuatro niveles de intoxicación: el primero, cuando la persona tiene antecedentes de exposición al mercurio y niveles de orina menores a 35 mcg/lt, que no presenta alteraciones clínicas ni paraclínicas. En segundo lugar, cuando la persona expuesta ocupacional o ambientalmente a la contaminación presenta niveles más altos que los mencionados, con o sin manifestación clínica de ansiedad, depresión, disminución de la perimetría, evidencia de temblores en manos, párpados, lengua y labios, cefalea persisten-

EVALUACIÓN, ESTABILIZACIÓN Y REMISIÓN  
DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

JULIO 28 AL 30 DE 1999

Hotel Intercontinental - Medellín

### ORGANIZAN:

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

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

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

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

## EQUIPO REGIONAL DE HUMANIZACION

Tiene como objetivo general dinamizar y fortalecer en Antioquia, el crecimiento humano de los agentes de humanización y asesorar y orientar los grupos.

Se basa en el valor y la dignidad de la persona humana; en el respeto, reconocimiento y aplicación de los derechos de las personas (el enfermo, su familia y los trabajadores de la salud). Su trabajo se fundamenta en la carta universal de los derechos humanos.

Está conformado por: Clínica Cardiovascular Santa María, HUSVP, Hospital General, CAA Comercio y San Ignacio del ISS, Metrosalud con sus 10 unidades hospitalarias y centros de salud, servicio médico y odontológico Municipio de Medellín, Sena, Personería de Medellín y Pastoral de la Salud de la Arquidiócesis.

# EL PULSO

8



## Observatorio

# La salud, en medio del desastre

Cuando un desastre natural ocasiona grandes pérdidas sobre la infraestructura física y económica de un país, el gobierno y la sociedad se enfrentan al reto de la reconstrucción y para ello eligen entre conservar los diseños de las cosas existentes hasta entonces o adoptar nuevos espacios, estructuras y formas.

Por **Álvaro López Villajairo Restrepo Zea**

Según una estimación realizada por la Comisión Económica para América Latina, CEPAL, el terremoto ocurrido en Colombia el 25 de enero de 1999 ocasionó daños cercanos a los 2 mil millones de dólares, equivalentes al 2.2% del producto interno bruto, de los cuales el 73% corresponden a destrucción total o parcial de viviendas, el 12% a la pérdida de producción, el 7.4% a daños en instalaciones educativas, culturales y deportivas, el 4.7% a daños en infraestructura en transporte, comunicaciones y servicios públicos, y el 2.8% a destrucción en establecimientos de salud y servicios asistenciales.

En este informe especial del Observatorio, la página institucional del Centro de Investigaciones Económicas de la Universidad de Antioquia, se presenta

un análisis acerca de lo ocurrido sobre la situación de salud del departamento del Quindío a raíz del terremoto, buscando contribuir a la formulación de alternativas sobre el camino a seguir frente a una situación tan delicada: ¿se reconstruye el sistema conforme a lo establecido en la Ley 100 de 1993?, o, ¿se adoptan medidas especiales que sienten las bases para la creación de un sistema alternativo o ajustado?

### SALUD CON AROMA DE CAFÉ

Desde un punto de vista institucional, al momento de producirse el terremoto la situación del departamento presentaba avances y dificultades similares a las que se han venido exponiendo en relación con el sistema de seguridad social en salud en el país, destacándose en Quindío una baja cobertura en el aseguramiento, un deterioro de los ingresos debido a los cambios en las fórmulas de distribu-

ción de las transferencias y unos logros incipientes en los procesos de municipalización y de transformación de los hospitales.

En un intento por mejorar la situación del departamento, el Instituto Seccional del Quindío venía realizando un estudio sobre la eficiencia del sistema con el cual buscaba direccionar la aplicación de recursos y garantizar el acceso a la población vinculada. Dentro de los aspectos más destacados que estaban siendo considerados y discutidos en distintos grupos de trabajo, se encuentran los siguientes:

- En el régimen contributivo no se presentaron cambios de importancia con la promulgación de la Ley 100, continuando básicamente con el número de población afiliada que ya recibía la cobertura familiar por parte del ISS.
- En el régimen subsidiado se realizaba un ajuste sobre la información del



SISBEN bajo la consideración inicial de que el número de personas beneficiarias estaba excedido; además, la cobertura estaba estancada y los escenarios financieros no permitían su ampliación en 1999.

- No se tenía un buen conocimiento sobre los efectos que había traído la afiliación al régimen subsidiado en relación con el acceso de la población pobre.
- La población vinculada constituía una preocupación fundamental y se procuraba definir mecanismos para garantizar su acceso sin que se produjeran diferencias con la pertene-

ciente al régimen subsidiado. Para esto, se buscaba depurar la identificación, definir un plan de beneficios y los mecanismos de pago apropiados.

- Solamente la capital del departamento había formalizado el proceso de municipalización y en unos tres municipios se habían creado ESEs.
- Se preparaba una propuesta sobre conformación de la planta de personal de los hospitales para alcanzar la eficiencia; en especial, se bus-

*Vea Observatorio en página 9*

## SUSCRIBASE CUPON DE SUSCRIPCION

### EL PULSO

Nombre: .....  
Dirección para envío .....  
Barrio .....  
Teléfono .....  
Efectivo ..... Cheque No ..... Banco .....  
La suscripción es por un año.

#### VALOR DE LA SUSCRIPCION

Valor de Suscripción: \$ 24.000.00  
La suscripción puede cancelarse en cualquier ciudad del país, a Nombre de la Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl.  
Banco Ganadero, Cuenta No. 29900056-2  
Banco Santander, Cuenta No. 01004147-3  
Nota: La suscripción también se puede cancelar en las Cajas del Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

Para efectos contables, le solicitamos remitir este formato y copia del recibo de consignación, al fax: 263 44 75 Dirección Comercial: Diana Cecilia Arbeláez G. Hospital Universitario San Vicente de Paúl Calle 64 con carrera 51 D. Teléfonos: 2634396, 2637810. Medellín

## PLAN DE DESARROLLO EN SALUD

El plan de desarrollo aporta algo innovador. Es el hecho de que las entidades vigiladas tendrán que aportar un porcentaje automático para que se fortalezca el Sistema de Vigilancia y Control del país. Así mismo, se fortalecerán los comités de participación comunitaria - Copagos- que tienen experiencias exitosas en procesos de control por parte de la comunidad. De esta forma, la Superintendencia Nacional de Salud adquirirá mayores recursos económicos y contará con el apoyo de otras instancias del nivel nacional y territorial, para adelantar con eficiencia su labor de inspección, vigilancia y control, informó el Ministerio de Salud.

# EL PULSO

9



## Observatorio

Viene de la página anterior

caba relacionar la disponibilidad de recurso humano asistencial con la demanda y la definición de necesidades mínimas de personal administrativo. Además, se prestaba la mayor atención al desfinanciamiento de los hospitales de segundo y tercer nivel, particularmente lo sucedido en el San Juan de Dios de Armenia.

### EL DESASTRE

Los daños ocasionados por el terremoto con impacto directo sobre la situación de salud pueden agruparse en tres tipos. En primer lugar, en el Quindío se presentaron 843 muertes principalmente en Armenia, Calarcá y La Tebaida, con un promedio de edad de 36 años y una pérdida de años de vida saludables, AVISA, cercana a los 30,000.

En segundo lugar, fue necesario atender un poco más de 5,000 heridos con diferentes patologías. Para esta labor se contó con el apoyo del Ministerio de Salud y de otras regiones del país adonde fueron trasladados los heridos de mayor gravedad; por otra parte, se adaptaron algunos sitios para la atención.

En tercer lugar, la destrucción física afectó cerca de 150,000 personas para quienes la vivienda se destruyó o quedó inhabilitada. Por otra parte, solamente 26 establecimientos educativos se vieron poco afectados, mientras 53 de ellos requieren reparación y 49 quedaron destruidos o demandaban su demolición; en el caso de los centros asistenciales, conforme al balance del Instituto Seccional de Salud se tienen «tres hospitales destruidos, uno inhabilitado funcionalmente, otro que debe ser reubicado, cinco centros de salud en Armenia inservibles».

### LAS REPLICAS EN EL SECTOR SALUD

Una vez superada la atención de la emergencia, el sector salud enfrenta problemas considerables sobre los cuales es necesario redefinir la política del departamento. Por una parte, en términos de la demanda es importante tener en cuenta un posible cambio en el perfil epidemiológico con el retorno de patologías simples y la incidencia de traumas físicos y psicológicos, al igual que un aumento de factores de riesgo derivados de la concentración de población en albergues; además, debido al desempleo (un 38% según estimación del DANE) y a la caída en el ingreso de la población, la demanda por la atención de la red pública aumenta mientras que los ingresos fiscales disminuyen por los menores recaudos de los impuestos departamentales (licores, cerveza, loterías, registro y anotación) y se presenta un cambio en las prioridades de inversión.

Por otra parte, la oferta de servicios puede resultar insuficiente en especial por la destrucción física y un posible desequilibrio entre las nuevas necesidades y el tipo de personal que se encontraba laborando en los distintos centros de atención de la red pública.

### ¿RECONSTRUCCION O REPARACION?

Como puede verse, en el Quindío se ha presentado un retroceso considerable en cuanto al nivel de desarrollo alcanzado durante varias décadas y se registra un gran desequilibrio entre población y recursos. Con el entendimiento de este fenómeno, las medidas por tomar deben ser consistentes con el mismo y buscar el retorno a la senda de crecimiento. Sin embargo, para adelantar estas labores se enfrentan retos enormes y es necesario mantener una estrecha coordinación entre las autoridades de los diferentes niveles de gobierno y organismos de cooperación. Como sucede en las zonas en donde se realiza la explotación de recursos naturales no renovables como el petróleo, el oro y las esmeraldas, el recaudo de una contribución específica y la canalización de recursos con destino al Eje Cafetero generan expectativas sobre muchos agentes

que se desplazarían a la zona en busca de ganancias por la contratación directa de obras o la oferta de bienes y servicios complementarios o derivados de la reactivación de la demanda.

Se requieren con urgencia unas reglas de juego claras y la definición de mecanismos para la participación de la población y los representantes de la región. La manera como fue atendida la emergencia, en especial la distribución de provisiones a la población que contó con la presencia del presidente de la república, al tiempo que se desplazaban los esfuerzos locales, al igual que la conformación del Fondo para la Reconstrucción del Eje Cafetero de cuya Junta no hace parte el gobernador, enseñan una falta de entendimiento entre el gobierno nacional y el seccional, situación que unida a la presencia de diversos organismos seleccionados para gerenciar la reconstrucción puede llevar a una serie de conflictos de intereses, soluciones heterogéneas y pérdida de identidad cultural por parte de la población afectada. En un reportaje del periódico El Tiempo del 18 de abril se advertía que «los damnificados reclaman presencia regional».

En relación con la salud, no puede concebirse el problema como un asunto sectorial ni orientar la política hacia la afiliación de la población a la seguridad social. El retroceso ocasionado por el terremoto no permite aplicar en forma ortodoxa el esquema adoptado en la Ley 100 por cuanto el estadio de desarrollo actual resulta muy inferior al que ella requiere para su implementación y lo que se encuentra en la práctica es una profundización de los problemas del resto del país: crisis de financiamiento global, debilitamiento de la oferta pública de servicios y reducción de la cobertura del régimen contributivo y estancamiento del subsidiado, con el consiguiente aumento de la población vinculada y un mayor desequilibrio entre necesidades de la población y dotación de recursos.

Es necesario, en cambio, partir de una visión integral del desarrollo y reconocer la estrategia más adecuada y de menor costo para atender la salud de la población en la fase de recuperación. Para esto, las autoridades pueden orientar su acción con los siguientes puntos:

#### 1. Estrategia de promoción y prevención: Las escuelas principalmen-

Principales daños ocasionados por el terremoto en Quindío						
Municipio	Muertos	Heridos	Población afectada	Viviendas afectadas (1)	Hospitales y Centros (2)	Centros educativos (3)
Armenia	686	2,261	214.388	41,521	6	71
Buenavista	0	15	893	212	1	0
Calarcá	60	170	48.057	9,883	1	13
Circasia	12	114	6.964	1,378	1	2
Córdoba	2	15	2.520	557	1	3
Finlandia	0	21	2.565	538		1
Génova	0	0	470	108		0
La Tebaida	35	208	21,842	4,472	1	5
Montenegro	13	261	12,122	2,328	1	1
Pijao	3	33	5,715	1,230	1	3
Quimbaya	1	58	9,955	1,883		0
Salento	1	26	1,278	287	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>843</b>	<b>5142</b>	<b>326,769</b>	<b>64,397</b>	<b>14</b>	<b>102</b>

■ (1): Comprende viviendas perdidas totalmente (29%), parcialmente (49%) e inhabitables (22%).  
 ■ (2): Hospitales y centros de salud con afectación total o parcial.  
 ■ (3): Establecimientos educativos urbanos reparables (52%) y para demoler (48%).  
 FUENTE: Departamento Administrativo de Planeación del Quindío. Diagnóstico preliminar del Quindío, marzo 12. Instituto Seccional de Salud del Quindío. Muertes y heridos a causa del sismo, Quindío 1999.

te de carácter psicológico que permanecen en la población, la concentración en albergues para vivienda y educación, los cambios y migraciones que se acentuarán con el inicio de la reconstrucción física y los efectos sobre el medio ambiente que traerá esta misma, entre otros fenómenos, implican un aumento en los factores de riesgo de varias enfermedades que pueden evitarse con una estrategia primaria basada en la educación, la vigilancia y la atención básica. Sobre el particular, el Instituto Seccional de Salud del Quindío ha venido desarrollando actividades en las áreas de «salud mental, nutrición, salud sexual y reproductiva, saneamiento básico, comunicación, vacunación, participación social y vigilancia epidemiológica».

Para dar continuidad a esta estrategia y garantizar la cobertura de toda la población, resulta apropiado canalizar los recursos correspondientes al plan de atención básica y a la porción para promoción y prevención incluida en la capitación del régimen contributivo y del subsidiado. Con voluntad política y el compromiso con la situación que se presenta en la región, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podría expedir un Acuerdo que concentre estos recursos en el Instituto y le reconozca el carácter de bien público a

las actividades incluidas en la estrategia.

■ **2. Cobertura de los servicios de atención:** El efecto neto de la migración en el departamento aún no se conoce y probablemente resulte positivo una vez despegue la reconstrucción. Mientras tanto, es importante tener en cuenta que el aseguramiento es una estrategia, no un objetivo en sí mismo, para garantizar el acceso a los servicios de salud. De este modo, es necesario apoyar la red pública y privada para que la población que perdió su protección a causa del desempleo y la caída en los ingresos no tenga dificultades para solucionar sus problemas de salud y no incurrir en gastos corrientes en materia de afiliación que pueden canalizarse en esta fase hacia la inversión, tanto en infraestructura como en acciones de promoción y prevención.

Estos esfuerzos inmediatos requieren ser acompañados de un monitoreo sobre la migración de población, buscando mantener actualizadas las bases de datos y evitar así duplicidades de gastos y complicaciones para la población acceder a los servicios. En este sentido, es importante hacer una lectura apropiada del Decreto 350 que se refiere a la emergencia económica con ocasión del desastre, y no incurrir en simples

subsídios sobre EPS y mucho menos pretender una extensión de la cobertura del aseguramiento a toda la población.

■ **3. Reconstrucción de la red de servicios:** Para reconstruir la red de servicios puede adoptarse un enfoque mixto, convocando al sector público y al privado en donde tiene sentido la competencia. En el primer caso parece sencillo, a pesar de las dificultades económicas, canalizar recursos especiales provenientes del Fosyga y de los créditos que recibirá la Nación, además de los que pueden ofrecer el departamento y organismos no gubernamentales nacionales e internacionales; en el segundo, se contaría con líneas de crédito especiales.

■ **4. Modelo de gestión.** Esta experiencia permite aplicar algunos principios para llevar a cabo una renovación de la gestión tendiente a reducir costos administrativos. En especial, cabe preguntarse por el esquema de organización territorial, si la municipalización se lleva adelante se debe tener cuidado de no incrementar el gasto burocrático con la creación de nuevos organismos y, más bien, es pertinente evaluar y fortalecer la gestión emprendida por el Instituto Seccional y aprovechar sus economías de escala. Por otra parte, en cuanto a los hospitales públicos es importante retomar la propuesta de minimizar su planta administrativa y aprovechar también las ventajas que ofrece el territorio para compartir ciertos gastos de este orden (contabilidad, control interno, etc.).

### Referencias:

- Departamento Administrativo de Planeación del Quindío. Diagnóstico preliminar del Quindío. Instituto Seccional de Salud del Quindío. Muertes y heridos a causa del sismo del 25 de enero, Quindío 1999.
- Escenarios de financiamiento y aseguramiento del sistema general de seguridad social en salud en el departamento del Quindío, 1999.
- Propuesta para el redimensionamiento de la red de servicios de salud en el departamento del Quindío, versión preliminar marzo 28 de 1999.
- Quindío sin vinculados hacia el siglo XXI ¡Un esfuerzo de todos!, 1999.
- Estrategia de atención primaria post terremoto, enero 25-febrero 25 de 1999.
- Villegas, Adriana. «A reconstruir la tierra del café». El Espectador, 18 de abril de 1999, 6-A.
- «Cálculos de la Cepal: terremoto costó \$ 2.8 billones». El Espectador, 2 de mayo de 1999, 3-C.

## Estrategia de atención primaria post terremoto

«Fortalecer y dinamizar la atención integral en salud de la población afectada por el sismo mediante la conformación de grupos extramurales que permita recuperar y mantener la salud en función del desarrollo local»

1. Saneamiento ambiental (aguas, excretas, basuras, alimentos, factores de riesgo biológico)	Las condiciones previas eran aceptables, por lo que la situación posterior al desastre fue controlable con medidas de impacto. Las necesidades de recurso humano ascienden a 51 técnicos de saneamiento ambiental. Además, se contó con apoyo del Ministerio de Salud, Universidad de Antioquia, ONG's internacionales, gobierno de Cuba, SENA y varias seccionales de salud.
2. Alimentación y nutrición	Medidas de impacto orientadas especialmente a coordinar el suministro de medicamentos, estandarizar las entregas y operacionalizar cocinas comunitarias. Las necesidades de recurso humano ascienden a 12 nutricionistas. Se contó con el apoyo de grupos nacionales.
3. Laboratorio departamental de salud pública	Vigilancia centinela en EDA (Cólera, Salmonella, Shigella y E. Coli) e IRA viral. Vigilancia intensificada en EFE (dengue, sarampión y rubeola) y ictericias hepatitis viral. Vigilancia y control en aguas (tratadas, crudas, envasadas, bocatomas y quebradas).
4. Programa ampliado de inmunizaciones	En la primera semana se cubrió con toxoide tetánico y/o diftérico a toda la población de riesgo; en la segunda, se aplicó triple viral a niños entre 1 y 4 años y posteriormente se amplió a los 9 años.
5. Salud sexual y reproductiva	Diagnóstico en albergues o asentamientos temporales sobre número de gestantes y mujeres en edad fértil. Capacitación al personal de unidades de atención primaria. Distribución y gestión con AVSC. Dotación de promotora con anovulatorios orales e iyectables.
6. Comunicaciones	Paredes que hablan: Se han empleado paredes, andenes y calles, a partir de una experiencia comunitaria, como medio de comunicación. Personas que hablan: Compara itinerante, cuadros teatrales, conformación y capacitación de una red comunitaria de teatro educativo en salud.
7. Vigilancia en salud pública	Incremento de unidades identificadores con reportes diarios. Sistema de vigilancia centinela en laboratorio..

FUENTE: Instituto Seccional de Salud del Quindío. Estrategia de atención primaria post terremoto, 1999.

## TIPS

Hace pocos días, por primera vez en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, un grupo de especialistas del departamento de imagenología realizaron el procedimiento de Tips (puente porto-sistémico por vía transyugular) a pacientes que tenían la esperanza de recuperación y de vida. Técnicas como estas además de ser un gran logro médico científico, engrandecen y reafirman la voluntad del Hospital en ser gestor de la calidad de vida de la población.

# EL PULSO

## 10



## Transferencias a la salud

# Loterías cumplieron a medias: Supersalud

Por Rodolfo Rodríguez, corresponsal de EL PULSO en Santafé de Bogotá

Es bien conocido que los problemas que afronta el sector salud, entre otros, por falta de recursos para el buen funcionamiento de hospitales y clínicas que se han visto obligados a cerrar sus puertas, como es el caso del Hospital Lorencita Villegas en Santafé de Bogotá; tiene, además, en cuidados intensivos a más de uno. También es sabido que una de las fuentes de esos recursos proviene de las transferencias que por Ley deben hacer quienes explotan los juegos de suerte.

La Ley 64 de 1923 estableció en su artículo segundo que el 64% del valor de los billetes que componen cada sorteo podrán destinarse al pago de premios, mientras que el 14 % del mismo valor como el mínimo de participación que en cada sorteo debe corresponder al respectivo departamento; porcentaje que fue modificado por la Ley 12 de 1932, artículo siete, en virtud del cual el mínimo para el pago de premios pasó al 54%. Esto, claro está, independiente de otros conceptos como son los impuestos a ganadores y de foráneos, las utilidades e impuestos por la explotación de sorteos extraordinarios, rendimientos financieros, entre otros.

Teniendo en cuenta la jurisprudencia aquí citada, la Superintendencia Nacional de Salud, con base en información enviada por las Loterías y comparada con la recolectada por consultores externos, encontró que el valor que han debido recibir los departamentos por concepto de juegos y azar frente a los giros efectivamente recibidos es superior.

Según el Informe de Gestión de Loterías 1998 enviado por la entidad nacional a los gobernadores del país, los entes territoriales dejaron de recibir por la operación, solamente de loterías ordinarias, entendiéndose éstas como las departamentales y en algunos casos municipales, cerca de \$207.500 millones de pesos y sólo recibieron aproximadamente \$25.800 millones, que representan el 12.43% de lo que debieron recibir.

Por sorteos extraordinarios debieron recibir \$49.728 millones y sólo recibieron por utilidades \$24.119 millones.

La Superintendencia Nacional de Salud, Inés Gómez de Vargas, sostuvo que lo anterior

quiere decir que los servicios de salud de los departamentos dejaron de percibir, entre lo que se debió transferir \$257.203 millones (incluyendo sorteos extraordinarios) y la transferencia efectiva de \$49.911 millones, un total de \$207.291 millones o el 80.6%.

De ese total las loterías de Bolívar, Caquetá, Guajira, Nariño, Sabanera, no transfirieron recursos al sector salud por la explotación del monopolio pues no obtuvieron ganancias.

Sin embargo, entidades como la Nueve Millonaria, Atlántico, Meta y Valle del Cauca que tampoco lograron utilidades, si giraron recursos. Hecho este que al parecer de la Superintendente Nacional de Salud, es difícil de explicar. Situación contraria se presenta con las loterías de Chocó, Córdoba y Cúcuta que registraron excedentes pero inexplicablemente no giraron un solo peso al sector salud.

### PARTICIPACION

El Sistema General de Seguridad Social en Salud invirtió durante la vigencia 1998 un total de \$3.5 billones de los cuales el situado fiscal para la salud contribuyó con el 27%, el Fosyga, 23%; las Rentas de Origen Municipal, 17%; el PINC, 15%; Otras transferencias, 8% y la Renta cedida por la Nación a los departamentos, 11%.

Precisamente, de esta última, los entes territoriales recibieron recursos por la explotación de loterías, apuestas permanentes, impuesto a la venta de licores, impuesto al consumo de cerveza y sifones e impuesto de Registro y anotación, un poco más de \$409.100 millones.

### CONCLUSIONES

La Superintendencia Nacional de Salud en su informe concluye, entre otros, que la participación de las Rentas cedidas dentro del total del Sistema General de Seguridad Social en Salud es muy bajo (11%) y que esto se debe a los altos niveles de elusión y evasión en el manejo de los monopolios de juegos de suerte y azar y licores; además de la deficiente gestión de las entidades a cargo de la explotación de los monopolios.

Sin embargo, la Superintendente Nacional de Salud, Inés Gómez de Vargas, alberga la esperanza de que el panorama actual podrá mejorar en la medida que el Proyecto de Ley de Régimen Propio de Juegos de Suerte y Azar se convierta en Ley de la República. Amencerá y Veremos.

## Clasificados

**1** **VENDO**  
GANGA  
CHEVROLET CORSA  
Modelo 97  
33.000 Km Color Azul  
Único 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** 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

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

**5** CARTAGENA. Alquiler apartamento 6 personas. Todas las comodidades. 2 alcobas, cocina integral. Frente al mar. Informes teléfono: 312 19 58.

**6** SAN ANDRES. Alquiler apartamento. 6 personas. South End Villas. Condominio cerrado. Piscina niños y adultos. Aire acondicionado. Cocina integral. Todas las comodidades. \$90.000 pesos diarios. Mayores informes: 35154 75

**7** **APROVECHE** la financiación más baja de los últimos tiempos.  
**APARTAMENTOS, dos alcobas, 36.000.000, en Calazans. Mayores informes: 264-10-68, 351-41-85**

EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL FELICITA AL HIGIENISTA DENTAL EN SU DIA CLASICO.  
Junio 17 de 1.999.

EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL REQUIERE:  
Microbiólogo  
Epidemiólogo  
Químico Farmacéutico  
Interesados enviar la hoja de vida con descripción del título, estudios complementarios y experiencia laboral, a la Calle 64 con Carrera 51D, Recursos Humanos, Medellín.  
Teléfonos: 263 79 45 - 263 78 10

Porque usted cree en El Hospital, El Hospital quiere servirle.

Atención particular a precios i accesibles a todos!

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL

COMUNICADOR GENERAL  
263 01 11 - 263 53 33  
CONSULTA EXTERNA ADULTOS  
263 77 07  
CONSULTA EXTERNA INFANTIL  
263 37 37  
RADIOLOGÍA  
263 76 10  
AMBULATORIOS PENSIONADO  
211 86 99

### CONSULTA MÉDICA

✓ Consulta médica especializada adultos, infantil, ginecobstétrica 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 contraste)  
✓ Ecografía  
✓ Tomografía (TAC)  
✓ Mamografía  
✓ Gamagrafía  
✓ Electroencefalografía  
✓ Electrocardiografía  
✓ Ecocardiografía  
✓ Videoesndoscopia  
✓ Rectosigmoidoscopia  
✓ Broncoscopia  
✓ Estroboscopia  
✓ Audiología  
✓ Electromiografía  
✓ Prueba de esfuerzo  
✓ Monitoreo cardíaco  
✓ Pletismografía

### ODONTOLOGÍA

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

✓ y TODOS los demás servicios que usted necesite

## UNIMEC RECIBIRA DINEROS

A los 2.500 millones de pesos que se le inyectaron a Unimec a finales del año pasado, se le suman otros ocho mil que le entregarán durante 1.999. Con estos recursos la empresa espera saldar las deudas que tiene con IPS y recuperar la autorización de la Superintendencia de Salud para hacer nuevas afiliaciones. Según informaron voceros de la entidad, para el 2.000 esperan contar con tres millones de afiliados.

# EL PULSO

11



Tomás Quevedo

## “Mi médico del alma y del vientre”

Fernando González

«El mejor médico es la naturaleza y tiene la ventaja de que no habla mal de los colegas».

*Galeno, citado por T. Quevedo*

Por Ana C. Ochoa

Entramos a su casa y allí estaba, más bien escondida, la semilla. En medio de los libros, las viejas esculturas propias y ajenas, las pinturas de Longas y Francisco Antonio Cano con sorpresivas dedicatorias a su mamá, allí, discretamente colgado, se hallaba el cuadro de la Agonía del General Santander acompañado de sus médicos. Uno de ellos el doctor José Ignacio Quevedo, primer médico de los 27 que hay en la familia. Y es que la historia de su gente, ya él lo escribió, es la historia de una vocación. Dos de sus hijos son pediatras: Augusto y Emilio, prestigioso por sus investigaciones en historia de las ciencias. Todo esto con mucho de guitarra y también de clarinete. Dicen, doctor Tomás, que verlos cantar con usted es una maravilla. Y ni qué decir cuando estaba su esposa, doña Luz Vélez de la Cuesta, celebrándoles todo con ese humor que, según nos cuenta, en 45 años de matrimonio no les permitió disgustos.

### LA VISITA

El caso es que seguimos hacia el salón, encontrándonos con esa especie de avispa de oro que, dicen, son la ironía, la risa melancólica, el humor y el ingenio tan bien descrito como rebelión de la inteligencia, que quiere dejar de ser seria, para huir de sus servidumbres. Es verdad que no hay mejor manera de conocer a una persona que conocer su biblioteca. En las cuatro del doctor Quevedo nos anticipan algo las antologías del humor español, ruso, húngaro, francés... muy cerca de Kafka y de las pesadillas de El Bosco. Más allá Anatole France, Quevedo o Rebelais con Gargantúa y Pantagruel envenenándonos la risa. Luego Maupassant o Andre Maurois. O «La historia del traje» y hasta «Los alemanes en mostaza». También junto a una selva de ediciones viejas como Losada, Aguilar o Juventud, miramos sus libros en francés, «Clochermerle», por ejemplo, una historia de Gabriel Chevalier ilustrada humorísticamente por Dobout, con narraciones de beatas desahoradas que la emprendían contra los orinales públicos. Y en otro estante su tío Efe Gómez y Carrasquilla... Y Fernando González con sus libros dedicados a «Mi médico del alma y del vientre, en recuerdo vivo de aquellos dos sabios tus mayores: Tomás, tu tocayo, y Emilio...»

### «LA GAZMOÑERÍA, LA MOJIGATERÍA Y EL PURITANISMO NO SON MI FUERTE».

T. Quevedo

Hay cuatro clases de lectores que cita Coleridge: Las esponjas, que absorben todo cuanto leen y lo devuelven más o menos en el mismo estado, aunque un poco sucio. Los vasos de arena, que no retienen nada y se conforman con atravesar un libro por el gusto de atravesar el tiempo. Las bolsas de género, que simplemente retienen la escoria de lo que leen. Los diamantes, igualmente raros y valiosos,



TOMAS QUEVEDO

Médico, pintor, escultor, escritor... Y el humor, tantas veces melancólico

que sacan provecho de lo que leen y permiten que con ello también se beneficien otros. Aquel día ese beneficio fue más que la risa compartida, pues el doctor Quevedo leyó varias rarezas, entre ellas un prólogo de Fernando González al libro del payanés Alberto Mosquera, colección de poemas que no quiso presentar Guillermo Valencia por exceso de «sal y de pimienta». Escribe Fernando González algo que, en voz de Tomás Quevedo, parece casi propio por afinidad: «...sólo a vanidoso a maquillado puede antojársele que las poesías de este Mosquera tengan vulgaridades porque no escribe de cigüeñas, elefantes y otras cosas...pero así como hay gentes que quisieran que el hombre no tuviese nalgas (¿por dónde nos sentaríamos entonces?) también los hay que exigen como tema la castidad de la paloma. Lo malo para ustedes, entes suramericanos y paludosos y ade-

más epifóricos, es que miramos a las estrellas en busca de Dios, pero también vamos al excusado y allí también está el Ubicuo. Los escritores suramericanos, en su mayoría, son falsos, al sentarse a escribir se chantan vestido europeo».

### ESCRITOS

A la hora de escribir Tomás Quevedo es auténtico, condición escasa que en muchos resulta ser también una fabricación de pretensiones sospechosas. Su libro «Humor y medicina», sus ensayos sobre «Trabajo, enfermedad y ocio», sus cuentos...son, como su historia de 56 años de médico general y gastroenterólogo, una muestra del estilo del que tiene que decir y lo dice en el menor número de palabras. «La medicina se va a acabar. Se van a morir los pacientes, que ya se llaman usuarios. No hay quien los atienda

bien.» «Da grima pensar hasta qué nivel ha descendido el cuerpo médico colombiano que era el más respetable y respetado...el médico es un empleadillo forzado a quien se le exige todo por una mísera remuneración, digna de un peluquero o un albañil. A este se le dice que si no pega cincuenta adobes en una hora lo reemplazarán por otro trabajador que está en la fila de los desocupados. Y al médico le dicen lo mismo si no se somete a atender cuatro pacientes o más por hora, pagándole una cantidad igual a la que gana un peluquero por una motilada. Estilistas los llaman ahora.»

### ¿LEYES PARA QUÉ?

«La Ley 100, dicen los que la crearon y defienden, que no son médicos, tiene un fin maravilloso, llevar la salud a toda la población, y eso es cierto. ¿Pero qué ha pasado en realidad? ¿Cómo se ha aplicado? El país no tiene en este momento ni la infraestructura ni el dinero para que esto sea una realidad. Entonces se ha querido resolver el problema aplicando la Ley a costillas de los médicos y que éstos subsidien la salud de la comunidad, violando inclusive la Ley 23 de 1.981 que dicta normas sobre la ética médica referidas a que el trabajo o servicio sólo beneficiará a él y a quien lo reciba. Nunca a terceras personas que puedan explotarlo comercial o políticamente...Las IPS, las EPS y todas las demás que intervienen en estos menesteres se quedan con un buen porcentaje de los honorarios del médico y se enriquecen con ellos...Lo malo del caso no es sólo esto, sino que el médico, violentando su conciencia, tiene que someterse a estos atropellos si no quiere perder su trabajo...Y los usuarios de la salud, como se les llama ahora, todos los días más mal atendidos.»

### ESOS SABIOS

La suya fue una época diferente de la medicina y de los médicos. ¿Éxitos? «Los éxitos logrados por el médico en su profesión -y no me refiero a los económicos que no siempre marchan paralelos- sino a los científicos, a los que se obtienen en el ejercicio diario, aquellos que muchas veces pueden ser sólo simples satisfacciones anímicas, sin que sean, en ocasiones, reconocidos por quienes recibieron los beneficios, lo deben llenar de satisfacción pero no de soberbia... aquellos que toman aires de Magister Dixit son habitualmente «nuevos ricos» intelectuales que piensan que con sus alardes de sabiduría y talento pueden colocarse en un nivel superior en el que realmente están situados...se ha ido formando un grupo de médicos que pretenden ser infalibles, poseedores de la verdad absoluta, que hablan siempre «ex cátedra», cuyos diagnósticos son irrefutables porque están basados en el aparato más recientemente construido en la potencia mundial de moda en el momento, olvidando que como decía el doctor Gabriel Toro Villa: El microscopio queda del ocular para arriba...A estos individuos jactanciosos se les puede aplicar la frase que dijo ante un petulante de esa calaña el doctor Luis Zea Uribe: «Qué bella biblioteca podría hacerse con lo que ignora este joven».

### SIN MAS

Sabios raros, llenos de especializaciones y demás que, dice el doctor recordando a Bernard Shaw: «Todos los días saben más y más, sobre menos y menos, y van a terminar sabiendo todo sobre nada.» Girando en torno a ellos mismos y causando a veces mucho daño. Aquí sale el cuento del popular Marañas, antiguo personaje de Medellín, que viendo pasar un entierro dijo: «Se les fue la mano en el tratamiento». Con el doctor Quevedo se abriga la anécdota, esa que, citando a Pitigrille, él define como «La historia en pildoritas para estómagos delicados.» Pildoritas demoleadoras, la mayoría de las veces veneno infalible para «pavos» vanidosos y otras especies que no nos atrevemos a clasificar.

«A un enfermo diabético le ordenaron en el Seguro Social una glicemia. Volvió por el resultado y no estaba. Le dijeron que volviera al día siguiente. Regresó al otro día y tampoco estaba el dato del examen. Ya el señor cansado de caminar de aquí para allá le dijo a la enfermera del laboratorio: Señorita ¿usted no cree que ese azúcar me va a dar muy alto con todo el «caramelo» que me están dando aquí?»

T. Quevedo

## SE EXIGE CERTIFICADO Y2K

La Superintendencia Nacional de Salud podrá exigir a las EPS e IPS un certificado que compruebe que han hecho los ajustes requeridos frente al problema del año 2.000. Así mismo, se realizarán visitas a las instituciones hospitalarias en mayor riesgo, para verificar la realización de los ajustes. Con esta medida se pretende impulsar a las entidades del sector para que se apropien del problema y a dar solución a él oportuna y eficazmente.

# EL PULSO

## 12



## El CRAE

# Solicitudes vs. Autorizaciones

El periódico EL PULSO efectuó un recorrido por las diferentes entidades hospitalarias, con el fin de conocer su opinión respecto al Crae -Centro Regulador de Atenciones Electivas- y la forma como han venido atendiendo a los pacientes a través de este sistema. Sin embargo, sólo obtuvimos respuesta de cuatro de las nueve instituciones abordadas, pero consideramos que ello permitirá a los lectores hacerle un seguimiento a este programa liderado por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, entidad de la cual también tuvimos declaraciones.



**CRAE**  
El Hospital General ha recibido 10.000 autorizaciones a través del Centro Regulador.

### A LOS HOSPITALES

Al Crae han llegado más de ochenta mil solicitudes durante los siete meses que lleva funcionando, provenientes de las diferentes instituciones de salud. Para efectos de conocer cómo ha sido la experiencia de los hospitales con el Crae, y hacer un balance sobre el comportamiento entre las solicitudes Vs autorizaciones, se efectuó un recorrido por varios de ellos, registrando a continuación las opiniones al respecto.

El Crae le ha permitido al Hospital General de Medellín, establecer una relación contractual con la Dirección Seccional de Salud de Antioquia para la atención de pacientes no pertenecientes al régimen contributivo de seguridad social e identificar en el usuario cuál es el tipo de vinculación al sistema y cuáles son sus derechos.

Así mismo les ha dado la posibilidad de prestar una atención integral en salud. También les ha posibilitado hacer la auditoría del proceso de atención, referida al uso racional de los recursos por parte de los profesionales de la salud. Para las directivas del Hospital General el Crae entonces, distribuye equitativamente los recursos, teniendo en cuenta la oferta de servicios que cumplen con los requisitos esenciales de cada entidad prestadora de acuerdo a su nivel de complejidad. Finalmente manifestaron los representantes del Hospital General que durante el primer trimestre de 1.999 han recibido y atendido más de 10 mil usuarios regulados por el Crae, de acuerdo a su patología, nivel de atención ofertado por la institución, pudiendo apreciar una de las bondades de este nuevo sistema. Puntualizaron diciendo que debe continuar su implementación para bien no sólo de los hospitales públicos y privados, sino de la totalidad de los usuarios que requieren la prestación de los servicios de salud.

### ¿DISCRIMINACION?

Las directivas del Hospital Pablo Tobón Uribe

creen que es necesaria la regulación dentro de un sistema de seguridad social en salud y que hay que apoyarla.

En cuanto a los aspectos administrativos del inicio del funcionamiento del Crae, ellos han percibido que el importante volumen de autorizaciones que se deben tramitar y la falta de sistemas de información idóneos sobre los afiliados y portafolio de servicios, traen como consecuencia

falta de oportunidad en la atención, referencias erróneas de los pacientes, suspensión en la continuidad de los tratamientos y duplicidad de trámites.

De otro lado, sobre la actitud de los funcionarios del Centro consideran que es inequitativo que a las IPS privadas se les trate con igual y aún mayor rigor que a las públicas con relación a la atención de pacientes urgentes, pero que con respecto a los electivos haya una restricción casi absoluta de remisión de pacientes a las IPS privadas.

El Pablo Tobón ha registrado un descenso promedio del 90% entre los que atendían antes y los que ahora les llegan, fenómeno que creen está incidiendo en el aumento sustancial que también registran de pacientes que acuden a urgencias, con costos económicamente más significativos y con un sufrimiento humano mucho mayor e imposible de cuantificar.

### LENTITUD, UNA CONSTANTE

El Hospital San Rafael de Girardota ha enviado 98 solicitudes, de las cuales les han autorizado 63. Afirman que no han tenido mayores dificultades y que en términos generales les ha ido bien. Los procesos han ido mejorando, pero todavía se nota cierta lentitud en las autorizaciones y en la retroalimentación del proceso. Finalmente, al Hospital de Sabaneta no han llegado autorizaciones y su relación con el Crae no ha sido muy positiva. Consideran que no se presta el servicio como debe ser.

La Dirección Seccional de Salud de Antioquia demostrará en los próximos días, por medio de una investigación que realizará la Universidad de Antioquia, que el direccionamiento de los pacientes no se está haciendo de manera amañada como creen varias personas del sector de la salud, de acuerdo a declaraciones entregadas a EL PULSO por parte de Guillermo León Franco, director de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

En este sentido explicó el funcionario que, «para evitar comentarios como éste o que la regulación tiene fines económicos o que se está haciendo resistencia a que ciertas instituciones entren en la red, hemos definido conjuntamente con la U de A, estudiar la forma como se han direccionado los pacientes hacia la atención en las diversas entidades hospitalarias, y comprobar, mediante estadísticas, como ese proceso no se ha hecho amanerado. El estudio posibilitará además probar que no se pretende hacer un direccionamiento quitándole los pacientes de una institución a otra, sino que allí se podrá observar cómo realmente la junta médica que ha venido haciendo la clasificación, ha permitido que los pacientes lleguen por territorialidad al lugar más cercano, siendo más económico y oportuno para ellos. La investigación mostrará a la opinión pública como es el funcionamiento interno del Crae y la transparencia del sistema».

## Premio Internacional para Inser

Hacer pocos días le fue otorgado el premio Jorge Asenso por parte de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Esterilidad y Fertilidad, al Instituto Antioqueño de Reproducción Inser, en el marco del IV congreso de dicha federación realizado en Panamá. Allí presentaron dos trabajos: uno relacionado con el período intergenésico y el otro, con el cual se ganaron el premio, sobre la utilización de la hormona del crecimiento en las pacientes con la alteración en la calidad ovocitaria.

Esta investigación se adelantó en 30 pacientes de dicha patología, y se convierte en un primer paso para avanzar más en el estudio casuístico, permitiéndole al Instituto recoger y presentar más evidencias clínicas en el futuro.

### DETALLES

Según explicó al periódico El Pulso el doctor Fidel Cano Franco, director médico de Inser " la investigación consiste en que muchas pacientes que se someten a terapias de infertilidad cuya causa es un ovario poliquístico, o sea un trastorno de la ovulación. Un porcentaje no muy alto afortunadamente de estas pacientes, son de difícil tratamiento en las terapias inducción de la ovulación, porque a pesar de darles hormonas no responde el ovario, o responde exageradamente. ¿Que pasa? Para las que no responden hay otras alternativas: aumentar la dosis de hormonas, o decidir la donación de óvulos y el otro grupo que se somete a in vitros, el problema es que están demasiado estimuladas, hay produc-

ción de alta cantidad de óvulos con calidad alterada. Lo que se trató fue que al dar la hormona de crecimiento, se podría mejorar la calidad de dichos óvulos. Fue así como en 30 pacientes que previamente se habían sometido a in vitro sin embarazo, se logró gestación en un segundo ciclo en el 25% de éstas".

### GANA LA INVESTIGACIÓN

Este premio impulsa a Inser, según aclaró el doctor Fidel, a seguir su proceso de estudio, puesto que por ser una institución privada muchas veces el nexo de investigación se pierde, máxime si no se tienen vínculos con la universidad. " Aquí se trabaja con ética, con tecnología de avanzada para ofrecer un buen servicio, es una prioridad la investigación. Esto nos motiva, pues ello tiene mucha trascendencia para los pacientes".

Dentro de la proyección Inser está la realización de un convenio con la Universidad de Antioquia para efectuar una investigación conjunta y trabajar en el área de implantación y calidad ovocitaria, aprovechando la fortaleza que el instituto de Reproducción tiene y el prestigio científico de la Universidad. Además, por intermedio de CES, tienen planeado hacer un programa de posgrado en infertilidad.

"Podemos ya formar escuela en la ciudad, no cerrar nuestro conocimiento sólo al paciente, sino que nos ha servido para darnos cuenta que podemos ser un ente formador", puntualizó el doctor Cano.

Gases Industriales de Colombia S.A.

Óxido nitroso,  
oxígeno medicinal domiciliario,  
mezclas certificadas de gases,  
diseño de redes  
y equipos para gases medicinales.

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

OFICINA PRINCIPAL (094) 230 06 00

 CRYOGAS

 BOC GASES

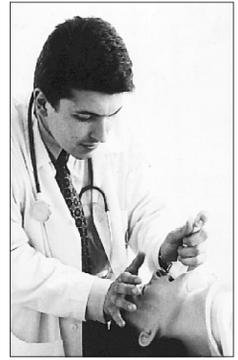
## RECURSOS PARA SALUD

La Dirección Nacional de Planeación informó que el Conpes aprobó el traslado de \$7.5 billones del situado fiscal para atender las necesidades de salud y educación en todo el presente año.

Dicho presupuesto se ha ido entregando a los departamentos que venían recibiendo menor cantidad como son Chocó, Nariño, Putumayo y Boyacá.

# EL PULSO

## 13



## Profesión Médica

# Camino a la Reglamentación

Por Rodolfo Rodríguez,  
corresponsal de EL PULSO en Santafé de Bogotá

**A**unque ya se encuentra en poder del Ministerio de Salud el proyecto de Reglamentación de la Profesión Médica, este aún no ha sido inscrito ante el Congreso de la República para su posterior discusión.

El médico Juan Mendoza Vega, vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina e integrante de una de las Comisiones Asesoras para la redacción del Proyecto indicó que éste es fruto del estudio y la unificación de las propuestas de modificación al Código de Ética Médica (Proyecto 136 de 1996) y la Reglamentación del Ejercicio de la Profesión (Proyecto 144 de 1998).

El proyecto contiene cerca de 130 artículos distribuidos en tres libros. El primero trata el tema de la reglamentación de la profesión; el segundo libro se refiere a la ética médica y el último, expresa lo relativo a los tribunales y el juicio cuando un médico falta contra la ética y el ejercicio profesional. A continuación EL PULSO presenta avances del proyecto.

### ■ DERECHOS DE LA PERSONA ENFERMA

Por primera vez se recogen derechos de la persona enferma como obligaciones concretas del médico. Es decir, el derecho a que no le hagan a la persona lo que no quiere y es obligación del médico acatar la decisión del paciente. Tales de-

rechos están contenidos en un capítulo completo del proyecto.

Sobre el particular, el médico Juan Mendoza Vega, indicó que se establece la figura del Consentimiento Informado, que es la aprobación que la persona enferma debe dar para que el médico actúe, claro está, siempre y cuando el paciente esté bien informado, es decir, habiendo recibido los elementos de juicio que le permitan decidir. Esto significa que si a un enfermo le dicen que se le va a practicar una miringotomía transcutánea, el médico debe explicarle al paciente qué tiene, qué se le va a practicar, en qué consiste y cuáles son los riesgos, por ejemplo. Cabe anotar que esta figura se menciona de manera no muy concreta en el actual Código de Ética Médica, señaló el doctor Mendoza Vega.

### ■ DERECHOS DEL MEDICO

Otra de las novedades es el establecimiento de los derechos del médico, entre otros, el derecho a no prestar sus servicios profesionales si no hay condiciones que le garanticen a él mismo su salud y su vida.

Actualmente los médicos se rigen de acuerdo con una norma antiquísima, nunca escrita, por la cual debe sacrificar incluso su vida si es necesario. «Eso es injusto tanto para el médico como para el enfermo», sostuvo Mendoza Vega. En su concepto lo que se quiere lograr con ello es que al tiempo que se le otorga al médico la obligación de estar al pie de los enfermos, también tenga la posibilidad que si hay franca amenaza contra su vida pueda exigir que se tomen



las medidas para su protección.

También se establece, entre la veintena de Derechos del Médico, el de ser contratado en las condiciones adecuadas de acuerdo con la calidad y su trabajo profesional.

### ■ JUICIO ETICO

El libro tercero del proyecto de reglamentación de la profesión médica trata del enjuiciamiento de los médicos por razones éticas. En este libro están contenidas de manera minuciosa las faltas en que pueda incurrir un médico y las sanciones que corresponderían según el caso. Así mismo, se indica cómo se le da al médico la

oportunidad al debido proceso, es decir, la oportunidad de defensa.

En lo relativo al ejercicio se daría creación al Consejo Nacional de la Profesión Médica que sería un grupo asesor para el ministerio de Salud. Este Consejo estaría constituido por dos decanos, uno representando a las facultades de medicina de las universidades privadas y el otro a las facultades de universidades públicas; la Asociación de Médicos Generales y la Academia Nacional de Medicina, estarían entre los siete miembros que compondrían la institución. El Consejo se reuniría a petición de los Ministerios de Educación y/o Salud o por derecho propio, cuando un caso lo amerite.

### ■ BENEFICIOS

Algunos de los beneficios contenidos en la propuesta son la actualización de las normas éticas que no se habían previsto hace unos años. Con ello, igualmente, se pretende que el médico no sea acusado con argumentos inexistentes, sino sobre hechos muy concretos.

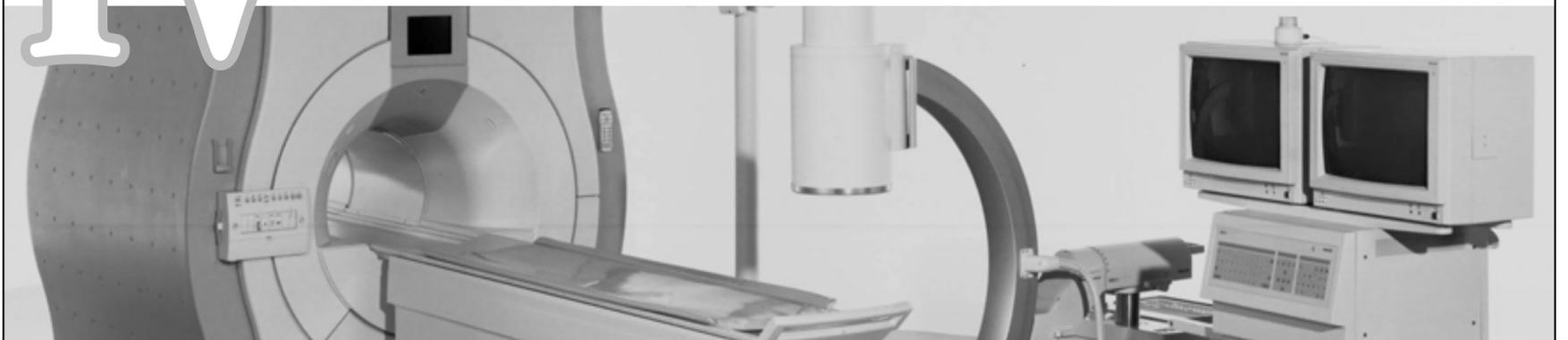
El médico Juan Mendoza señaló que esta figura se convierte en un mecanismo de defensa real para el profesional de medicina.

Otro beneficio es la unificación de normas sueltas que existen en lo relativo con el ejercicio profesional. Por ejemplo, el estudiante tiene que graduarse de determinada manera, tiene después que inscribirse y sacar una o más tarjetas profesionales para ejercer. «Todo esto se acabaría de aprobarse el proyecto tal como lo hemos presentado al Ministerio de Salud», sostuvo Mendoza Vega.

La Reglamentación de la Profesión Médica es un proyecto bien organizado que servirá para la defensa del cuerpo médico y la unificación de normas con el fin de prestar un mejor ejercicio médico. «Creo que no quedó por incluir nada más por cuanto la redacción del proyecto presentado al Ministerio se hizo durante un año, teniendo como base el estudio de la Ley 23 de 1981 y los proyectos 136 de 1996 y 144 del 98. La propuesta ha sido promovida por el Tribunal de Ética Médica y el Ministerio de Salud», concluyó el vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina.

# IV

## SIMPOSIO INTERNACIONAL DE AVANCES EN RESONANCIA MAGNETICA E INTERVENCIONISMO VASCULAR "CORRELACION CLINICO-RADIOLOGICA".



### MODULOS

IRM en cuerpo • IRM Vascular e Intervencionismo • Neuroimagen Columna-Cardiovascular-Ortopedia

### INVITADOS

Internacionales, Nacionales y Locales.

INVITAN



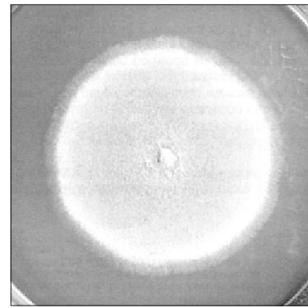
OCTUBRE 21, 22 Y 23 de 1999  
CENTRO COMERCIAL SANDIEGO • Medellín

## HONGOS EN EL AMBIENTE

Según un informe publicado recientemente en la revista de la Fundación Jiménez Díaz de España, las infecciones por hongos y bacterias se producen en todos los hospitales del mundo. El hongo aspergillus, se encuentra en el medio ambiente, en el aire, en los objetos de la vía pública, en la ropa y sobre todo en las obras y en los escombros. Es totalmente inofensivo en las personas sanas, pero en un paciente sin defensas puede llegar a poner en peligro su vida. La procedencia de hongos, bacterias y virus en los hospitales es siempre externa.

# EL PULSO

14



## ¿Hacia dónde va el Sistema de Salud Catalán?



Plaza de Cataluña en Barcelona, España.

Foto Turespaña

Por **Luis Eliseo Velásquez Londoño**  
Jefe Departamento de Salud Pública  
Facultad de Medicina  
Fundación Universitaria San Martín-Sede  
Medellín

El llamado «Estado del Bienestar» se encuentra en un dinámico proceso de transformación en el interior de las democracias europeas. Las exigencias en competitividad que impone a esas naciones su cada vez más integrado mercado común, la creciente globalización de la economía, el envejecimiento de la población y el desarrollo tecnológico creciente, las ha llevado a buscar nuevos modelos de gestión de esos beneficios sociales. Tales modelos de gestión, se orientan hacia la contención del gasto, el logro de la eficiencia, el mejoramiento de los resultados y el mantenimiento e incremento de la satisfacción de unos ciudadanos cada vez más informados y demandantes. La atención integral en salud es uno de los beneficios más apreciados por los pueblos europeos y como tal, no escapa a esas transformaciones en marcha.

El desarrollo de sistemas territoriales de salud (regionales) con gran autonomía y con amplia participación de los ciudadanos y de las instituciones de la región, es hoy una megatendencia mundial. Por lo tanto, en los comienzos del siglo XXI se hablará cada vez más de estos sistemas de salud de las regiones, pues es allí en donde las políticas nacionales se expresan en concreto y pueden ser mejor evaluadas. Este es el caso de Cataluña, una región de España con una población de 6'000.000 de habitantes y 31.000 Kilómetros cuadrados de superficie (la mitad del área del departamento de Antioquia). Esta «comunidad autónoma», conjuntamente con el país Vasco, son las dos entidades territoriales más avanzadas en la consecución de su autonomía en la España post-franquista y en el desarrollo de un equitativo, eficiente y universal sistema de salud. Cataluña es una región industrial con una gran diferenciación del resto de España, que se manifiesta entre otros aspectos, en el uso de una lengua materna propia y en un permanente «orgullo patrio catalán» cimentado en una tradición etno-cultural muy arraigada. La constitución española de 1978 consagró la salud de la persona como derecho fundamental y entregó a las comunidades autónomas la competencia de garantizar a sus ciudadanos el acceso a este derecho. Para esa época, la seguridad social en salud, ofrecida a los españoles a través del INSALUD, cubría un poco más de la mitad de la población del país y su gestión era altamente centralizada. La financiación de este componente de prestaciones de salud del sistema de seguridad social, se daba principalmente a través de contribuciones de patronos y trabajadores y era complementada a nivel regional y local a través de recursos destinados a la atención en salud de población no cu-

bierta por la red prestadora de servicios de salud de la seguridad social (INSALUD). Durante la década de los ochenta, se presentan cambios trascendentales en la forma de financiación y en la operación del sistema de salud en España y en las comunidades autónomas, lideradas por Cataluña y el país Vasco. Con la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986, se crea el Sistema Nacional de Salud, formado por todos los servicios de la administración central y de las comunidades autónomas y se universaliza la atención en salud. La financiación pasa a ser, ya no por impuesto a la nómina, sino por vía impuestos generales. Este cambio coincide en el tiempo, con la entrada más plena de España en el Mercado Común Europeo. El INSALUD entrega progresivamente su red prestadora de servicios de salud a las comunidades autónomas pioneras en descentralización y comienza a transferir a esos gobiernos regionales un monto per-cápita anual para garantizar la atención en salud de toda la población de la comunidad autónoma. (para 1998 el per-cápita de Cataluña fue alrededor de U.S. \$ 800. En Estados Unidos para el mismo año, el gasto per-cápita en salud fue de U.S. \$ 2.800 y todavía 40 millones de habitantes no tienen acceso a un seguro de salud).

En Cataluña, todos estos cambios se dan en una forma planificada y ordenada, a pesar de los forcejeos propios de todo proceso de descentralización. El gobierno catalán crea una serie de instituciones especializadas para la gestión de la nueva seguridad social en salud en su territorio, en cumplimiento de la política general del Sistema Nacional de Salud. Es organizado así el Servicio Catalán de la Salud, entidad planificadora, receptora de la mayor parte de la financiación per-cápita transferida desde el nivel central del INSALUD en Madrid. Esta entidad es la responsable de la contratación de los servicios de salud para toda la población catalana y basa esta contratación, en el cálculo de las actividades necesarias para lograr las metas del Plan de Salud trienal para la comunidad autónoma y para cada una de las ocho regiones sanitarias en las cuales está dividida Cataluña. Esos planes de salud, han logrado desde 1993 cada vez más precisión en la definición de objetivos operacionales y metas para los principales riesgos en salud, para intervenciones específicas dirigidas hacia los grupos de población más necesitados y para problemas específicos de salud. Con base en los planes de salud, se sustentan las actividades a contratar a través de los llamados «contratos-programa» definidos con los prestadores de servicios de salud. Estos contratos-programa no solamente contemplan para su seguimiento y evaluación indicadores de producción de servicios e indicadores financieros y administrativos, sino que también miden los resultados obtenidos y la contribución del contratista al logro de los objetivos del plan de salud.

Los contratos-programa los suscribe el Servicio Catalán de la Salud con redes de prestadores de servicios de salud tanto públicas como privadas, las cuales están organizadas en consorcios, aso-

ciaciones, fundaciones y otras figuras jurídicas. Cabe anotar que desde 1981 existe en Cataluña una ley que define a todos los prestadores de servicios de salud como parte de una «red hospitalaria de utilización pública», lo cual facilita enormemente la contratación por parte del gobierno catalán con cualquier institución prestadora de servicios de salud, independientemente de su naturaleza jurídica. Esto también ha promovido el establecimiento de alianzas estratégicas y fusiones entre los prestadores de diferentes niveles de complejidad. Los 11 hospitales y 300 centros de atención primaria que el gobierno regional recibió del INSALUD conforman un sistema integrado de servicios denominado Instituto Catalán de la Salud, cuyo énfasis está en la prestación de servicios de primer nivel. La asistencia a través de los 300 centros de atención primaria en todo el territorio de Cataluña, se hace por parte de equipos interdisciplinarios de salud en los cuales cabe destacar el papel del «médico familiar y comunitario», el cual tiene a su cargo la atención en salud de alrededor de 400 familias adscritas. Estos centros de atención tienen gran capacidad resolutoria (alrededor del 95% de los casos atendidos). La remisión a los centros especializados se hace de acuerdo con la disponibilidad de la red contratada, lo cual está comenzando a operar a través de comunicación electrónica desde los mismos centros de

atención primaria con los centros de especialidades y con los hospitales.

La principal lección del sistema territorial de salud Catalán se refiere a la creciente capacidad de gestión de todos los integrantes del sistema, en medio de una sana competencia planificada, estimulada, regulada y evaluada por el estado. Las instituciones participantes en el sistema, se comprometen y contribuyen claramente con las metas en salud establecidas para la región. Asimismo, la cooperación entre los prestadores de servicios de salud, lleva a economías de escala muy saludables para la contención de costos y para el mejoramiento continuo de la calidad, gracias a un proceso de acreditación y referenciación competitiva en pleno desarrollo.

En conclusión, los sistemas territoriales de salud como el de Cataluña, han surgido como respuesta a las reformas del Estado de Bienestar en las democracias europeas. Están basados en un nuevo modelo de gestión, en el cual el estado es fuerte en planificación, financiamiento, regulación, evaluación y control y facilita una flexibilización y un modelamiento regional de la oferta de servicios de salud para que responda a las necesidades de los individuos, las familias y las comunidades. La participación de un ciudadano y de una comunidad más informados, es crucial en la gestión de las instituciones que operan en estos nuevos sistemas territoriales de salud.

# aviso fresenius

## NOOSFERA

Es la nueva publicación especializada en temas psiquiátricos y de salud mental. Ha sido creada por el comité de divulgación y publicaciones de la Asociación Colombiana de Siquiatría. La primera edición circulará con 1.500 ejemplares y se denominará «recomendaciones básicas para la atención de los trastornos psiquiátricos».

# EL PULSO

15



## HUSVP se prepara para el 2000

**E**l Hospital Universitario San Vicente de Paúl empezó desde 1998 a prepararse hacia el cambio de milenio. Para ello conformó un equipo de trabajo interdisciplinario integrado por las áreas de organización y métodos, informática y electrónica, bajo la coordinación de la dirección administrativa del Hospital. Todas estas áreas tienen injerencia en la problemática a nivel global, no sólo en lo relacionado con los equipos de cómputo, sino con los sistemas de información y con todos los elementos que utilizan o estén influenciados por el llamado síndrome Y2K. Para tal efecto, en el Hospital se hizo un inventario de equipos de cómputo y médicos, software básico, aplicaciones, formas de papelería, proveedores de tecnología, instituciones con las cuales se intercambia información en medios magnéticos e información histórica. En ese primer análisis se encontró, según informó Rafael Ramírez Aparicio, jefe de informática de la entidad hospitalaria que, «por lo general todos los equipos están bajo contrato de mantenimiento y éstos cubren los problemas que puedan presentarse con el cambio de fecha. Por eso, no se han tenido que hacer grandes inversiones para ello, además, porque son de tecnología reciente». En cuanto a la actualización de Hardware, se ha avanzado casi en un 100% de lo planeado, al igual que en software básico, pero la actualización de aplicaciones es la actividad más crítica, alcanzando el 75% hasta el momento. Se tiene previsto finalizar todo ese proceso en junio 30 de 1999 y los seis meses restantes del año se destinarán para efectuar ajustes.

### OTRAS ACTIVIDADES

Se viene realizando el plan de contingencia, para llegar a un acuerdo cliente-proveedor e informarles al momento de estar listos para el cambio. Así mismo, se realizará una evaluación y seguimiento al problema hasta junio del 2000 y se pondrá en marcha el plan de contingencia,



### HACIA EL MILENIO

**Tiene aproximadamente 400 equipos médicos y hasta la fecha se han revisado y actualizado para el 2.000 en un 96%. Con énfasis en las áreas médicas más críticas: cuidados intensivos, quirófanos, laboratorio clínico, radioterapia, es decir, aquellas que tienen que ver directamente con el soporte de vida**

para solucionar cualquier eventualidad que pueda presentarse, no sólo interna sino externamente, y poder seguir prestando los servicios de manera normal.

### EQUIPOS MEDICOS

#### «Estar listos no significa descuidados»

El Hospital San Vicente de Paúl tiene aproximadamente 400 equipos médicos y hasta la fecha se han revisado y actualizado para el 2.000 en un 96%. Se hizo énfasis en las áreas médicas más críticas: cuidados intensivos, quirófanos, laboratorio clínico, radioterapia, es decir aquellas que tienen que ver directamente con el soporte de vida.

Según explicó Oliva Pérez, jefe de ingeniería de la entidad hospitalaria, «el proceso empezó a través del envío de varias comunicaciones a los proveedores, solicitándoles un certi-

ficado de conformidad y funcionamiento para el año 2000. Hacer pruebas a todos los equipos es para nosotros complicado, porque no conocemos los detalles de cada diseño, entonces tenemos que apoyarnos en quienes son los representantes en Colombia o los fabricantes, para tener una garantía de que el equipo funcionará con el cambio de milenio». Agregó además que «el inventario de los equipos del Hospital, no nos gastó mucho tiempo, pues manejamos las hojas de vida de los equipos, tenemos el inventario de cuáles son los que funcionan y no tuvimos que asignar recursos adicionales».

El Hospital mantiene y maneja permanentemente los planes de contingencia de los equipos médicos y de aquellos de otras áreas, soportando las actividades con plantas de emergencia, tanques de agua, etc. «Lo que sí es cier-

to es que hay que verificar continuamente, pues nadie está libre de que algo suceda. Estar listos no significa que nos vamos a descuidar, haremos pruebas en la medida de lo posible para junio de 1999», aclaró la ingeniera.

Para los demás equipos médicos, el Hospital ya se han adelantado las solicitudes a los proveedores y se tienen ya respuestas con respecto a equipos de diagnóstico y plantas, computadores, etc.

«Esto es algo que llevó a los administradores de hospitales a conocer qué tenían dentro del hospital. Aquí particularmente no hubo que destinar recursos extras, porque nosotros manejamos el inventario de los equipos, tenemos programaciones de preventivos (revisiones mensuales de todos los equipos del hospital para mirar en qué estado están, identificamos fallas y una vez detectado se revisa y arregla) y la elaboración de hojas de vida. Tenemos el manejo de todos los equipos, pues participamos desde la asesoría para la adquisición, hasta la entrega y puesta en funcionamiento. Ello nos ha permitido ir más rápido en el proceso».

Puntualizó la jefe de ingeniería diciendo que «este proceso es responsabilidad de cada hospital, en ellos debe quedar claro que han hecho lo que se debe hacer; sin embargo, que puedan darse fallas, es algo difícil de determinar en este momento».

### BENEFICIOS

Todo este esfuerzo le deja al Hospital enormes beneficios como: actualización de los equipos tecnológicos; inventario renovado; documentación completa de aplicaciones y programas; cambio en formatos de papelería; satisfacción por la tecnología adquirida, la cual fue bien evaluada; proveedores serios que han respondido a las exigencias de garantía; acercamiento con las otras instituciones para intercambiar información, resolver problemas conjuntamente y el compromiso de todo el personal que labora en la institución, para sacar adelante el proyecto.

## Un Testimonio de fe en el hombre, la Pintura de Jaime Guevara

Por Augusto Escobar Mesa  
Maestría en Literatura Colombiana  
Universidad de Antioquia

**S**antandereano de nacimiento (Bucaramanga 1953), antioqueño de adopción y autodidacta de formación, se inició desde muy joven en la pintura, primero para sobrevivir, durante muchos años, ante una apremiante situación económica que aquejaba el cuerpo, pero aguijoneaba la imaginación. Y luego, por una necesidad vital que nacía de una inexplicable demanda de su espíritu rebelde y su imaginario siempre exacerbado por las innumerables imágenes de su infancia en pueblos de su región natal, Santander, y posteriormente por la pléyade de imágenes de sus muchos años de trashumancia por diversas regiones del país. Hombre de paradojas, de temperamento impredecible, conservador impenitente que termina creyéndose las tramas que arma con el mayor desparpajo. Iluminado ante la tela o el mural, derrocha un cúmulo de energía sin par que sólo es posible creer cuando se le ve ejecutando esos artilugios de color en seres casi siempre desgarrados o huérfanos de historia, porque aunque sus cuerpos estén afincados al mundo real, sus miradas son ajenas a todo, no tiene asidero. Jaime Guevara, ser difícil de asir.

Desde su primer cuadro imitando a Rembrandt que lo entregara al lechero en Bucaramanga, en pago por unos cuantos litros de leche, hasta su última exposición itinerante por los Estados Unidos (1996-1997) y sus enormes murales de la Alcaldía de Medellín, El Hospital de Bello, y ahora el del Congreso de la República, son muchas de las exposiciones individuales y colectivas en las que el maestro Guevara ha dado a conocer sus obras: entre otras, a nivel nacional, en Galerias de Medellín, Bogotá, Cali, Cartagena, Bucaramanga, y a nivel internacional, en Palma de Mallorca, Madrid, Quito, Mérida, Sao Paulo. Casado con Esperanza Reyes, chalareña, y padre de cuatro hijos, son ellos motivos de regocijo y de inspiración de muchas de sus obras, como también lo son, paradójicamente, las pinturas de Rembrandt o Goya o las escenas elementales, pero no



El maestro Jaime Guevara junto a una de sus obras

por ello densas y sugerentes, de la vida cotidiana. Cualquier motivo es válido para el maestro Guevara desfogar su pasión y aliento vital en las inmensas telas de lino crudo empalizadas al pie de su cama o en su taller de puertas abiertas y en comunicación permanente con cualquier habitante del mundo.

Todo es válido para suscitar su imaginación plástica: gamines apostando a sobrevivir con sus encubiertas botellas de sacol o ladrones de cuello blanco brindando por el último asalto a las exiguas arcas del Estado, burdeles de mala muerte con sus meretrices y pasajeros sigilosos o merenderos de una tienda de esquina cantando el último despecho por la mujer amada, la noticia de una tragedia anunciada o la rama de un guayacán en flor que entra subrepticamente por la ventana una mañana de verano, en fin, hombres, mujeres, como él, adheridos al oficio y a la tierra como en un ritual sacro, y en medio, un paisaje abierto al infinito verde de las colinas de su claustral Retiro. Pintura natural al natural es la obra del Maestro

Guevara, ajena a elucubraciones mentales y formales, y también, a la parafernalia y al brillo artificial de las tendencias de moda. Su trabajo pictórico es un poema visual plétórico de vida, de luz y, sobre todo, de color. Color explosivo que destella e invade todos los rincones de la tela y da vida a las formas y la representación de esencias virales que nacen al arbitrio de una mano y un espíritu que vibran al unísono.

El Maestro Guevara vive y sueña atrapando el alma de los seres cotidianos que deambulan por el camino de la vida buscando asidero para sus agónicas existencias. Es el cantor de sus gestas que, por elementales, no dejan de tener algo recóndito y excepcional. Sus pinturas son una simbiosis de realidad y ensoñación, son irradiaciones de vida que provocan el ánimo e invitan a la contemplación gozosa.

### EL COLOR HECHO PALPITO DE VIDA

Una sensación de abismo, de miedo a veces, de impotencia, también de provocación y reto son

sentimientos encontrados que el Maestro Jaime Guevara experimenta frente al lienzo vacío. Pareciera que en ese instante de desafío entre el blanco y su propio ser se interpusiera y se hiciera eterna la noche oscura como llamaban los místicos a ese tránsito doloroso hacia lo novedoso y trascendente, hacia la luz divina. Pero luego, un instante después, cuando el pincel se posa violentamente sobre la superficie pura, nivea, brota un grito desesperado y a la vez gozoso del que rompe, del que pare colores, imágenes, estados de ensoñación que van fluyendo con ímpetu y vocación de permanencia. Son las nuevas vidas que emergen gracias a la maestría y voluntad creadora del Maestro Guevara, quien a cada una va otorgando el derecho a la vida y a la identidad que hará camino, historia y regocijo en el gesto y la mirada de otros seres, los espectadores.

Así como los ojos, dirá el poeta, son el espejo del alma, el color en Jaime Guevara es impulso vital que supera el umbral de incertidumbre del lienzo blanco, limpio; es forma prometéica por su fuerza liberadora, es luz que invita a la contemplación y al goce.

La obra pictórica del Maestro Guevara con sus ángeles y arcángeles con aires de eterna placidez, sus desgarradas de faena diaria bajo nostálgicos atardeceres, sus voceadores callejeros portadores de palabras de otros, sus indígenas y campesinos reivindicadores de espacios de libertad, sus meretrices hundidas en el barro de extrema realidad y dadivosas de amores furtivos, sus hombres de pueblo levantados contra cadenas que constriñen su menguada dignidad, sus vendedores de flores y sueños con la mirada puesta en un porvenir de ilusiones, sus majas desnudas que revelan la exuberancia y la sensualidad de cuerpos hechos para el amor y los amantes soñadores que brindan al instante que los hará dioses y eternos transflugos en un tiempo sin tiempo, hacen parte de los muchos seres que ama y lleva por dentro y que cada día testimonian lo que ha sido su vida y lo es en el presente: un reto de sobrevivencia ante los afanes cotidianos, una voluntad de futuro inquebrantable y la búsqueda de satisfacción para sí, porque los seres salidos de sus manos y de su imaginación ya están en proceso de alcanzar la trascendencia.

### ALERTA POR ENFERMEDADES REEMERGENTES

La Organización Panamericana de la Salud, OPS, declaró alerta epidemiológica por la detección de enfermedades reemergentes como el sarampión y la tuberculosis, en países vecinos. Según Román Restrepo Villa, Director de la Unidad de Salud Pública de la Secretaría de Salud, los municipios más expuestos a la reaparición de estas patologías son Rionegro y Medellín por la cercanía a los aeropuertos, riesgo que puede subsanarse con la cobertura en la vacunación. De otro lado informó el funcionario que para el segundo semestre del año se presentarán algunos problemas de dengue, debido a las altas temperaturas, y reiteró el llamado a la comunidad y a los organismos de salud para que intensifiquen campañas de prevención, fumigación y recolección de inservibles.

# EL PULSO

16

### SOLUCION CRUCIPULSO ANTERIOR

E	L	P	U	L	S	O		S	A
P		R		E	E	L		O	M
S		O	N	I	Ñ	A	D		O
	E	G	O		A	R	I	A	N
O	I	L	I	L		A	M	E	
T	R	O	C	A		A	B	I	G
O		S	A		A	L	E	L	
	A	I	C	I	R	E	T	C	I
E		S	I		A	L	E		P
X	E		M	O	R	O	S	I	S

### 70 años cumple departamento de ginecología y obstetricia Facultad de Medicina, U. de A.

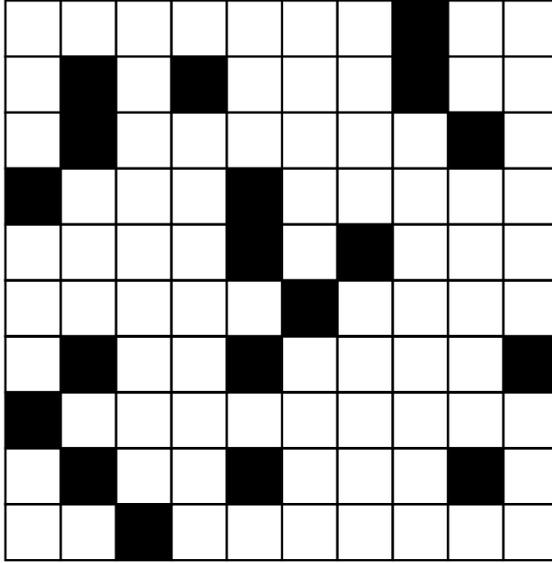
**E**l próximo 19 de junio se cumplirán los 70 años de fundación de la cátedra de obstetricia y ginecología en la facultad de medicina de la Universidad de Antioquia. Esta será una fecha propicia para que se evalúen el pasado y el presente, además para establecer planes para el futuro.

La época de fundación y de configuración de la facultad de medicina en el alma máter, corresponde a la máxima influencia de la medicina francesa en nuestro país. Los médicos no sólo miraban hacia Francia, sino que algunos lograban ir a estudiar allí, traer las enseñanzas más modernas del momento y llegar con el mejor entrenamiento posible, equipos, revistas y libros actualizados.

De acuerdo con la influencia francesa, la ginecología se introduce como especialidad diferente de la obstetricia. Es impulsada por médicos de orientación quirúrgica y más tarde por médicos especializados en cirugía. En la década de 1.940 a 1.950 se presenta un cambio de rumbo trascendental en la medicina antioqueña con base en el modelo norteamericano de educación médica, cuyo énfasis fue el laboratorio y la utilización de instrumentos y equipos tanto de diagnóstico como de tratamiento.

En la actualidad el departamento de ginecología y obstetricia enfrenta retos provenientes no sólo de la ley 100, sino del conjunto de dificultades y cambios que están transformando el país. Para las directivas de ese departamento es claro que los actuales profesores, residentes, internos y estudiantes sabrán enfrentar el reto con miras a un siglo XXI mejor que el actual para la calidad de vida de las mujeres.

## CRUCIPULSO



Por Julio Ramiro Sanín A.

### HORIZONTALES

- 1 Pueblo de Antioquia que se puede decir con la boca cerrada. La mitad de Pepe
- 2 Pueblo de Antioquia que hay que decirlo con la boca muy abierta. Se comunica con Dios
- 3 Pronombre posesivo. Señora con canción o con prueba para el Sida
- 4 Antiguamente se decía que los médicos tenían más que un bus de la presentación. Organización sindical independiente
- 5 Se cuelga del techo, se conecta, se prende y refresca. Así es la madrastra de todos los cuentos
- 6 La traen de Manaure o Zipaquirá pero a veces te cae sin saber de adonde. Alquitrán
- 7 Laguna del vejito Abraham. La contra para ese animal es dar un abonito
- 8 Ya hoy nadie está al ... con los pagos. Así dizque es el gitano, no me consta
- 9 Anades. La risita de Papá Noel. Iniciales del que elabora este crucigrama
- 10 Vocal. Uno. X

### VERTICALES

- 1 Gaguea diciendo tato.
- 2 Podría ser 999. EB. Pato Donald tiene un tio así.
- 3 Siempre me daña la carambola. Ya no bebé
- 4 Son iguaniticas entre si. Sin aliento
- 5 Sol. Ra
- 6 Negra no subas que yo ...
- 7 Otro pueblo con una sola vocal
- 8 Le pondrás colores del arco iris
- 9 Acójalo que lo están persiguiendo. Después de que se lo saquen ni Santa Lucía le sirve.
- 10 Río Suizo (apréndaselo que sale mucho). Consonante doble

Encuentre la solución en el próximo número EDICIÓN 10

AVISO  
IATM