

En prevención y promoción:
Tuberculosis, ejemplo de
inoperancia

Ver página **3**

Derecho Internacional
Humanitario, la voz de
la razón

Ver página **6**

Clínica Infantil
Santa Ana, el bello coraje
de aliviar el sufrimiento

Ver página **11**

Infarto,
¿muerte natural?

Ver página **15**

Periódico
para el sector
de la salud

EL PULSO

Medellín, Colombia • - Nº 10 • - Julio - 1999 • Valor: \$1.000

Promoción en salud, entre la frustración y el desafío

“ Que la dificultad no disuelva el compromiso de hacer promoción de la salud», es la conclusión generalizada frente a esta labor que hoy es, a la vez, buen sueño y pesadilla. ¿Qué se ha hecho? El asunto para muchos está en ceros, pero se insiste en la validez de los propósitos, pues con ellos está en juego la posibilidad de la vida digna. En el Sistema de Seguridad Social la promoción se define como la integración de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos, con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, síquicas y sociales. La realidad ofrece confusión suficiente para merecer debate.

Debate, páginas 2 y 3



La salud no es sólo asunto del sector y en ella inciden cada una de las circunstancias de un país que, como Colombia, afronta espantado la miseria

Producción limpia, mejora calidad de vida

Las empresas cementeras de Antioquia vienen realizando diversas actividades encaminadas hacia la protección del medio ambiente y el desarrollo sostenible, lo cual, según lo demuestra el informe, tiene un impacto positivo, de magnitud incalculable, en la calidad de vida de las personas que rodean esos centros de producción.

Medio ambiente
página 7



VER CUPÓN EN LA PÁGINA 8

Crae, el remedio está en... ¿quién?

El Centro Regulador de Atenciones Electivas, liderado por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, atraviesa hoy, a ocho meses de haber iniciado actividades, una dura crisis financiera y administrativa, que ha motivado de nuevo al personal de la salud a expresar sus opiniones sobre esta situación. Al respecto, el director del Servicio Seccional de Salud de Antioquia, informó que la crisis del país ha tocado la salud, pero que se garantizará el cumplimiento de los compromisos adquiridos y se cuenta aproximadamente con 68 mil millones de pesos para atender la red en el segundo, tercero y cuarto niveles, con contratación pública y privada.

El Caso, página 5

Salud para todos en Cuba



El acceso de todos los cubanos a los mismos servicios de salud parece ser la realidad que se vive en Cuba, a pesar de las dificultades ocasionadas por el bloqueo económico. Allí se inició desde muy temprano -década de 1.910- la evolución del sistema nacional de salud, el cual ofrece algunas enseñanzas para ser tenidas en cuenta por los demás países latinoamericanos con el fin de mejorar los indicadores sobre el estado de salud de la población.

Observatorio,
páginas 8 y 9

LEA EN ESTA EDICIÓN

Cali, bajo la mirada de Andrés Caicedo

Andrés Caicedo, escritor que en su corta existencia logró dejar consignadas sus vivencias de Cali. Comenzó a escribir en 1.969, se inscribió en la lista de escritores latinoamericanos y continuó escribiendo hasta su muerte en 1977, cuando se suicidó.

PÁGINA **13**

Crucipulso

PÁGINA **16**

La controvertida
mujer que dirige la OMS

PÁGINA **16**

Editorial. Es mejor prevenir que curar

«Con seguridad con una visión no de corto plazo como la que se ejecuta en materia de salud, sino con actividades de promoción y prevención, podríamos tener un impacto mayor en la calidad de vida de la gente y a su vez en el campo económico, unos mejores réditos. El gobierno debe estar vigilante para que los dineros destinados a estas actividades se apliquen a ellas y exclusivamente a ellas, so pena de sanción para los entes que no realicen, reporten y demuestren que han realizado estas tareas».

PÁGINA **4**

CONTROL DE MALARIA

La Escuela de Bacteriología en asocio con la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, viene capacitando personal para el control de la malaria en las zonas rurales del departamento.

Se capacitaron un total de 143 funcionarios para la red de prevención y atención de esta enfermedad en Urabá, Nordeste, Bajo Cauca, Atrato Medio y Urrao.

Se calcula que anualmente en el mundo se presentan trescientos millones de episodios de malaria, con tres millones de muertes, en su mayoría niños que viven en condiciones precarias en zonas rurales de países del tercer mundo.

EL PULSO

2



Debate

Promoción de la salud, la tentación de no creer

Acciones dispersas. EPS, ARS, IPS... trabajando sin cohesión. Propuestas para que el Estado maneje la promoción. Predominio de lo curativo. Críticas por falta de creatividad en las estrategias educativas...y hambre, guerra. ¿Promover la salud en medio de la precariedad? No es sólo asunto de batas blancas.

Por Ana C. Ochoa

Aquella tarde, contó el médico, parecía absurdo el tema de la promoción. Sobre todo, era trágico oír los discursos de sus colegas sobre «estilos de vida saludables», en esos escenarios de la salud, repletos de funcionarios que parecían tener la temperatura de las piedras. «¿Y cómo no, trabajando en semejante situación?» dicen algunos. De todas formas, el estado de las cosas envenena la credibilidad. ¿Quién es quién, para «promover» qué? El sector de la salud, sus entidades, sus gentes, están en dificultades. Pero muchas de ellas concebidas, abrigadas y sobrealimentadas por ellos mismos. No son todos, obviamente, aunque sí los suficientes para crear inquietud. Y sorprenden hablando de promover la salud, mientras instalan caos. Eso lo ratifica la mera observación, que no es tan vana como dicen. Lo escribió con risa amarga Oscar Wilde: «Son las personas superficiales las únicas que no juzgan por las apariencias. El misterio del mundo es lo visible, no lo invisible». Así que, una primera observación desconcierta. Pero vale confiar en que, como siempre sucede, florezcan orquídeas también en los pantanos. Hay quienes trabajan por ello.

LA SALUD, NO SOLO ASUNTO DEL SECTOR SALUD

Aunque los problemas del sector de la salud son definitivos a la hora de hablar de promoción, no son los únicos que cuentan. Por ejemplo, está claro que las encargadas de la promoción y prevención, EPS, ARS, IPS, entidades territoriales...



En Medellín se registran alrededor de 4.300 homicidios anuales, promover la vida, un asunto de dificultad

si bien han presentado inconsistencias, en ciertos casos graves, no son las responsables exclusivas de que la promoción en salud sea todo menos acción, y que permanezca en concepto lo que enunciara, por primera vez en 1.945, el señor Henry Sigerist. Ni tampoco de que siga siendo sólo frase abusada aquella de que «salud no es sólo ausencia de enfermedad.» Aquí es preciso ver de qué manera atroz amarran también las dificultades de una comunidad resquebrajada, receptora apática de cualquier mensaje de promoción en salud. Fatigada de las charlas educativas mientras vive en agonía. Charlas educativas, por cierto, casi siempre estériles; con afiches de aterradora uniformidad; con diapositivas de otros, sobre enfermedades de otros y soluciones de otros... y es así como fracasan medios y mensajes. En fin, una comunidad cansada en el mejor de los casos y, en el peor, peligrosa y amenazante frente a cualquier trabajo que, como éste, implique

acercamiento de extraños a su territorio. En Medellín se conocen casos de trabajadores de la promoción que han sido asesinados.

Y MAS...

En sólo Medellín se registran alrededor de 4.300 homicidios anuales, 5.858 lesionados por otros, 7.177 individuos sindicados de delitos, 2.550 personas lesionadas en riñas, 1.144 personas que agreden a su cónyuge, 368 menores de edad agredidos... ¿Cómo hablar de autocuidado, de hábitos saludables, de bienestar...en un mundo en el que 40 mil niños mueren diariamente por mala nutrición? Es obvio que el hambre; la guerra; la violencia de ciudad y monte, de cama, calle y oficina; las inequidades; las consecuencias terribles de ese negocio que es hoy el medio ambiente; la

lotería laboral, el miedo...hacen de la salud un asunto en extremo vulnerable. En su suerte juegan varias cartas. Algunas de ellas, ya se sabe, históricamente mal barajadas por individuos con poder y sin remordimiento. Y es así que la dignidad, la amplitud desafiante del derecho a la salud, le queda grande a este mundo de privaciones y de privilegios. El sistema de salud es un rompecabezas. Y el Estado continúa a la sombra de la dispersión. No están claras las políticas de promoción en salud, no se asumen todas las responsabilidades, se confunden las competencias, según lo expresan las mismas personas del sector. «Unos dicen que tal cosa es responsabilidad del Plan de Atención Básica (PAB) y otros que aquello es compromiso del de más allá y el de más allá dice que es de aquel...» Ellos, trabajadores de la promoción, contemplando seriamente la posibilidad de ser inútiles, invitan a mejorar el sistema de trabajo, a reducir actores, para trabajar más eficazmente. Y que cada cual no vaya por su lado, construyendo sumisamente una derrota individual y colectiva.

NO A LA DISPERSIÓN. «QUE EL ESTADO SE RESPONSABILICE DE P. Y P.»

En el Sistema de Seguridad Social la promoción se define como la integración de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos, con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, síquicas y sociales. ¿Qué se ha hecho? EL PULSO entrevistó a personas que trabajan en el asunto desde sectores diferentes, como es el caso de «Convivencia Ciudadana» y, también, desde las EPS, ARS, direcciones departamentales y municipales de salud, Copacos... todas coincidieron en que apenas comienza la labor. Y los resultados, se sabe, son a largo plazo. Uno de los problemas más serios es la dispersión. Una cantidad de EPS, ARS y demás, trabajando desarticuladamente en las comunidades. Impactar así, llegando de forma atomizada, es muy difícil. Por eso, algunos han propuesto que el Estado asuma la responsabilidad en el manejo de la promoción y prevención. O que, por lo menos, no hayan tantos responsables fragmentando las posibilidades de acertar.

ELLOS

Y es que no ha sido fácil. Algunos entrevistados, vagamente sinceros, dejaron ver su frustración. Otros, más optimistas, presentaron nuevas alternativas, estrategias renovadas de comunicación, hablaron de alianzas con universidades... Pero siempre, en desoladora escena, los gerentes aun por convencer sobre la importancia de invertir en promoción. O los profesionales de la salud, encartados, formándose para comunicadores que, al fin, puedan llegar a la

comunidad. O la misma comunidad, sujeto y objeto de la promoción, desplazada, prevenida, atormentada. Más allá, otros líos: Los formularios controvertidos del Ministerio de Salud que, para evaluar las actividades de promoción y prevención, no tienen en cuenta que cada región es diferente, con patologías distintas, necesidades específicas...Por otro lado, los presupuestos sin ejecutar porque no saben de qué manera hacerlo; y ni se diga de las enfermedades reemergentes...Aquí, nuevamente, la alarma de los epidemiólogos, tan necesarios para «prevenir» la insensatez. Aunque muchos de ellos, y de otros más de la salud, han sido tragados por la ambición y le han hecho venias a sus fuentes secretas de poder. A pesar, advierten observadores, de que ellos lo nieguen y caminen muy derechos. Y es que «hay momentos, en los que, independientemente de cuál sea la posición del cuerpo, el alma está arrodillada.» Eso que dijo Hernando Téllez lo confirmaron veladamente a EL PULSO, muchos trabajadores de la salud, dedicados al triste oficio de cuidar su puesto.

Comfama, promoción con conocimiento

Beatriz Arias, ARS Comfama

- «En Medellín ha sido difícil llegar a ciertas zonas en las que la población es flotante y, además, atomizada. No es fácil entrar. Si todas las ARS nos uniéramos, sería mejor. Estamos trabajando en 11 municipios, cuatro de ellos en Urabá en convenio con Comfamiliar Camacol. Son unos 80 mil afiliados. La idea es hacer promoción de forma más integral, con conocimiento de la región, de sus necesidades para realmente impactar. Estamos haciendo alianzas con universidades, como la de Antioquia (trabajo de conocimiento y diagnóstico, en Medellín y Bello) y con el CES-U.de.A (promoción y prevención en salud oral en Medellín).»
- «...Vamos hacia la construcción de indicadores de impacto en promoción y prevención que no existían.»
- «Por filosofía propia de Comfama, la promoción es preocupación básica. Estamos todos en un proceso de aprendizaje. Ni siquiera la gente sabe cuáles son sus deberes y derechos.»
- «Esperamos un giro importante en materia de presupuesto. Ya no es asunto de invertir el 10% etc, el propósito es ser efectivos...»

Programa de salud mental genera expectativa

Dirección Seccional de Salud de Antioquia

La problemática de orden mental, es considerada como una prioridad de salud pública. La violencia, el maltrato infantil e intrafamiliar, el consumo de sustancias psicoactivas y los trastornos mentales específicos, ponen el asunto en primer plano. Presupuesto para el programa, 1998-2000.: 13.907.13 millones de pesos.

¿Será viable acercar las metas trazadas para el 2000? Entre ellas:

- «Lograr que el 70% de la población infantil y adolescente vinculada a instituciones educativas o de otro tipo, acceda a las acciones de fomento y prevención en salud mental, relacionados con el desarrollo físico, cognitivo, afectivo y conductual.
 - Lograr que el 100% de las familias tengan acceso a información sobre riesgos, alternativas y pautas para la convivencia cotidiana en forma armónica, en lo familiar y lo social.
 - Lograr que el 100% de la población acceda a actividades de información y educación orientadas al fomento de los estilos de vida saludable.
- Fortalecer la red de prevención de la violencia intrafamiliar en 70 municipios de Antioquia.
- Lograr que el 100% de la población desplazada, víctima de violencia y desastres acceda a las acciones de intervención en salud mental.
- Garantizar la atención ambulatoria y de internación de 1, 2 y 3 nivel, por problemas del comportamiento o mentales, al 100% de la población diagnosticada, independiente del tipo de afiliación.»

“La gente sigue con el modelo curativo”

Luis Fernando Giraldo, Coomeva

«En Medellín, tenemos 16 IPS trabajando en promoción y prevención. Hacemos brigadas de salud en diferentes municipios, visitamos empresas buscamos la gente. La respuesta es moderada, pues la cultura del autocuidado, de la educación en salud está apenas en formación. Lo que pide la gente es asistencia.»

Programa de Convivencia Ciudadana

Alcaldía de Medellín

25 millones de dólares se invertirán en el Plan de Convivencia Ciudadana promovido por la actual administración municipal, con el apoyo del Gobierno Nacional, el Banco Interamericano de Desarrollo y el empresariado antioqueño. El objetivo es contribuir a la disminución de los niveles de violencia e inseguridad en la ciudad, a través del fortalecimiento de acciones tendientes a prevenir, contrarrestar y controlar factores asociados con hechos delictivos de violencia. Algunos de los componentes del programa son:

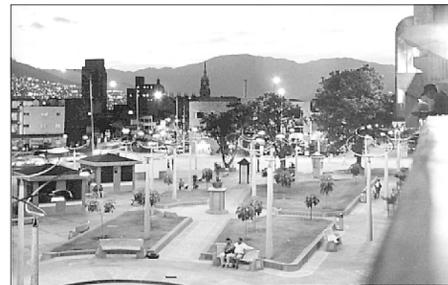
- Observatorio de la violencia: Sistema de información cooperativo, entre las entidades municipales, departamentales y nacionales, que posibilitará el seguimiento confiable a estos fenómenos, así como la generación de líneas de investigación.
- Justicia cercana al ciudadano: La idea es mejorar el funcionamiento de la justicia y promover la solución pacífica de los conflictos.
- Promoción de la convivencia con niños y jóvenes: Cuatro líneas de trabajo: • Detección precoz de niños agresivos, red de jóvenes, desaprendizaje de la violencia, promoción de la convivencia entre jóvenes en conflicto (en Medellín, 8 mil participan en expresiones armadas).
- La comunicación social, promotora de la convivencia ciudadana.
- Modernización institucional de los programas de convivencia ciudadana.

AREAS ENDEMICAS EN ANTIOQUIA

Con respecto a la malaria, la atención para esta enfermedad se agrava por la tendencia de los profesionales de la salud a trabajar en centros urbanos. En Antioquia el índice de positividad se ubica alrededor del 30%, es decir que de cada 100 gotas gruesas (el examen parasitológico utilizado para detectar la malaria) tomadas a pacientes febriles en áreas endémicas, 30 resultan positivas, lo que obliga el inmediato tratamiento.

EL PULSO

3



Debate

En prevención y promoción Tuberculosis, ejemplo de inoperancia

Por Patricia Pérez

Hace 14 años el panorama en prevención y promoción de la tuberculosis era otro. Se realizaban programas de educación a la comunidad, se buscaban pacientes hasta en los rincones más alejados, se entregaba la droga necesaria, se efectuaban diagnósticos continuos sobre la enfermedad, se hacían jornadas de vacunación y había entidades que sí respondían. Ahora, en lugar de avanzar hacia estructuras más desarrolladas, la tuberculosis se convierte en otro ejemplo más del «no hacer» en prevención y promoción.

LO LEGAL

El Sistema General de Seguridad Social en Colombia, establecido a partir de 1.993, replanteó ese tradicional programa de tuberculosis y le dio un enfoque más «gerencial», buscando el compromiso de todos los sectores de la sociedad y mayor participación comunitaria en la regulación, control y ejecución del mismo. Lo que no se analizó fue el carácter de lo gerencial, y por eso hoy prácticamente ninguna entidad responde con programas de promoción hacia la tuberculosis, a pesar de que el delineamiento de las políticas para su control está en manos del Ministerio de Salud, con planes de atención en salud a través del PAB (Plan de Atención Básica) responsable el Estado, POS (Plan Obligatorio de Salud) responsable la EPS o ARS y ATEP (Accidente de Trabajo y Atención Profesional), responsables las ARP.

Es caro el costo que paga la sociedad en desatención a la promoción y prevención. Sufrimiento innecesario que podría prescindirse



RESPONSABILIDADES BIEN DEFINIDAS, POCAS ACCIONES

El nivel de responsabilidades en cada uno de los entes involucrados con la promoción y prevención de la tuberculosis está bien definido en el Sistema General de Seguridad Social; sin embargo, las acciones no se ven y cada vez se llega más al límite desmejorando la calidad de la salud pública en Colombia.

De esa extensa lista de responsabilidades destacaremos algunas que son competencia de cada una de las instituciones: Corresponde, con injerencia nacional, al Ministerio de Salud, liderar el control de la tuberculosis con el programa de patologías infecciosas; realizar diagnósticos epidemiológicos de la situación de la enfermedad; presentar los lineamientos para fijar la política nacional de prevención y promoción de la tuberculosis; elaborar y actualizar

la guía de atención integral que ejecutarán EPS, ARS, IPS públicas y privadas; evaluar periódicamente el funcionamiento del plan de control; asesorar técnica y científicamente las direcciones seccionales de salud en programas de prevención, promoción y control de la enfermedad; coordinar la contratación y adquisición de medicamentos; elaborar y presentar anualmente el presupuesto, entre otras.

El Instituto Nacional de Salud debe, por medio del laboratorio nacional de referencia, brazo técnico del programa de control de la tuberculosis, supervisar los laboratorios de salud pública departamentales y distritales; enviar informes y láminas para control de calidad; supervisar administrativamente; identificar la micobacteria y efectuar pruebas de sensibilidad a los medicamentos antituberculosos; capacitar a los funcionarios de la red; y servir de referencia y con-

trarreferencia.

A nivel seccional o distrital debe existir un grupo coordinador que lidere el control de la tuberculosis, responsable de velar porque se aplique la guía de atención integral; consolidar la información para unidades locales e IPS; reportar el consolidado trimestral a la jefatura de patologías infecciosas del Ministerio de Salud; velar por la entrega de medicamentos; prestar asistencia técnica a las localidades; promover y realizar cursos de capacitación para el personal del sector salud; fomentar, en coordinación con las autoridades municipales de salud, educación sanitaria de la comunidad; y realizar evaluación periódica de actividades, etc.

El laboratorio de salud pública departamental, por ser el centro de referencia del ente territorial debe hacer una supervisión técnico-administrativa; preparar, suministrar y contro-

lar el medio de cultivo; participar en actividades de control de tuberculosis; y capacitar al personal de bacteriología.

Finalmente, a nivel local de salud las actividades están en cabeza de los funcionarios que laboran en estos organismos: médicos, enfermeras, bacteriólogos, trabajadores sociales, etc, como son: fomento y promoción del control de la tuberculosis; controlar con la guía de atención a los enfermos; controlar todos los contactos del grupo familiar; registrar y reportar semanalmente los casos; analizar la situación epidemiológica del municipio; solicitar medicamentos; y promover la vacunación.

EL DEBER SER

El doctor José Roberto Maya Salinas comentó a EL PULSO, la real situación de la tuberculosis, con base en su experiencia en el Hospital La María, dedicado al tratamiento de pacien-

tes que padecen esta enfermedad.

«Tasas de la enfermedad constantes, pero hay motivos que lo explican»

-¿Cuál es la situación de la tuberculosis en Colombia?

«Entre nosotros las tasas de la tuberculosis se han mantenido constantes, eso se da porque no se hacen diagnósticos sobre la enfermedad, porque no se está buscando la tuberculosis como anteriormente se hacía. Por eso se muestran como algo muy positivo que los índices se mantienen, ¿pero a costa de qué? Las tasas bajan a pesar de que la población aumenta.

Yo trabajo en el programa de tuberculosis desde 1.983 y el panorama de la enfermedad está ahora más mal de lo que estaba en esa época. Hay menos razones para buscar pacientes. Lo que pasa es que la ley 100 acabó con el programa de tuberculosis porque diluyó su responsabilidad en muchos y la acción no se ve».

-¿Qué acciones deberían adelantarse para mejorar el panorama de la promoción y prevención de la tuberculosis?

«El programa de tuberculosis debe reformarse en entrega oportuna de medicamentos, que no volvió a suministrar el Ministerio, ya que supuestamente se continúa haciendo pero siempre y cuando haya presupuesto, pero coincidentalmente nunca lo hay; debe educarse al paciente, al personal de la salud y a aquellos que deben impartir la educación en las universidades, donde hay muchas falencias; estudiar todos los contactos del paciente; y generar conciencia en la comunidad».

“Hay perversión en el sistema”

Doctor Elkin Martínez, coordinador del programa de promoción de la salud en la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia

-¿Cómo ve la situación de la promoción y la prevención en el país?

«Ante todo pienso que existe una especie de discordancia entre lo que se dice y lo que se hace. La promoción de la salud se enuncia muy bien en teoría, aparece muy bien sustentada en la política general de la seguridad social en Colombia, pero en la práctica no se perciben acciones. Las famosas empresas promotoras de la salud, que derivan su nombre de la promoción de la salud, no la hacen. Hacen asistencia, provisión de cuidados, rehabilitación, restauración, tratamiento y en algunos casos hacen previsión inclusive. Pero promoción de la salud como una visión muy positiva, no la hacen».

-¿Cuál es el deber ser de esa promoción de la salud?

«Promoción de la salud es mejorar el bienestar físico y mental de las personas, es alcanzar el más alto nivel en ese aspecto en su contexto social. En cambio lo que se hace eventualmente son acciones paliativas para las personas que pierden su salud. Nosotros manejamos todo un montaje de atención a enfermos, pero no tenemos atención para sanos».

-¿Cuál es el análisis de las consecuencias o implicaciones que tiene para la salud pública la desatención de esos programas de promoción y prevención?

«El precio es elemental, pues como no se hacen acciones en ese sentido la enfermedad aparece con fuerza y genera sufrimiento, muerte prematura, altos costos. Entonces la sociedad paga caro la desatención a la prevención y a la promoción, pero especialmente ese precio se ve en el costo que implican las enfermedades desde el punto de vista económico de la atención de ellas, desde la calidad de vida, porque hay sufrimiento innecesario que podría prescindirse».

-¿En qué actividades concretas se puede demostrar que el Ministerio de Salud, los entes territoriales, las EPS, ARS, etc, han tenido aciertos en promoción de la salud?

«Yo no conozco hasta ahora una entidad a la cual se le puedan reconocer aciertos en promoción de la salud. El Ministerio de Salud en su función normativa debe darle al país pautas en ese sentido. Saca una resolución orientando y enuncia 11 capítulos, donde cada uno empieza: 'prevención de la enfermedad tal'... y así sucesivamente hasta el último. Usted se queda esperando que hay en promoción de la salud y no hay nada. Si no está la norma clara, si el Ministerio mismo no lo tiene claro, entonces las entidades que tienen interés de lucro, reciben un dinero y si no les dicen que hay caminos definidos en los cuales tienen que gastar recursos, los destinan en las actividades

de prevención que se han hecho históricamente: vacunación, control de crecimiento y desarrollo, exámenes para detección precoz de cáncer, hipertensión, etc. No hay un avance en las estrategias de salud, entonces las EPS no encuentran un camino de aplicación claro, por supuesto las IPS no ofrecen opciones porque no hay un mercado creado, y entre otras cosas porque están compuestas por profesionales de salud que no han sido preparados para ver la salud desde el punto de vista positivo. Han sido entrenados y muy calificados para atender la enfermedad en todas sus manifestaciones.

La promoción no se conoce bien, no se sabe cómo operativizarla. Promoción de la salud es algo que todo mundo puede hacer desde cualquier disciplina y que incluso se hace más promoción de la salud desde otras áreas por fuera del sector que las directamente hechas por el sector. En pocas palabras el sector salud se ocupa de la parte restaurativa, pero otros sectores se ocupan más de la salud de las personas.

Hay un despertar, el solo hecho de que la ley lo consigne, que se destinen unos recursos para ello y que personas empiecen a discutir o tratar de hacer algo, implica un despertar lento, pero avizora una esperanza».

-Cuáles son los aspectos más críticos en el manejo de la prevención y promoción en salud, y hacia dónde se deben orientar los esfuerzos? Aquí hay un aspecto crítico en prevención y promoción y es una especie de perversión de un sistema donde uno sí, es muy exitoso, se queda sin trabajo. ¿Qué pasaría si no hubiera enfermos, de qué vivirían los médicos si no hubiera necesidad de medicamentos, de qué viviría ese grupo inmenso de personas que han gastado buena parte de su vida para prepararse hacia una cosa que después ya no tiene demanda?

Hay una perversión en el sistema que dice que cómo es posible que se trabaje por la salud, cuando en cierta forma hay todo un montón de personas que viven de la enfermedad, más que muriendo por ella. Hay mucha gente ganando por la permanencia de la enfermedad, hay industrias montadas sobre ello. Uno como profesional debe resolver primero en su mente cuál es el camino que tiene que emprender, dónde empeñará sus talentos y cómo resolverá el modo de ganarse la vida con acciones positivas hacia la salud.

Esperaría que mi EPS me diera opciones como: tener derecho a ir a un gimnasio, tener recreación, asesorías nutricionales, consejerías, crecimiento personal, cursos de autosuperación, prerrogativas para los hijos, etc. Cosas que me ayuden a crecer hacia los niveles más altos de bienestar, de manera que pudiera gozar de salud y que ella estuviera tranquila porque no tengo que hacer reclamación. Me gustaría que la EPS se gastara la plata en salud y no en enfermedad».



ELMEMOS/99

EL PULSO

Julio de 1999

Director

Julio Ernesto Toro Restrepo

Comité Editorial

Alberto Uribe Correa

Augusto Escobar Mesa

Juan Guillermo Maya Salinas

José Humberto Duque Zea

José María Maya Mejía

Alba Luz Arroyave Zuluaga

Editora

Patricia Pérez Velásquez

Preprensa Digital

Zetta Colina

EL PULSO

4

Dirección para envío de correspondencia

Hospital Universitario San Vicente de Paúl
Medellín, Colombia, calle 64 con carrera 51D

e-mail : elpulso@elhospital.org.co

Departamento de Comunicaciones
teléfonos 263 7810 y 263 43 96, Fax:263 44 75

Dirección Comercial

Diana Cecilia Arbeláez G. Tel:263 43 96

Fax: 263 44 75, Medellín.

Diseño y diagramación: Byron R. González M.

Impresión: La Patria, Manizales

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

EDITORIAL

Es mejor prevenir que curar

Por Julio Ernesto Toro Restrepo, md

La ley 60 de 1993 establece la distribución de competencias de las entidades territoriales y de la Nación y de los recursos, de conformidad con la Constitución política. En ella quedó establecido que es competencia de los municipios «...realizar acciones de fomento de la salud, prevención de la enfermedad...» De otra parte el plan de atención básica ordenado por la ley 100 (art.165) busca complementar las acciones del plan obligatorio de salud y de saneamiento ambiental. Y según el decreto 1485 del 13 de julio de 1994, es responsabilidad de la EPS organizar la prestación de planes complementarios al plan obligatorio de salud. Leyes hay, decretos hay y reglamentos hay; sin embargo, a nadie parece importarle la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Es muy posible que en el momento de la concepción de la ley 100 no se previó que se presentaría este desinterés por asuntos tan importantes, pero con el correr de los días vemos con más claridad las razones por las cuales no se ha despertado mayor interés por ofrecerle al ciudadano sano, la posibilidad de permanecer en ese estado. Hoy por hoy no necesita demostrarse que es más barato y de más sentido humano prevenir y mantener la salud, que esperar a que se presente el daño para entrar, después de esperas y ruegos, a repararlo. Y la explicación por la cual sucede todo lo contrario a lo que parece lógico, se va dando en la medida en que se desarrolla el sistema de salud que tenemos, en gran parte alentado por el interés fulgurante por un mercado que las EPS tienen como meta poseerlo y ya, sin dar esperas y para ganarle la carrera a la competencia, porque en esta fase en que aun estamos, de registrar usuarios, el paciente sólo importa como un elemento que permite adueñarse del mercado. En esa relación entre paciente y EPS, que se constata y acredita con la solicitud de atención por parte del primero y la expedición de la autorización por parte de la segunda, el paciente es importante, porque ya se sabe que en el servicio de salud el cliente hace parte del producto. En este contexto aparece el paciente como una oportunidad interesante para demostrarle al mundo, quien es quien, para dejar bien establecido quien tiene poder y quien domina el mercado. No perdamos de vista que en todo esto se parte de la ley de los grandes números y de la realidad de los bajos márgenes de rentabilidad y por tanto, de la necesidad de altos volúmenes de afiliados. Este ambiente que se cuenta con una estructura institucional que define las reglas de juego, conduce, al menos en teoría, al crecimiento y riqueza de la sociedad. Esto es exactamente lo

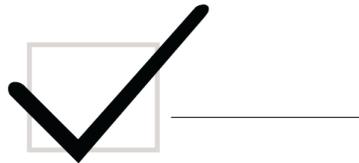
que se ha llamado el estado de bienestar. En él, los proyectos que se proponen para desarrollar, no lo son de corte primeramente sociales, sino eminentemente económicos, que por eso mismo, le confieren poder al mercado para el desarrollo económico y social.

No obstante todo: los afanes por un mercado, la preocupación por una buena posición frente a la competencia, el contar con estructuras respaldadas legalmente y disponer de políticas de orden nacional, resulta paradójico que se le haya prestado tan poca importancia a los temas y a las tareas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Años de vida saludable perdidos (Avisa) como indicador, sirve para medir la carga que genera la mortalidad prematura y la incapacidad. El conocimiento de esa carga es elemento útil para diseñar las políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Miremos con atención lo siguiente: las 10 causas mencionadas a continuación producen el mayor número de años de vida saludable perdidos: Homicidios y violencia, afecciones perinatales, atropellados, enfermedad izquímica cardiaca, anomalías congénitas, infección respiratoria baja, choques, enfermedad cerebro vascular, diarrea aguda y la desnutrición. Estas causas produjeron en 1990 el 57.21% de los avisos. Sólo 10 causas produjeron la pérdida de más de la mitad de los años de vida saludable a la población en el país. 10 causas sobre las cuales las acciones de entes municipales y EPS pudieran incidir eficazmente en el corto plazo en mejorar, por supuesto, la vida y su calidad, pero también lo económico.

En la declaración de Medellín sobre la prevención en salud, en 1994, se estableció que «la prevención es el conjunto de principios y acciones que se hacen antes de que aparezcan los problemas de salud con el fin de evitar que se presenten bien en un individuo o en la colectividad. Es un proceso dinámico que pone énfasis en la potencialidad del ser humano e involucra a todos los elementos que tengan que ver con su mejoramiento; no es pues algo estático con acento en la enfermedad.» Con seguridad con una visión no de corto plazo como la que se ejecuta en materia de salud, sino con actividades de promoción y prevención, pudiéramos tener un impacto mayor en la calidad de vida de la gente y a su vez en el campo económico, unos mejores réditos. El Gobierno debe estar vigilante para que los dineros destinados a estas actividades, se apliquen a ellas y exclusivamente a ellas, so pena de sanción para los entes que no realicen, reporten y demuestren que han ejecutado estas tareas. Promover y mantener la salud es un ahorro, esperar la enfermedad tiene su costo. Por esto es mejor prevenir que curar.

Cartas a la Dirección



A continuación presentamos apartes de una comunicación enviada por el médico Carlos Alberto Gómez Fajardo, la cual por ser tan extensa, no podemos publicar en detalle, pero queda consignada en el archivo.

Respetado señor director: escribo para, manifestar respetuosamente mi desacuerdo con los términos en los cuales el doctor Jorge Julián Osorio Gómez se refiere en la última edición de El Pulso respecto a la crisis del ISS, bajo el título "O se propicia una cultura del proceso o desaparece". Habla de "mercado de la salud", "confusión" de los negocios, "aseguramiento-prestación, indicadores de gestión" y finalmente "cliente". Añade que su visión de las cosas es desde la "perspectiva de la academia"... No comparto los conceptos de Osorio; existen sectores amplios de los ámbitos universitarios y académicos que no consideran que la salud sea un negocio o el paciente un cliente. Las diferencias no son sólo terminológicas sino de la mayor entidad filosófica y conceptual. En mi sentir es precisamente la introducción de un pensamiento administrativo y político que ha perdido la dimensión trascendental del ser humano, lo que ha hecho posible la crisis de corrupción y desaciertos del actual sistema... Me suscribo atentamente y aprovecho la ocasión para felicitar al periódico El Pulso por su gran esfuerzo editorial y de opinión pública.

Señor Director

Reciba mis más sinceras felicitaciones por el trabajo que están realizando mes a mes, en la publicación El Pulso, la cual recibí en días pasados.

Me pareció muy seria, profesional y de gran interés no sólo para el sector salud, sino para la comunidad en general, ya que los temas tratados son de mucha actualidad e interés público.

Los invito a continuar con tan riquísima empresa, les ofrezco toda mi colaboración.

BEATRIZ HERRERA DE M.

Directora Administrativa y Financiera
Cámara de Comercio

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

Respetado director:

He leído con detenimiento todas las ediciones del periódico El Pulso; me ha sorprendido la seriedad, objetividad, agilidad e interés de todos sus artículos. Como profesional del área de la salud, soy consciente de la importancia de este medio para la expresión y el análisis de los temas del sector.

Estoy segura que la continuidad en esta tarea unirá los intereses de los diferentes profesionales de la salud para hacer del sector un espacio digno para el ejercicio profesional.

Felicitaciones,
CLARA M. ARANGO
Médica

Apreciado doctor:

El periódico El Pulso se constituye cada día en un importante medio de comunicación para las entidades del área de la salud, orientando no sólo a este sector, sino también a la dirigencia política y económica de nuestro país, logrando impactar, informar y generar opinión a través de interesantes artículos de gran contenido investigativo, actualidad y con una visión objetiva de la realidad.

Este espacio se constituye entonces, en una gran oportunidad para las instituciones de salud para dar a conocer avances científicos, progresos significativos en gestión, propuestas para mejorar la atención al usuario y expresar nuestras opiniones sobre el complejo escenario que afrontan las instituciones de salud del país.

Felicitemos a su equipo editorial y periodístico y deseamos que continúen posicionándose cada vez más en nuestro medio.

SERGIO GARCIA ISAZA

Gerente
Hospital San Vicente de Paúl, Caldas Antioquia

Lo que el "crae" crea

Por Juan Manuel Sierra Jones, md.

«Si no actúas como piensas, vas a terminar pensando como actúas» (Pascal)

Quiero continuar presentando quejas acerca del denominado «CRAE» (Centro Regulador de Atención Electiva), ente de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia -DSSA- creado con el ánimo de ejercer control en las atenciones electivas y además con el propósito de maximizar(?) recursos económicos y fortalecer las finanzas de las Empresas Sociales del Estado -ESE-, que hoy padecen los rigores de una crisis financiera generada en la ineficiencia, burocracia, corrupción y demás males que afectan no sólo a estas instituciones, sino a todo nuestro país. Cuando se mira desprevenidamente lo planteado, el Crae se ve como la panacea, pero si bien significa un control por parte de quien administra los dineros, lo cual es comprensible, no se ha hecho un análisis concienzudo de las funestas consecuencias para los PACIENTES y este ha sido el punto crucial por el cual me he convertido, como alguna vez lo manifestara un alto funcionario de la Dirección Seccional, en un enemigo del Crae. (Pensándolo bien, creo que razón tenía esa persona cuando hizo la afirmación). He sido recibido muchas veces, en compañía de otros tantos preocupados, en todas las oficinas de la Dirección Seccional, hasta con buena voluntad, pero hoy corroboro que la buena voluntad no basta, porque si es claro que se debe abrir un compás de espera cuando se está iniciando un proceso, considero que los 7 meses que lleva el Crae, ya debían ser suficientes para que cumpliera su labor y evitar las graves consecuencias que le trae al principal actor del programa: el Paciente.

Que en el Crae hemos visto progresos, posiblemente si pero de todas formas vemos que se continúa de espaldas a los pacientes, a la comunidad y causando perjuicio, esto sí que lo vemos y mucho más grande. Muy claro estamos viendo que con velada intención se viene manejando la situación en la DSSA para que seamos quienes prestamos los servicios de salud los que asumamos responsabilidades administrativas frente a los pacientes, situación que no nos corresponde y que nos ha convertido en blanco de los jueces, cuando se instauran procesos judiciales, en los cuales se condena al Hospital a llevar a cabo atenciones para las cuales nunca se había negado, además estamos quedando mal frente a la comunidad sin ser nuestra responsabilidad, por todo ello creo que ya tenemos que preocuparnos más y pensar que es hora de tomar acciones concretas, ya que a quienes sí les corresponde, no las han tomado.

Hoy siento que de nada han valido reuniones, denuncias públicas(Periódico «El Colombiano, viernes 26 de marzo, firmada por 590 personas del área de la salud.), conversación con el Señor Gobernador, Director del DSSA y todo su cuadro directivo, Directivas del Crae, etc. pero a la vez me refuerza la necesidad de continuar luchando, puesto que seremos honestos en actuar cuando nuestras conciencias nos lo reclamen, situación que me permito dudar estén realizando los que vienen desarrollando labores, amparados en un título médico y en contra de los principios fundamentales del ejercicio, puesto que hacer evaluación de pertinencia médica, frente a un papel, es un acto de intromisión en la relación médico - paciente, que no tiene justificación, riñe con la ética y

son múltiples los casos en los que se ha violado este principio y así se los hemos demostrado. Cantidad de veces hemos recibido promesas de que ello no volverá a ocurrir, pero todo ha sido palabrería, pues he conocido información de la inexistencia de la unificación de criterios para el manejo de las decisiones y se involucra así la subjetividad como otro de los ingredientes que atentan contra los pacientes.

Ya el paciente no elige quién y en dónde lo atienda, porque lo que prima en la regulación por parte del Crae es un criterio geográfico, después un criterio del nivel de complejidad del diagnóstico escrito en la orden, luego si quien presta servicio es de la red pública y por último podrá ser enviado a los particulares (Hospital San Vicente de Paúl u otro), de esta forma los pacientes tienen la obligación de hacerse atender y aun operar, no donde les quede más fácil y tengan más confianza o donde ya vienen siendo atendidos(como tiene derecho por ley), sino donde sean enviados por los doctores del Crae, y no me quiero imaginar los postoperatorios de los pacientes que tengan que desplazarse a nuestras escarpadas montañas al lomo de su mula porque a un «Doctor» le dio por decir que se tenía que operar en «X» municipio y nuestro paciente no tiene con quien quedarse allí para su manejo postoperatorio, no se imaginan ustedes los periplos que deben cumplir nuestros pacientes cuando las órdenes que tienen, deben ser prestadas en dos o tres instituciones, será esto conducente, si estarán pensando en los perjuicios de los múltiples desplazamientos y los costos que para ellos significa esta medida. Definitivamente no hay dolor más soportable que el aje-no!!

Presenta el Crae con aire triunfalista la ubicación de miles de pacientes en todos los hospitales del Departamento, mentíral, tan sólo han logrado ubicar las órdenes, porque los pacientes se están dando sin atención, cifras específicas de más de 900 pacientes cuyas atenciones magnánimamente han sido aprobadas por el Crae para ser realizadas en nuestro Hospital y que no han podido atenderse por cualquier cantidad de motivos, así lo demuestran, cuántas promesas hemos recibido, qué más tendremos que esperar si conocemos la magnitud de la problemática y no vemos soluciones, donde están las conciencias y la solidaridad con un pueblo atribulado y cada vez más atacado, puesto que ya es la misma ley la que nos persigue y niega el derecho fundamental a la salud, será que tendrán que esperar a que se les presenten las complicaciones para que puedan ser atendidos, a unos costos infinitamente más altos, no sólo desde lo económico y social sino desde la propia integridad del paciente.

Convoco para que de manera unida digamos las verdades, que les demos a los pacientes lo que ellos necesitan, atención y no caramelo, que nosotros demos los elementos para que, si es necesario, mediante acciones jurídicas, administrativas o lo que sea, se les brinden soluciones. También invito a los responsables de la salud del pueblo a que digan la verdad, que si es cierto que no hay recursos económicos en la DSSA para atender la población, se les comunique que no los hay pero en especial por qué no los hay o que rumbo han tomado, para que de esa forma no se escuden en quienes con voluntad queremos prestar nuestros servicios y no nos dejan, a pesar de haberlo hecho con la mayor entrega por toda nuestra historia.

Para una exégesis de las manos

Emilio Betancur Múnera, Pbro

Porcos sitios en la sociedad son tan exigentes de la sabiduría de las manos como un hospital, clínica o lugar de salud. La exégesis de las manos llegan a expresar sentimientos, cuidados y ternura que no alcanzan a decir las palabras.

El silencio que muchas veces impone el sufrimiento, se desborda en expresiones de las manos cargadas de sentimientos de acompañamiento, seguridad y esperanza de salud. Un apretón de manos, una suave caricia, un deslizar la mano por la cabeza, aplicar con cariño una inyección, poner una droga en la boca del enfermo o hacer una curación, pertenecen al sabio lenguaje de las manos que va poniendo semillas de salud y esperanza en los signos de debilidad y precariedad que implica toda enfermedad. En la salud toda mano oportuna sana y salva. Bien sea llevando una camilla, una silla de ruedas o en un quirófano la mano amiga de inmediato relaciona al enfermo con la vida y la salud.

Y puesta sobre el cuerpo sostiene y ayuda al equilibrio. Una mano extendida a un enfermo lo dice todo. Un enfermo, quien tiene el don admirable, de pasar tiernamente de mano en mano, va comprendiendo, si es creyente, el don más admirable de la fe: Abandonarse en las manos de Dios. En las manos de Dios los sufrimientos del hombre encuentran su lugar preciso. San Ireneo decía que por medio de las manos del Padre, esto es, por medio del Hijo y del Espíritu, se hace el hombre semejanza de Dios.

El encuentro que en el evangelio tiene tanta gente con las manos de Jesús da la dimensión exacta de lo que significan y pueden las manos de los responsables de la salud en relación al enfermo.

Ante la súplica de un leproso, Jesús extendió la mano y lo tocó, diciendo: Quiero, queda limpio. Compadecido de dos

ciegos, tocó sus ojos, y al instante recobraron la vista y lo siguieron. A los niños, sin estar enfermos, les imponía las manos y los bendecía.

Jesús es el único que se atreve a dar la mano a los muertos para decirles: Lázaro sal fuera, talitha kum, niña a ti te hablo, levántate.

Cuando la fe impetuosa, prematura e inmadura de Pedro le hace tirar al mar y comienza a experimentar cómo se hunde la suficiencia, grita: Señor sálvame. Jesús le tiende la mano, lo agarra y lo sube a la barca.

De la eficaz ternura de las manos de Jesús toma significado y eficacia toda acción humana de las manos en el área de la salud. Nuestras manos son un icono de las manos misericordiosas de Jesús y revelan la ternura del Dios-Padre; actuando a dos manos, según el pensamiento de Sn Ireneo.

Jeremías, para indicarnos cómo deben ser nuestras manos, nos recuerda las manos de Dios como las de un alfarero que trabaja el barro por fuera y por dentro, y cuando una pieza no sale bien, jamás tira la arcilla sino que la recoge y vuelve a empezar.

San Pablo, al final de sus días, pensaba que su fe era llevada en la vida, como en un vaso de barro; y si ese barro no se ha roto se debe sólo a la misericordia de Dios.

Como el barro en las manos del alfarero es un enfermo en nuestras manos, un vaso débil que si no se ha roto se debe, en buena parte, a nuestras manos de misericordia.

El arte de la salud que pasa por las manos podría ser un punto de partida para recuperar la reflexión sobre antropología cristiana de la salud, hoy relativizada por intereses económicos, subvalorada por la economía de la salud, que enfatiza más el costo de lo que hacen las manos que la eficacia de las mismas; y al sufrimiento de la carencia de salud aumenta el sufrimiento de los costos.

Un enfermo ni aguanta ni necesita paros; requiere de la mano permanentemente compasiva y profesional para dar sentido y esperanza a un dolor que siempre indica la falta de algo o la ausencia de alguien.

DESTRUCCIÓN VIRUS DE LA VIRUELA

Para el año 2002 fue aplazada la destrucción de las reservas del virus de la viruela.

Este compás de espera de tres años más, permitirá al grupo investigador, realizar nuevos estudios sobre agentes antivíricos y vacunas mejoradas, así como de estructura genética y de patogénesis de la viruela. También, se analizará la utilidad del virus para enfrentarse a la enfermedad ortopoxvirosis, que por el momento sólo ha afectado a búfalos, bovinos y monos, y para la que se utiliza el mismo tratamiento que en la viruela.

La erradicación de la viruela fue confirmada en 1980 y a partir de ese momento se llevaron a cabo políticas de posterradicación, la más importante fue la unificación de todas las reservas conocidas del virus variólico a mediados de la década de los ochenta, para garantizar la seguridad biológica y la protección física.

EL PULSO

5



El caso

Crae, el remedio está en... ¿Quién?

Por Patricia Pérez

Hablar del Crae o del Centro Regulador de Atenciones Electivas, es para muchos representantes del sector de la salud, hablar de un viaje sin rumbo fijo. Un viaje que en su recorrido de ocho meses ha estado acompañado de especulaciones, de improvisaciones. Tiempo en el que han primado los errores sobre los aciertos. Muchos atribuyen el hecho a que se inició sin unos lineamientos claros. De ahí que se caracterice por las inconsistencias, desatenciones, desviación de pacientes, intervención en el acto médico, inoperancia... y burocracia. Presagian su futuro con esquivas perspectivas, supeditadas al despegue de la crisis financiera que agobia al país, a la asignación de recursos gubernamentales para el programa y a que llegue por fin la liquidez al sector de la salud.

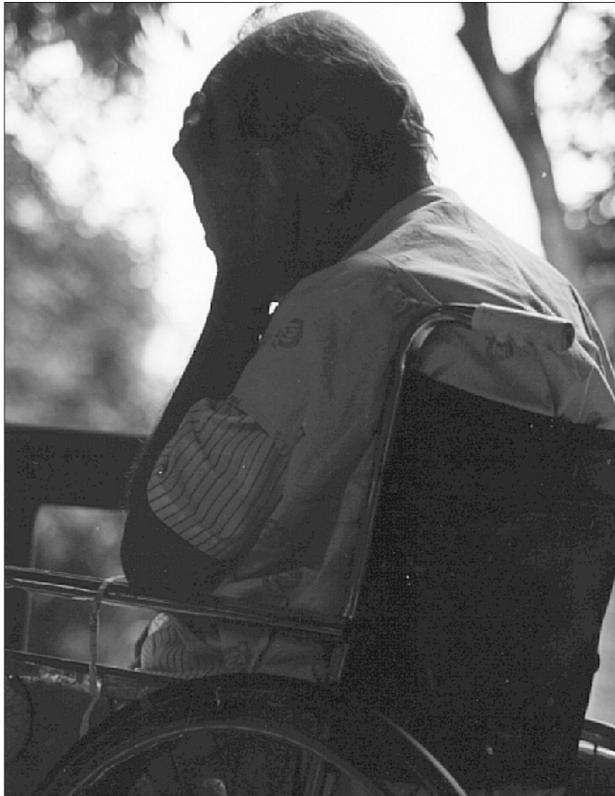
Según la opinión de médicos y pacientes entrevistados por EL PULSO, el Crae es un centro regulador de la atención que fue creado para optimizar la atención en salud y ahora está regulando dinero. Un Centro que pretendía orientar a los pacientes de acuerdo con sus necesidades en la atención hacia el nivel de complejidad y lo que ha hecho es desviarlos, sin contemplar la especialidad y calidad en la atención. El Crae había sido diseñado para muchas cosas, pero al hablar con los involucrados en el proceso sus expectativas son cada vez más desalentadoras. Urge una revisión del mismo, siendo preciso que la comunidad conozca su verdadera situación, por ello traemos en esta edición al Centro Regulador de Atenciones Electivas como El Caso, a la vez que presentamos un ejemplo de los miles que hay para describir su carácter.

FALACIAS

Según el doctor Guillermo León Valencia R, jefe de pediatría del Hospital San Vicente de Paúl y encargado del programa del Crae en esta institución, el Centro Regulador de Atenciones Electivas se generó como un mecanismo de regulación económica, lo cual considera que es válido, puesto que los recursos del sistema no son infinitos y es lógico que ellos digan en qué se gasta la plata. Sin embargo, el doctor Valencia invitó a reflexionar sobre las falacias del sistema y menciona que el Crae encierra para su concepto tres de ellas que son muy delicadas: La primera es que «en este momento los recursos que tiene el departamento para salud no son suficientes para cubrir toda la demanda. La Dirección Seccional a través del Crae le cambia la responsabilidad de esa decisión al hospital o a la IPS, diciéndole no atiende esto, no le autorizo eso a aquello, pero quien le da la cara al usuario es el hospital que se ve obligado a no atenderlo». Aclaró que el Crae es un organismo burocrático, escondido para la comunidad, a la que han dicho que es un mecanismo simplemente de identificación, «no es de identificación es de regulación, esa es la falacia más grande».

La segunda falacia es que el Estado está priorizando la recuperación de la red pública sobre la atención del paciente. «Personas que han estado en tratamiento desde hace mucho tiempo en este hospital, que lo buscan porque saben que es de calidad, llegan al Crae y los derivan hacia otras instituciones, se argumenta que es simplemente por cercanía a la entidad». Explica además que «el Estado asume que el usuario es ladrón. Se inventa miles de trabas para comprobar que el dato que tiene en su base es cierto. El paciente, aparte de demostrar que está enfermo, debe traer registro civil de nacimiento si es menor, tarjeta de identidad o cédula de ciudadanía, resulta que en el país no todo mundo tiene documento de identidad. ¿Cuál es la función del Crae? Verificar si el paciente tiene derecho o no, o certificar que todo mundo esté cedulao o no».

Con base en el análisis hecho por el doctor Valencia, esas trabas esconden lo real del problema y es que el Estado no tiene plata para cubrir lo que es su obligación. «Se empieza a escurrir el bulto acudiendo a mecanismos de ese tipo. Se olvidan del paciente, centrando el sistema en regulación económica o comprobación de derechos, pero no en el paciente».



La enfermedad no espera presupuestos...

INTERFERENCIAS

El problema más grave del Crae, de acuerdo con el doctor Valencia, es la interferencia con el acto médico, es una relación entre médico-paciente que no debe verse alterada por nada. Es lo más grave que está haciendo el Crae, se argumenta que existen pautas de manejo, pero no están reglamentadas. Son los protocolos, pero sin embargo en el acto médico un protocolo no puede suplir la capacidad de análisis que tiene el médico frente a un paciente específico. Ningún mecanismo ni del Estado ni de un organismo privado puede interferir con el acto médico».

El objetivo del Crae, según el doctor Valencia, es el fortalecimiento de la red pública, sin importar si la gente quiere o no consultar ahí, sino que es pública. Lo primero es copar la red pública y luego la red privada. Sostiene que, «en esta tercera falacia es donde está la perversión del sistema, porque no cuesta más

desviar a la red pública o a la red privada con la cual tiene contrato pues las tarifas son las mismas, lo que debería primar sería la calidad en la atención o la aceptación del paciente por esa atención y eso no se está dando».

Concluyó diciendo que «posiblemente el Estado por dar imagen de protección a la comunidad se inventó ese sistema de regulación, sin los recursos suficientes para cumplir con la demanda. Debían decir a la comunidad hasta dónde puede cubrir».

¿HAY PLATA?

Este panorama presentado por los representantes del sector respecto al Crae motivó al periódico El Pulso a consultar en la Dirección Seccional de Salud de Antioquia sobre la disponibilidad presupuestal que existe para atender el Crae. Para el doctor Guillermo León Franco C, director del ente administrativo, en este momento hay dificultades financie-

ras en todo el país que han tocado el sector salud. Sin embargo, anunció que ha sido definido un presupuesto para el año entrante de 1.12 billones de pesos, con el fin de atender el sistema de seguridad social en Antioquia.

Informó que garantizarán el cumplimiento de los compromisos adquiridos hasta ahora, pero no se aumentará la atención con respecto al año anterior, puesto que no hay disponibilidad de recursos, ya que la crisis no ha permitido incremento en ese sentido. Aclaró que «Estamos haciendo gestión para ingresar algún tipo de recursos y así poder atender la demanda de servicios».

-De ese presupuesto para salud, qué porcentaje hay para el Crae?

«Hay alrededor de 68 mil millones de pesos para atender la red en el segundo, tercero y cuarto niveles, en contratación pública y privada».

-Cuál es el procedimiento que se está adelantando para hacer que la comunidad logre entender la filosofía del Crae?

«El Crae sólo es un instrumento de información, lo que está adelantando la dirección es el montaje del proyecto Sisa que es el Sistema de Información en Salud de Antioquia. Con él la comunidad tendrá en línea abierta, o línea saludable, toda la información epidemiológica, enfermedades infecciosas, aseguramiento, etc que podrá consultar. Es un proyecto a largo plazo».

-Se presentan aun inconsistencias entre el médico tratante y los del Crae.

¿Qué criterios tienen los médicos para aprobar o desaprobar una solicitud? Hemos hecho reuniones donde se están adelantando procedimientos de ajuste. Aquellos pacientes que tienen dificultades, entran a lo que se llama grupo de enlace, donde hay personas que tienen la responsabilidad de atender ese tipo de impases para que no tengan ninguna dificultad en el servicio.

-¿Se le puede decir tranquilamente a la comunidad que hay disponibilidad presupuestal para atender las solicitudes a través del Crae?

A pesar de las dificultades financieras que tiene todo el sector salud en el país, y en el departamento de Antioquia, no hemos cerrado ningún hospital, ni esperamos cerrarlo. Atenderemos oportunamente a los pacientes enfermos. Es lógico que no hay presupuesto en ningún país del mundo que alcance para atender a todos los enfermos, pero estamos haciendo lo pertinente para que la mayoría de la población tenga acceso al sistema de seguridad social y a la prestación de servicios cuando ella lo requiera.

Un ejemplo entre mil

El 4 de marzo de 1999 fue remitido de la Unidad de Salud de Zungo-Embarcadero al hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, un paciente de 65 años, quien consultó por un cuadro que el doctor diagnosticó como oclusión arterial de miembro inferior izquierdo, con ausencia de los pulsos, dolor y frialdad en la pierna y en el pie. El 15 de abril (un mes y medio después de esa primera consulta) le autorizaron en el Crae una pletismografía que debía hacerse en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl y una consulta con un especialista en cirugía vascular para el Hospital General de Medellín (donde no hay especialistas en el área).

Ambas órdenes de autorización del Crae llegaron al Hospital San Vicente. La pregunta que se hace el doctor Juan Manuel Sierra, jefe de cirugía de este ente hospitalario es ¿qué responsabilidad tiene el San Vicente de enviar la otra autorización al Hospital General?. No aparece en ninguna parte de la orden la dirección, teléfono u otra forma de localizar al paciente.

Al analizar este caso, el doctor Sierra dice que aquí se da una cadena de errores, los cuales son: Primero, se creó una conciencia de regulación equivocadamente entre el personal médico que atiende a toda la población, pues éste era un paciente urgente que no debía ser regulado a través del Crae.

En segundo término, autorizaron la consulta en un hospital donde no hay especialistas en cirugía vascular.

Tercero, haber enviado las dos órdenes de autorización para el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, siendo para dos instituciones diferentes y bajo responsabilidad directa del Crae.

Cuarto, no contar con datos para ubicar al paciente, que hoy 30 de junio no conocemos, pero sí sospechamos que las consecuencias para él hayan sido graves.

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

LA DEPRESION, PROBLEMA DE SALUD PUBLICA

Un 20% de la población colombiana sufre de depresión, cifra bastante alta comparada con la registrada en otros puntos del mundo donde sólo afecta al 10% de las personas, de acuerdo con lo indicado por el doctor Jorge Téllez, médico psiquiatra de la ciudad de Bogotá.

En Colombia cada uno de cinco colombianos se deprime por diferentes circunstancias, lo que permite calcular que aproximadamente 1.500.000 personas padecen alguna vez en su vida de esta enfermedad. La prevalencia de la depresión en toda la vida de los colombianos puede llegar al 30%.

EL PULSO

6



Eutanasia pasiva

Por María Elena Duque Londoño, economista

Esta práctica es motivo de estudio por parte de los legisladores puesto que está autorizada en el país, mas no reglamentada. Se habla de pacientes que han sido declarados con muerte cerebral y se mantienen vivos de manera artificial o de aquellos pacientes terminales cuya posibilidad de recuperarse es prácticamente cero.

Algunos medios radiales han hecho amplio debate al tema, y los participantes han expuesto toda clase de argumentaciones en pro y en contra de la potestad que tienen los médicos y la familia de decidir en qué momento la vida puede acabarse. Me preguntaba cuando oía las disertaciones que piensan todas estas personas y las que tienen en sus manos la posibilidad de modificar las leyes acerca de lo que viven actualmente un gran número de pacientes que sin ser terminales, ni mucho menos tener muerte cerebral, están condenados a morir sin que se haga nada al respecto.

Para todos los que trabajamos en el área de la salud, es común oír decir que tal o cual paciente está en un estado, que de no ser atendido en forma oportuna se agravará y posiblemente perderá su vida y nada podemos hacer porque las entidades encargadas de solucionar su problema no tienen con quién, ni con qué atenderlo y peor aún no aprueban la atención en otras instituciones que sí lo pueden hacer, por mil

razones, siendo la más común el no tener presupuesto.

Una cosa sí tenemos muy clara y es que si somos empleados no podemos negarnos a hacer el aporte por salud, ni mucho menos la empresa; pero cuando reclamamos el derecho a ser atendidos las respuestas van desde lo inconcebible hasta lo ridículo. Si por alguna casualidad fuimos atendidos en una Institución que consideró que era una urgencia y como tal no podía negar la atención, llegan unos señores desde un escritorio y niegan el pago porque para ellos no era una urgencia.

El Gobierno no toma decisiones, los jueces toman algunas (no necesariamente acertadas) obligados a dar respuesta al sinnúmero de tutelas que reciben diariamente; muchos pacientes no instauran acciones de tutela por desconocimiento o por que no les alcanza el bolsillo ni la salud para buscar dónde y ante quién y ven cómo, sin que nadie haga nada por ellos, su salud se va esfumando y todos seguimos tan campantes, porque claro, tenemos estadísticas de todo lo que hacemos pero nunca de lo que dejamos de hacer.

¿Por qué nos echamos bendiciones cuando oímos hablar de eutanasia pasiva para pacientes que irremediablemente van a morir y no hacemos nada cuando vemos que alrededor nuestro se condena a morir a muchos otros pacientes recuperables, sin que nos produzca ningún prurito? ¿Qué han hecho los legisladores para corregir esta aberrante situación?, ¿No será que esta es una manera táctica de ahorrarle al sistema dinero para que alcance a cubrir la burocracia de instituciones que finalmente no cumplen con su razón de ser?

Derecho Internacional Humanitario, la voz de la razón

Por Ana C. Ochoa

Hace más de un siglo, el fundador del movimiento de la Cruz Roja, Henry Dunant, dijo con gran acierto: «Aunque parezca que los terribles medios de destrucción de que disponen actualmente los pueblos habrán de acortar, en el futuro, la duración de las guerras, es muy probable que sus batallas sean, en cambio, mucho más mortíferas, y en este siglo, en el que tanto interviene lo imprevisto ¿no pueden surgir guerras por un lado u otro de la manera más repentina y más inesperada? ¿No hay, ante esas solas consideraciones, motivos más que suficientes para no dejarnos sorprender desprevénidos?»

Hoy, frente al abuso abominable, frente al dolor que por fuerza es silencio y es espanto, frente a la palabra ofensiva y el gesto amenazante, frente al atropello y la muerte, se vuelve al tema del Derecho Internacional Humanitario (DIH). El Comité Internacional de la Cruz Roja y el Instituto Interamericano de Derechos Humanos insisten en desarrollar una importante pedagogía. ¿De qué se trata el DIH?

«De una normativa internacional autónoma dedicada a la protección de la persona humana, con sus propias bases jurídicas, su propio ámbito temporal, personal y material de aplicabilidad y su propio aparato de implementación.»

De un sistema necesario para que, en la situación de conflicto armado y en las demás situaciones de violencia humana, no se agoten las posibilidades de la protección jurídica internacional y exista un sistema específicamente adecuado a las necesidades de amparo al ser humano.

De una normativa que, sin dejar de ser específica, puede ser complementaria de otros sistemas de normas internacionales de protección de la persona humana y, más particularmente, del derecho internacional de los derechos humanos.

Pese a la prohibición del recurso a la fuerza, la comunidad internacional sigue constantemente perturbada por conflictos que producen cada vez nuevas situaciones de violencia y amenazan a nuevas categorías de seres humanos. Nadie tiene interés en que la fuerza empleada, ilícita o lícitamente, lo sea, además, a ciegas, al margen de toda ley y de todo control.

La finalidad primordial del Derecho Internacional Humanitario es tratar de hacer escuchar la voz de la razón y de la ley en aquellas situaciones en que las armas puedan acallarla, recordando que un ser humano, incluso un enemigo, sigue siendo una persona digna de respeto y protección.»

Hospital de San Pedro de los Milagros Gestión social en medio de la crisis del sector

El Hospital Santa Isabel de San Pedro fue creado en 1957 para atender las necesidades de salud de la comunidad. Su origen fue privado, pero para adecuarse a la ley 100 de 1.993, el Concejo Municipal lo transformó en Empresa Social del Estado, obligándole a ser autónomo financiera y administrativamente.

En los últimos tres años pasó de atender 15.721 pacientes a 28.931 clientes por consulta médica, para lo cual requirió pasar de dos a ocho médicos e iniciar con servicios especializados en otorrinolaringología, ortodoncia y ginecología, éste último prioritario del hospital, adquiriendo un monitor fetal y un ecógrafo.

Estos esfuerzos se han realizado con el fin de lograr eficiencia económica con ganancias de carácter social e impactar la comunidad en su calidad de vida.

La sede funcional del hospital (pues la primera sede fue abandonada hace 6 años) queda retirada de la cabecera municipal, presentando desventajas competitivas frente a la comunidad. Ante esa situación, las directivas del Hospital decidieron remodelar la antigua sede y atender en ambos sitios. Este último sitio se dispuso y remodeló como un centro de atención de servicios ambulatorios: consulta médica externa, odontología, psicología, fonoaudiología, vacunación, toma de muestras, saneamiento básico ambiental, proyección social, y la realización de un trabajo constante en promoción y prevención, para mejorar los indicadores de calidad de vida.

Esas modernas instalaciones conservan el modelo arquitectónico del pueblo y según el gerente Carlos Alberto Arroyave Z., «la remodelación ascendió a \$150 millones de pesos, habilitando aproximadamente mil

metros cuadrados, siendo entregada a la comunidad el 19 de junio pasado. Agregó además, que a pesar de la crisis que atraviesan los hospitales, aquí vimos como una oportunidad la reforma del antiguo hospital. Partimos del diseño de un plan estratégico para enfrentar mejor la difícil situación y programamos la realización de actividades competitivas, entre ellas la nueva sede, hecha con base en los requisitos esenciales exigidos, para ser una empresa más eficiente y con mejor calidad en la atención».

Acercar la atención en salud a la comunidad mediante la ubicación de la sede en la cabecera municipal, les permitirá tener mayor cobertura, disminuir el costo de la consulta, ofrecer servicio de droguería con atención las 24 horas del día, donde se despacharán los medicamentos a bajos precios y disponer de un equipo de médicos de alto impacto entre la comunidad.

GESTION SOCIAL

Además de las cifras mencionadas, se viene como otro indicador el presupuesto que al 31 de julio de 1.996 era de 303 millones mientras que a 31 de diciembre de 1.998 ascendió a mil trescientos setenta millones doscientos sesenta mil setecientos veinticinco pesos (\$1.370.260.725) para un crecimiento de 404.02%. Esto, fruto de un trabajo armónico entre el personal administrativo y asistencial de la ESE en la administración municipal y la participación de la comunidad en el desarrollo institucional, y las excelentes relaciones comerciales con las diferentes administradoras de salud.

La eficiencia económica ha sido destinada, además de la obra y compra de equipos ya mencionados, en capacitación para el 100% de los funcionarios, sistematización de los procesos, trabajo extramural con la comunidad y ante todo en la optimización en la calidad de la atención.

10 años del Instituto de Medicina Tropical

El Instituto Colombiano de Medicina Tropical se creó para contribuir en la solución de los problemas de salud, con relación a enfermedades tropicales e infecciosas, tanto en el ámbito local como nacional e internacional; a través del desarrollo de la investigación científica, la formación del recurso humano y la conformación de una unidad de diagnóstico y atención médica especializada.

Colombia es un país heterogéneo, con características geográficas, ecológicas, demográficas y socioculturales que llevan a ciertos problemas de salud comunes a otros países latinoamericanos, en donde existen las condiciones favorables para la presencia y transmisión de las enfermedades denominadas tropicales.

Analizada esta situación y considerando este país como un campo de acción interesante, el 3 de mayo de 1989 se aprobó la creación del Instituto de Medicina Tropical. Son sus socios: el Departamento de Antioquia por medio de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Universidad Pontificia Bolivariana, Universidad de Antioquia,

Instituto de Ciencias de la Salud, Hospital Regional de Apartadó, Hospital Pablo Tobón Uribe, Corporación para Investigaciones Biológicas, Municipio de Medellín y Hospital General de Medellín.

Para desarrollar sus objetivos el Instituto dispone de un grupo de investigadores, personal técnico y administrativo en las sedes de Medellín y Apartadó. Las principales líneas de investigación son: malaria, leishmaniasis, enfermedad de chagas, dengue, fiebre tifoidea, parasitosis intestinales, cisticercosis, leptospirosis y otras zoonosis e infecciones causadas por parásitos y bacterias.

Adelanta estudios cooperativos con otros centros de investigación de algunos países que trabajan en medicina tropical como son la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool (Inglaterra), Instituto de Medicina Tropical de Lisboa (Portugal), Universidad de Texas (Estados Unidos), Universidad de Cambridge (Inglaterra), Instituto de Biomedicina de Caracas (Venezuela), Instituto de Medicina Tropical Lima (Perú) y el Instituto José W Torrealba de Trujillo (Venezuela).

MUERTES EN EL MUNDO

Alrededor del 14% de la población mundial sufre algún tipo de depresión y tan sólo el 3% de este total recibe atención médica oportuna, según un reporte de la Organización Mundial de la Salud. Los trastornos mentales causaron 200 mil muertes en 1.997 y más de 145 millones de personas en el mundo vieron mermada su actividad laboral en ese mismo año por algún tipo de enfermedad mental. Las personas que sufren de depresión afectan su entorno familiar, laboral y social.

EL PULSO

7



Medio Ambiente

Producción limpia mejora calidad de vida

Por Doris Orrego, periodista

«La industria antioqueña es líder en programas de desarrollo sostenible». Así lo manifestó el Ministro del Medio Ambiente Juan Meyr Maldonado en reciente visita a Medellín, donde destacó la gestión que vienen adelantando no sólo Cornare en cuanto al cobro de tasas retributivas por concepto de contaminación, sino también el sector solidario con programas ambientales como el reciclaje, la reforestación y el manejo de desechos sólidos. Agregó el titular de la cartera del Medio Ambiente, que hasta el momento se han firmado 16 convenios de producción más limpia con las principales industrias y empresas del país. «Nos fijamos metas de reducción de la contaminación, y las hemos cumplido bajo los parámetros del Centro Nacional de Producción más Limpia, con sede en Medellín», manifestó. Gracias a los positivos resultados de la gestión ambiental, (entendida como el conjunto de actividades administrativas, operativas y de control que garantizan un desarrollo sostenible) el Gobierno Nacional, a través del Ministerio del ramo, planea la creación de un nuevo fondo para préstamos destinados a proyectos de producción verde, que aporten a la conservación de un medio ambiente saludable. En unos cinco meses se habrá definido por parte de la Junta Directiva, conformada por organismos no gubernamentales, empresarios y el Ministerio, el monto inicial del Fondo, denominado «Banco Verde». Cabe recordar que la Política Nacional Ambiental, se constituye en uno de los principales puntos de las negociaciones de paz entre el Gobierno y las FARC, en el cual se analiza la preservación de fuentes de agua, y el respeto por los parques naturales, que vienen siendo utilizados desde hace cuarenta años como escenarios de conflicto armado.

MAS QUE POLVO

Conscientes de que el desarrollo y el medio ambiente no se pueden separar, las empresas cementeras de nuestro Departamento, sin excepción, vienen adelantando interesantes programas de «desarrollo sostenible» con un impacto positivo incalculable en la calidad de vida de las personas que rodean sus centros de producción.

El adecuado manejo de aguas residuales y el control de la polución ocasionada por emisiones de material particulado, se convierten en la preocupación permanente de este tipo de industrias, que vienen adaptando sus procedimientos y criterios administrativos a la mitigación de los problemas ambientales, como una respuesta no sólo a los constantes reclamos sociales y al incremento en el volumen de inversiones y obligaciones diferidas, sino también a la normatividad vigente.

En tal sentido, tanto Cementos del Nare S.A., como Cemento Argos S.A., adelantan un programa de reposición de equipos en algunas secciones de las plantas de producción, por protectores o filtros de telegas, que reducen a cero las emisiones de material particulado, ubicándose en estándares internacionales en cuanto a la prevención de contaminación por este factor, establecidos por entidades como la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos de América (E.P.A.).

RENACE EL DESIERTO

La recuperación de unas 340 hectáreas convertidas en desierto a causa de la explotación minera, es una de las principales metas frente al desarrollo sostenible, que está a punto de cumplir Cementos del Nare en el entorno de su centro de explotación, ubicado en zona rural del Municipio de Puerto Nare. El Gerente Técnico de la empresa cementera, Andrés Zuluaga Olarte, explica que conjuntamente con Corantioquia, se ha logrado reforestar gran parte del terreno con la especie Acacia Magnum. Se trata de una planta que se viene produciendo desde hace cuatro años, y se ha adaptado fácilmente a las tierras áridas, para regresarlas a su estado natural.

En general, los proyectos de desarrollo sostenible de Cementos del Nare en el Magdalena Medio antioqueño, han representado inversiones por mil millones de pesos, de los cuales 700 millones de pesos se destinarán entre 1999 y el próximo año a la parte industrial y de explotación minera, y el resto al programa de reforestación.

Con los programas se benefician directamente unas quince mil personas entre trabajadores y habitantes de la zona rural de Canteras y el corregimiento de la Sierra.

ENTORNO AMBIENTAL

El proceso de molienda en las empresas cementeras no puede ser mirado como una actividad aislada en el entorno urbano. Esta situación ha generado estudios por parte de la Universidad de Antioquia acerca del impacto ambiental de Cemento Argos S.A. en el sector sur de la ciudad.

Paradójicamente, dichas investigaciones revelan que es mayor el ruido y la contaminación generados por el tráfico vehicular en arterias viales como la Avenida Las Vegas y la Regional, que el causado por los molinos de la propia empresa. «Las telas de los filtros muestran, más que partículas de cemento, vestigios de monóxido de carbono y azufre, que es lo que liberan los carros», afirma el ingeniero civil, Carlos Palacio Restrepo. Como otra estrategia importante para el cuidado del medio, Argos S.A. tiene en funcionamiento una trampa de grasas para impedir que desechos nocivos como grasas y aceites sean vertidos al Río Medellín.

EMPLEO Y DESARROLLO SOSTENIBLE

Para el Gerente General de Cementos El Cairo, Germán Botero Arango, el desarrollo sostenible implica un equilibrio entre lo económico, lo social, lo tecnológico y el medio ambiente, y por consiguiente, está estrechamente ligado al recurso humano. Léase «mano de obra». Indica el directivo, que El Cairo seguirá siendo competitivo en los mercados del centro, oriente y suroeste de Antioquia, así como en regiones del Viejo Caldas, gracias a que su personal ha asimilado el reto de ser el mejor frente a empresas con nueva tecnología. Añade Germán Botero Arango, que el impacto de una empresa no se mide sólo por el número de kilocalorías que consume o de partículas que emite, sino también por la generación de empleo con personas comprometidas, capacitadas y satisfechas, lo cual en resumen, significa calidad de vida. Es por eso que El Cairo «da más oportunidades a la mano de obra que a las inversiones en tecnología», puntualiza el Gerente General.

ACCIONES DEL SECTOR OFICIAL

Aire, suelo y agua, son elementos del ambiente que influyen en el bienestar humano, y por lo tanto, merecen una especial atención, no sólo por parte de la industria privada sino también del sector público, y académico.

Es por ello que Metromezclas, la empresa del Municipio de Medellín destinada a la producción de mezcla asfáltica, también ha hecho latente su propósito de reducir los riesgos ecológicos y proteger el patrimonio común de la comunidad, con acciones que van desde decisiones de tipo administrativo como cambios de horario en el proceso productivo, y estudios de impacto, hasta inversiones en tecnología de punta.

A manera de ejemplo, citamos las evaluaciones adelantadas para Metromezclas, por el Centro de Investigaciones para el Desarrollo Integral, CIDI, de la Universidad Pontificia Bolivariana, sobre el tratamiento de la calidad del aire y la emisión de material particulado en la chimenea del horno rotatorio. A lo anterior se suma la adecuación de una nueva planta con el sistema de «man-

gas», para evitar la generación de ácido sulfúrico en el medio; la suspensión de actividades de trituración en horas nocturnas para facilitar el descanso de las personas; la construcción de pozos sépticos para evitar descargas de lodo y ácido sulfúrico al Río Medellín; y la instalación de chimeneas de descontaminación en los procesos físico-químicos.

Metromezclas utiliza como materia prima los pétreos ó piedras de diferentes tamaños, los asfaltos y los combustibles. En este último grupo se encuentra el crudo de Castilla, que por ser considerado crítico para el medio ambiente, debe ser reemplazado antes del año 2000.

La entidad trabaja actualmente en la conversión de los quemadores, para cambiar dicho combustible por el Fuel Oil, que además de su bajo contenido de sulfuros, le proporciona beneficios tributarios, reduciendo los costos de producción.

RESPONSABILIDAD DE TODOS

La problemática ambiental no puede ser mirada únicamente desde el ámbito de lo físico, sino que además debe integrar factores sociales como el empleo, económicos como los sobrecostos de la tecnología, políticos como los diálogos de paz, y culturales como la adaptación de la comunidad a los nuevos procesos.

De allí que se plantee la necesidad de un trabajo interdisciplinario con participación del Gobierno, la empresa privada, las ONG, las organizaciones cooperativas, las universidades, los científicos e investigadores, y la comunidad en general.

Tal como lo sugiere un grupo de estudiantes de Contaduría Pública del Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid, al tema del desarrollo sostenible se le debe dar un carácter científico, de modo que las industrias lo puedan incluir en sus balances contables, con una cuantificación exacta de los activos ambientales; las inversiones de capital en medidas ecológicas, maquinaria, equipos e instalaciones que reduzcan factores contaminantes; diferidos y pasivos ambientales.



En la defensa del medio ambiente, mientras más personas intervengan mejor...

Gases Industriales de Colombia S.A.

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

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

OFICINA PRINCIPAL (094) 230 06 00

 CRYOGAS

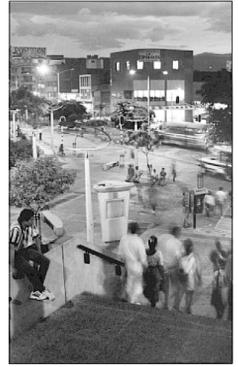
 BOC GASES

ALTO INDICE

El estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, publicado en 1.997, señala que la prevalencia de la depresión es de 19.6%. Con relación a la edad, llama la atención que ésta comienza desde etapas tempranas en adolescentes de 12 a 15 años, con frecuencia anual del 1.2%. En edades de 16 a 19 años se presenta una prevalencia en la vida del 20.1%. En cuanto a la prevalencia en la vida de depresión por departamentos se dice que el mayor índice lo tiene el Cauca (38.2%), luego Risaralda (36.8%), Sucre (31%), y el Valle (30.7%). Los más bajos en Boyacá (9%), Putumayo (9.2%) y Arauca (9.6%).

EL PULSO

8



Observatorio

Salud para todos en Cuba

Por Juan Miguel Gallego Acevedo
y Jairo Humberto Restrepo Zea*

Las posibilidades de que toda la población de un país acceda a los mismos servicios de salud y se alcancen unos indicadores que reflejen bienestar para todos, parece ser una realidad en Cuba. A pesar de las dificultades ocasionadas por el bloqueo económico que padece este país desde hace cuatro décadas, las mismas que se vieron agravadas con la suspensión de ayudas y la restricción en el comercio con los países socialistas, en la actualidad se continúa ofreciendo atención gratuita a todos los habitantes y se cuenta con avances significativos que pueden ser comparados con la situación reinante en los países más desarrollados.

EVOLUCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, SNS

Aunque Cuba se encuentra dentro del grupo de países en los cuales se inició un desarrollo temprano de la seguridad social, sus avances en la primera mitad del siglo fueron poco significativos en términos de la población cubierta y de los riesgos considerados. Durante la década de 1910 se expidieron varias normas relacionadas con el seguro social, particularmente con las pensiones de los empleados estatales (militares, sector de comunicaciones, maestros, policía, rama judicial).



Cincuenta años más tarde, existían en el país 52 organismos denominados cajas, fondos, cajas de retiro o seguros, los cuales continuaban desarrollando principalmente el ramo de pensiones y cubrían entre el 40% y el 50% de los asalariados.

PUEBLO UNIDO ...

Con el triunfo de la revolución comandada por Fidel Castro en 1959 se inició en el país una reorganización administrativa y financiera que buscaba la protección integral de los trabajadores y sus familias. En 1963 fue expedida la Ley 1100 en la cual se adoptaron los principios que continúan rigiendo la seguridad social en el país caribeño: solidaridad (entre generaciones y entre niveles de ingresos), universalidad (personas cubiertas), comprensividad (riesgos cubiertos) e integridad (prestaciones acordes a los aportes sociales).

CUATRO DÉCADAS DEL SNS

Década de 1960: Consolidación. En esta etapa se creó el sistema único y como puntos vitales para su desarrollo futuro se encuentran el servicio médico rural, la creación de escuelas de medicina e institutos de investigación, las campañas de vacunación y saneamiento y la nacionalización de la producción y el comercio de medicamentos. El sistema fue conformado por dos regímenes, el de seguridad social y el de asistencia social, los que en conjunto buscaban garantizar un propósito constitucional esencial: «que no haya persona incapacitada para el trabajo que no tenga medios decorosos de subsistencia».

Década de 1970: Perfeccionamiento. Durante esta década se crearon los policlínicos comunitarios y se dio inicio al modelo de medicina en la comunidad; desconcentración de la docencia médica con la creación de facultades de medicina en todas las provincias y descentralización del sector salud con la transferencia de la gestión de los servicios a los gobiernos provinciales y municipales. En la actualidad, se considera como un gran éxito la descen-

tralización de la formación universitaria y de los centros de investigación, lo cual permite mostrar un buen equilibrio entre las provincias en cuanto a la disponibilidad de recursos e indicadores de morbilidad y mortalidad.

Década de 1980: Desarrollo acelerado y madurez. En esta década se dieron avances muy importantes en el desarrollo de la atención médica y la adopción del modelo de la medicina familiar: universalización de la enseñanza y expansión de las facultades de ciencias médicas en todas las provincias, fortalecimiento de la red de servicios hospitalarios, introducción y extensión de altas tecnologías nacionales y extranjeras, desarrollo del programa de especialidades médicas y desarrollo de la investigación científica y biotecnología.

Década de 1990: Enfrentamiento del período especial. Los problemas de financiamiento ocasionados a partir de la caída del bloque socialista acrecentaron la búsqueda de la eficiencia en la utilización de recursos (Economía de la Salud), el establecimiento de los programas priorizados de atención y la creación del sistema integrado de urgencias médicas.

ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SNS

El Sistema Nacional de Salud está organizado en tres niveles, acorde con la división política y administrativa del territorio. En el nivel nacional, el Ministerio de Salud Pública es el organismo rector con funciones metodológicas, normativas, de coordinación y control. Como organismos adscritos al Ministerio se encuentran los centros universitarios, los institutos de investigación y asistencia médica especializados, la industria médico-farmacéutica, los laboratorios, las empresas comercializadoras de equipos médicos y una empresa dedicada al comercio exterior de medicamentos y equipos tecnológicos médicos. Para la dirección del sector también se cuenta con

Vea Observatorio en página 9

SCHERING
Schering Colombiana S.A.
División SBU Diagnóstica

Los **SOCIOS**

Hacen la DIFERENCIA

El gran avance de la tecnología entendida como un arte, las comunicaciones globales y la investigación a nivel internacional son los fundamentos de nuestro Éxito.

Son las relaciones cercanas con nuestros clientes las que nos dan la gran fuerza creativa.

Con nuestro conocimiento de la industria, sus habilidades y experiencia, podemos disfrutar de los amplios beneficios de la tecnología moderna.

SCHERING

Apoyando el Desarrollo y la Seguridad de las Imágenes Diagnósticas en COLOMBIA

SUSCRIBASE

CUPON DE SUSCRIPCIÓN

EL PULSO

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

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

VALOR DE LA SUSCRIPCIÓN

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.

HIDROXIAPATITA

Un material que puede ser utilizado en injertos quirúrgicos de huesos humanos y animales, fue descubierto recientemente por investigadores de la Universidad de Antioquia. Se trata de la hidroxiapatita, un material inerte que normalmente se encuentra en los huesos y dientes, pero que puede obtenerse también de manera artificial a partir de procesos químicos. El descubrimiento se produjo luego de tres años de investigaciones.

EL PULSO

9



Observatorio

Viene de la página anterior

los organismos de participación popular. El Parlamento, también denominado Asamblea Nacional del Poder Popular, posee una comisión permanente sobre salud, la Comisión Nacional de Salud, la cual comprende además lo relativo a deporte y medio ambiente. Esta comisión se ocupa del control y la fiscalización sobre los organismos del sector.

En el nivel provincial, las Direcciones Provinciales de Salud (14) se encuentran subordinadas a los Consejos de Administración de Poder Popular (el gobierno subnacional) y en las mismas operan las Asambleas del Poder Popular con un esquema igual al desarrollado en el nivel nacional. A estos gobiernos están adscritos los hospitales provinciales e intermunicipales, los bancos de sangre, centros de higiene y epidemiología, centros de formación de profesionales y técnicos y la red de farmacias y ópticas.

En los municipios, 169 en todo el país, las direcciones de salud pública dependen administrativa y financieramente de los consejos de administración de ese nivel y existen como entidades subordinadas: los policlínicos, los hospitales municipales, locales y rurales, las unidades de higiene y epidemiología, las clínicas de odontología y las instituciones de asistencia social a ancianos, impedidos físicos y mentales y los hogares maternos.

RETOS Y DESAFÍOS

El sistema de salud cubano enfrenta tres problemas básicos para mantener y mejorar los logros obtenidos hasta el momento. En primer lugar, la restricción de recursos ocurrida en todos los sectores de la economía a partir de 1989 (período especial) generó dificultades para la renovación tecnológica, la disponibilidad de suministros y medicamentos y el mantenimiento de la infraestructura hospitalaria. El momento más difícil se presentó en 1993, cuando el producto interno bruto estuvo un 35% por debajo del alcanzado en 1989 y se contó con 70 millones de dólares para realizar importaciones en el sector, monto que apenas alcanzó el 30% de los recursos destinados para el mismo propósito en 1989 (Gallo, 1999:13).

Con una lenta recuperación a partir de 1994, para 1999 se estiman divisas equivalentes a un 60% de las existentes en 1989, con un monto de 132 millones de dólares que serían generados en un 31% por fuentes propias mientras el resto sería aportado por el gobierno central (en 1989, la participación de las fuentes propias era del 5%; Cossío, 1999:7). La generación de nuevos ingresos se encuentra enmarcada en la política global de elevar las divisas al interior de cada rama, buscando de este modo el autofinanciamiento de los insumos de origen externo. Dentro de las principales acciones en el sector salud, se destacan: el desarrollo del turismo de salud, con la atención de pacientes extranjeros en el tratamiento de patologías de alta complejidad como mal de Parkinson, neurotrasplante, retinosis pigmentaria, trasplantes de órganos y enfermedades ortopédicas; las matriculas de estudiantes extranjeros, la exportación de medicamentos, las donaciones de trabajadores del sector turismo, las remesas de los médicos cubanos en el exterior y las ventas de programas de computación con aplicaciones a la medicina.

En segundo lugar, el sistema enfrenta problemas de eficiencia que, asociados a la reducción de recursos, han merecido una mayor preocupación en el marco del período especial. La formación de profesionales y su paso automático al sistema de salud han ocasionado un sobredimensionamiento del sector, lo cual se encuentra amparado por la voluntad política de no permitir el desempleo entre los profesionales del área de la salud¹. Igualmente, en algunos territorios se presenta una sobreoferta hospitalaria y el sistema carece de mecanismos de control lo cual, asociado al buen nivel de información con el que cuenta el paciente cubano, permite el acceso de éste a los niveles superiores de atención sin contar con la evaluación previa del médico general.

El sistema también se enfrenta a la posibilidad de retroceder en sus avances: «Como consecuencia de la crisis, se ha producido cambios en las condiciones de vida de la población y algún grado de deterioro de los servicios de salud,



Experiencia cubana en el sistema nacional de salud puede verse como ejemplo para países latinoamericanos

Indicadores de salud 1990-1997 (Colombia, Cuba y grupos de países)

	América Latina y el Caribe	Colombia	Cuba	Países Ingresos Altos
Población 1997 (millones)		40	11	
con agua potable 1995 (%)	75	75	91	99
con servicios sanitarios 1995 (%)	68	59	92	98
Gasto per cápita en salud 1997 (US)	274	140	106	2,485
Total % PIB 1990-97	6.3	7.4	7.9	9.6
Público % PIB 1990-97	2.6	3	7.9	6.0
Médicos por 1,000 habitantes (1997)	1.47	0.93	5.3	2.5
Enfermeras por 1,000 habitantes (1997)	0.78	0.48	6.78	Nd
Odontólogos por 1,000 (1997)	0.36	0.57	0.85	Nd
Camas hospital x 1,000 habitantes 1995	2.2	0.8	6	5.8
Atención médica del parto	77.3	96	100	100
Cobertura vacuna Sarampion < 1 año	93	89	99	95
Cobertura vacuna DPT < 1 año	82	81	99	92
Esperanza de vida 1998	70	71	76	77
Mortalidad < 1 año 1997	32	24	7	6

Fuente: World Bank. World Development Indicators 1999. Washington D.C. (Chap. 2.13, 2.14) Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Indicadores básicos 1998.

todo lo que ha acarreado que la situación ha variado en parte, adquiriendo las enfermedades transmisibles y los problemas asociados a la nutrición una importancia prioritaria. Este es el caso por ejemplo del incremento de la tuberculosis, la leptospirosis, las enfermedades de transmisión sexual, y el SIDA, así como el aumento del bajo peso al nacer y el riesgo de nuevas epidemias, como han sido la neuropatía epidémica y el dengue hemorrágico» (Gallo, 1999:39).

En respuesta a estos fenómenos, recientemente se inició una reducción de los cupos en las universidades al mismo tiempo que se ofrecen cupos para estudiantes extranjeros, y se vienen aplicando estudios y acciones dentro de la Economía de la Salud para mejorar la aplicación de recursos. En este contexto sobresale el énfasis puesto de nuevo sobre la atención primaria, a la cual se le otorga el carácter de piedra angular del sistema: «una atención primaria efectiva contribuye a reducir las demandas sobre otros niveles del sistema de mayor complejidad y, por lo tanto, de mayor costo» (Gálvez, 1999:17). El principal eslabón de esta estrategia está constituido por el médico y la enfermera de familia, los cuales se encuentran a cargo de un consultorio y atienden en sentido integral la salud de unas 120 familias de su entorno a quienes atienden en sus casas y también en el consultorio, al igual que en los principales sitios de concentración (industria y guarderías, por ejemplo). Además de lo anterior, se desarrollan los programas de atención materno-infantil, el sistema de urgencias, la educación para la salud y el saneamiento ambiental. Por otra parte, en la atención hospitala-

ria se viene desarrollando la internación domiciliaria, de manera que luego de una recuperación básica y de acuerdo a la patología que presenta el paciente, se facilita el cuidado en la residencia con la visita del médico y la enfermera de familia. Finalmente, se ha adoptado un programa de medicamentos orientado a promover y desarrollar la medicina natural y la farmacoepidemiología².

En tercer lugar, el país se enfrenta a la transición epidemiológica característica del mundo desarrollado, con las principales causas de muerte y morbilidad en enfermedades crónicas que requieren el empleo de medicamentos y tecnologías costosas: problemas de corazón, tumores malignos y enfermedades cerebrovasculares (en la actualidad, el 52% de las defunciones corresponden a ancianos). Para enfrentar estas dificultades, en el plan de salud en marcha actualmente se tienen dentro de los cuatro programas prioritarios el de atención al adulto mayor y el de enfermedades no transmisibles; igualmente, se consolida una red de urgencias para facilitar la atención oportuna de enfermedades crónicas y traumas.

LECCIONES DESDE CUBA

La experiencia del sistema cubano, así se trate de un régimen político y económico diferente al dominante en Latinoamérica, ofrece algunas enseñanzas para ser tenidas en cuenta en los demás países del área con el propósito de mejorar los indicadores sobre el estado de salud de la población. La separación de funciones genera desarticulación. El concepto de la salud no puede fragmentarse y remitirse solamente al campo de la atención médica. El doctor Luis Struch Rancaño, Presi-

dente de la Asamblea del Poder Popular de la Provincia de Santiago, se refirió así en la conferencia que ofreció en el IV Simposio Internacional de Economía de la Salud: «Todo hay que verlo como parte del sistema de salud. Cuando nosotros querramos ver, como gobernantes o como planificadores o como médicos o como economistas, la salud como un ente aparte, jamás podremos entender ni hacer avanzar la salud. La salud forma parte de todo el sistema de la sociedad y en este sentido es la voluntad política de nuestro país (...) si no tenemos agua, escuelas, caminos, policlínico, alimentos, distracción, recreación, no tenemos salud; podríamos tenerla física pero no mental; podríamos tenerla física y mental, pero no integral en el concepto de la salud del ser humano. Todo este sistema lo vamos buscando desde las escuelas».

Voluntad política. Como lo expresaba el doctor Struch y de la misma manera como en forma reiterada se menciona por parte de quienes en Cuba hablan de su sistema de salud, la voluntad política es una pieza fundamental para asegurar unos buenos resultados en materia de salud y bienestar. En este caso, la voluntad política se encuentra asegurada a través de los principios de la revolución y se renueva en forma permanente con la participación popular y las prioridades establecidas por el Comandante.

El carácter público de la salud. De la mano con lo anterior, al tomar la salud como un bien preferente, es importante tener claridad sobre los elementos públicos de la atención en salud y los demás componentes que contribuyen a mantener sana a la población. Los hogares cubanos realizan gasto directo únicamente en los medicamentos prescritos en la atención ambulatoria que no están incluidos en el programa oficial, prótesis auditivas, estomatológicas y

ortopédicas, sillas de ruedas, muletas, bastones y lentes, contando en todos los casos con precios subsidiados y ayudas especiales para las familias de ingresos bajos. Además, todos los programas de educación, promoción y prevención son adelantados con una clara responsabilidad por parte de las direcciones de salud y a ellas se articulan los demás organismos públicos que intervienen. La atención primaria y el médico de familia. Con el modelo de medicina familiar, acciones como el ingreso en el hogar y el seguimiento de egresados, la cirugía ambulatoria, los controles médicos, el control de embarazadas, el niño sano y otras que no requieren hospitalización, se pueden lograr con igual o mayor calidad que en el hospital, al mismo tiempo que se abre un amplio campo en promoción de salud y acciones de prevención de enfermedades sobre la colectividad. En realidad, la dotación de médicos en nuestros países puede impedir una estrategia de este estilo y el programa es evaluado en Cuba para hacerlo más perfecto; de todos modos, es importante conocer esta experiencia y buscar así unos mecanismos más eficientes desde el punto de vista económico y social para la producción de la salud en un sentido amplio.

Participación para producir salud comunitaria. Como herencia de la revolución, la participación en el sector salud está orientada a la acción de la gente en la producción de salud como un bien social y no, como sucede en nuestros países, para validar las propuestas oficiales o definir su listado de solicitudes a políticos y burócratas. En palabras del doctor Struch, para quien se trata de un fenómeno de masas en el que todo el mundo participa, «unos participa arrojando las calles, otros sembrando vegetales organopónicos, otros en la higienización en los barrios o ayudando solidariamente al vecino».

Educación. Para facilitar el desarrollo científico y tecnológico, es necesario mantener una estrecha articulación entre el sistema educativo y el sistema de salud. Por eso, en Cuba las facultades y los centros de investigación del área de la salud se adscriben al Ministerio de Salud Pública y a las direcciones provinciales de salud; además, se ofrece educación para mantener una vida saludable y se cuenta con médicos de familia en las escuelas.

Referencias:
Cossío Carricarte, Georgina (1999). «Algunas consideraciones de la eficiencia económica en el sistema de salud». Taller: aspectos macroeconómicos de la eficiencia en salud. La Habana.

Gálvez González, Ana María (1999). «El concepto de eficiencia en el contexto de la salud pública cubana». Taller: aspectos macroeconómicos de la eficiencia en salud. La Habana.

Gallo Hernández, Dayami (1999). «Gestión, evolución y efectos del sistema de salud cubano». Taller: aspectos macroeconómicos de la eficiencia en salud. La Habana.

Gutiérrez García, Lionel (1997). Turismo de salud en Cuba. La Habana, II Forum de Economía de Ciudad Habana.

Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas 1998.

(www.paho.org).
Peñate Rivero, Orlando y Lugo Machado, Ismael (1997). La seguridad social en Cuba: retos y perspectivas. La Habana, II Forum de Economía de Ciudad Habana.

LA POLÍTICA DE SALUD EN CUBA

Estrategias básicas. Programas y acciones

Reorientación hacia la atención primaria. Inmunizaciones; esquema de vacunación; medicina familiar (médico y enfermera por 120 familias); subsistema de urgencia (aumento de resoluntividad en primer nivel); internación domiciliaria.

Revitalización de la atención hospitalaria. Para el año 2000 se aspira a: garantizar las intervenciones quirúrgicas necesarias, con un 36% de la cirugía mayor electiva en forma ambulatoria; disminuir el número de fallecidos en las urgencias hospitalarias; extender el proceso de acreditación hospitalaria; reducir la estancia; incrementar el número de pacientes con seguimiento a través del proceso de atención de enfermería.

Desarrollo del Programa de medicamentos y medicina natural y tradicional. Métodos alternativos para la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades: medicina tradicional asiática, medicina herbolaria, apiterapia, procesos terapéuticos (aguas minero-medicinales, fangoterapia, homeopatía, ozono), campos magnéticos, medicina física y rehabilitación.

Programas prioritarios. Acciones y metas para el año 2000

Atención materno-infantil. Mortalidad de 6 por mil en nacidos vivos y de 8 por mil en menores de cinco años; mortalidad materna en menos de 2 por diez mil nacidos vivos; índice de bajo peso al nacer de 5.8%. Incrementar la planificación familiar, eliminar la sífilis congénita y disminuir la tasa de aborto hasta 20 por mil.

Enfermedades crónicas no transmisibles. Reducción de mortalidad por asma, diabetes y cardiopatías isquémicas.

Enfermedades transmisibles. Disminuir la incidencia anual de tuberculosis, morbilidad por leptospirosis y hepatitis B; eliminación de rubeola y parotiditis; reducción de los índices de infestación por mosquito Aedes Aegypti.

Atención del adulto mayor. Reducir los indicadores de mortalidad en el adulto mayor.

ESPERANZA DE VIDA

Vivir más, un sueño que el hombre ha perseguido desde tiempos inmemoriales, será una realidad el próximo siglo. Para el año 2.025 la esperanza media de vida al nacer pasará de los actuales 66 años a los 73. La gente más longeva serán los habitantes de Islandia, Italia, Japón y Suecia, con una expectativa de vida de 82 años. El lugar menos recomendable para vivir es Sierra Leona, ya que allí la esperanza de vida sólo llegará a los 51 años. Mientras tanto, Colombia pasará de tener un promedio de 71 años a 75.

EL PULSO

10



De las verdades y las lecturas

Colaboración Dr. Luis Fernando Mena D, médico ortopedista, U. de A. (Artículo original escrito por José Achalandabaso, a través de la Comunidad Virtual de Ortopedia)

Como me suele suceder me he ido encendiendo con mi respuesta a lo de las mediciones de la rótula y ya no puedo parar, os mando unas líneas acerca de ciertas verdades filosóficas de nuestras vidas, pidiendo como siempre comprensión y cariño para mis excesos verbales. Y es que no existen verdades en COT, uno descubre horroizado que es posible encontrar literatura que apoye casi todo y perfectamente razonado. Uno puede probar que el mejor tratamiento para la lesión del LCA es la cirugía, la fisioterapia, la abstención terapéutica, la osteotomía e incluso la rotoplastia de la extremidad derecha. Uno se derrumba delante del libro al comprobar que el tendón largo del biceps no sirve para nada y que puede usarse como plastia, que es el principal elemento del hombre y eje fundamental de la cinemática articular y depresor de la cabeza humeral, y como todo el mundo sabe la depresión de la cabeza es de hecho lo fundamental...

Y entonces, ¡qué diablos hago Dios mío! ¿quién tendrá la razón? ¿dejo de leer? ¿leo más? Hay veces que en los congresos, algún retrasado mental con memoria de elefante, te pregunta tales cosas que te dan ganas de decirle: «yo, si fuera tú, dejaría de leer. Esas lecturas son dañinas para tu mente, enturbian tu razón, nublan tu entendimiento y al fin corrompen lo poco que de racional quedaba en ti», pero me suelo limitar a decir: «te agradezco la pregunta, pero no he leído ninguno de esos artículos tan interesantes que comentas...» y nunca añado

lo que en realidad pienso y hago, «la verdad es que procuro leer lo menos posible porque ya no me creo casi nada».

Pero hay algunas verdades en las que sí creo, la osteosíntesis estable, el ruido del periototomo sobre el hueso, el apretar con toda tu alma un tornillo sobre una buena cortical con una reducción oteocito con osteocito, mientras vemos salir jugillo de la línea de fractura. Reducir un tallo verde, quitar un asa de cubo, poner una buena plastia en una rodilla inestable. Si, ciertamente nos quedan algunos encantos que nos acercan a satisfacciones íntimas que te dan paz profesional, seguridad en ti mismo, y es que el tratamiento ideal es aquel que cuando lo realizas piensas: este paciente se acaba de curar. Y esa debe ser nuestra búsqueda.

Que ¿dónde está la verdad? En lo que uno toca, en lo que uno ve y en lo que uno siente, eso es la verdad, la única verdad. No intenteis leerlo todo. Intentar leer algo de vez en cuando para confirmar que otros han tocado, visto o sentido lo mismo. Intentar leer cuando tocais y no entendeis lo que tocais. Preguntar a vuestros amigos. Emborracharles ligeramente y a las dos de la mañana reconocerán que no creen en las prótesis no cementadas y que de hecho las cementan todas, que ponen cortisona en el rotuliano buscando cuidadosamente el peritendón, pero que en realidad «sólo se curan si le metes un buen cebollazo en el mismo centro del tendón...» Hay veces que en esas agradabilísimas conversaciones, descubres que en muchas cosas hemos llegado a las mismas conclusiones y que en la soledad de nuestra consulta atesoramos más retazos de la verdad que los libros de nuestra biblioteca.

Ser críticos, no os creais lo que dicen en los congresos, «sistemáticamente realizamos» y en la diapo descubres la cánula usada, el campo desor-

denado, el paño verde remendado e intuyes la soledad y la impotencia de tener que enfrentarse a semejante fractura, hueles el miedo y la cutretería del brillantador a medio tapar en el fondo y admiras el coraje de haber sacado una diapositiva en medio del desastre. Y piensas «realizarás si puedes, capullo» y venga largar mentiras, describiendo más bien esperanzas que realidades, venga contarnos trozos de la ciencia oficial en la que no cree. Vamos a hacer la técnica de moda y es que yo, macho, estoy en la movida...

Es fácil ser crítico cuando en realidad estoy también afiliado a la legión de los mentirosos. Porque «yo soy una estrella que está bien en la movida» y necesito llamar al doctor Guillén Pedro, al doctor Munuera Luis y a jugar a «oye, qué amigos somos y lo bien que nos conocemos». Pero una cosa es hacerlo y otra es creerlo. Quiero decir que una cosa es tener un láser y otra es creer que sirva de algo. Que uno debe hacer ciertas concesiones a la galería de la moda en aras a la convivencia puede ser útil, hacer esas concesiones sin saber que son en realidad concesiones y sin sentir un cólico miserere, es peligroso, distorsiona la vida, te aleja de las buenas gentes y es una putada para todos. Como defensa sólo cabe decir, que os prometo que yo no hice el mundo, me limito a convivir con él de la mejor manera que se me ocurre. Que gran ayuda prestaríamos a esta lista intentando forzar la sinceridad. Que la gente diga, no me ha funcionado, no pude sintetizarlo, me dio miedo meterme, es que el enfermo se hubiera ido donde otro, se gana más dinero si lo operas y es que el paciente era de Sanitas...O sea que cuidadín, cuidadín que hay verdades como catedrales que terminan en una punta tan afilada que te atraviesan el corazón y que rascar las capas de podredumbre de la profesión es un oficio tan interesante como peligroso.

EVENTOS

■ «Evaluación, estabilización y remisión del paciente pediátrico» es el nombre del seminario taller que se realizará del 28 al 30 de julio de 1999, en el hotel Intercontinental de Medellín. Su propósito es obtener respuesta del manejo integral del paciente pediátrico, desde el punto de vista médico y administrativo, y generar en el hospital de mayor nivel de complejidad en cada ciudad, un sitio de consulta y asesoría que brindará sus servicios a las unidades de salud de la red, a los médicos y a la comunidad en general.

Se espera obtener como resultado del certamen, el cumplimiento de tres objetivos básicos: Generar compromisos interinstitucionales que permitan conformar una verdadera red de servicios; tener una visión real de las necesidades de dotación y asesoría requeridas para el correcto funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia; y crear un nuevo enfoque sobre la remisión y contrarremisión basada en la atención por problemas.

Está dirigido a todas las entidades y personas relacionadas con el menor, y que estén interesadas en desarrollar nuevas formas de atención para este grupo de población.

La metodología del certamen es seminario taller, donde se tratarán los temas relacionados con los aspectos administrativos, médicos, técnicos y educativos de la evaluación, estabilización y remisión del paciente pediátrico dentro de una red de atención en salud.

Algunos de los conferencistas invitados son: Dr. Gustavo Aristizábal, pediatra neumólogo, Hospital Santa Clara, Bogotá; Dra. Carmen Julia Botero, pediatra intensivista, Estados Unidos; Dr. Jaime Carrizosa, neurólogo, Hospital San Vicente de Paúl, Medellín; Dr. Rodrigo Castro, médico fisiatra, Hospital San Vicente de Paúl Medellín; Dr. Hernán Cruz, pediatra neonatólogo, Fundación Valle de Lili, Cali; Dr. José Martínez Salas, pediatra nefrólogo, San Vicente de Paúl, Medellín; Dr. Mizrhajin Méndez, cirujano pediatra, Bogotá; Dr. Augusto Quevedo, pediatra, San Vicente de Paúl, Medellín; Dr. Jaime Roa, pediatra, Hospital Universitario del Valle, Cali; Dr. James S. Seidel, pediatra intensivista, Estados Unidos; y Dr. Alvaro Toro Posada, ortopedista, Hospital San Vicente de Paúl, Medellín.

Organizan: Ministerio de Salud, Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Secretaría de Salud de Medellín y de Santafé de Bogotá, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Universidad de Antioquia, Cariño, Sociedad Colombiana de Pediatría.

Informes: 571 63 60, 263 78 85 y 263 78 10 Medellín.

■ «Cuarto congreso colombiano de dermatología pediátrica», del 12 al 14 de noviembre de 1999, en el hotel Intercontinental de Medellín. Con el aval de la Sociedad Colombiana de Dermatología. Temas académicos: enfermedades del colágeno, del vesículo - ampollas en el recién nacido, genéticas de la queratina; actualización en la terapéutica de los hemangiomas; acné prepuberal; actualización en dermatitis atópica; entre otros. Con invitados nacionales e internacionales de París, Chicago, Montreal y Caracas. Informes teléfono: 250 00 16 Medellín.

■ «Programa de maestría internacional en enfermedades infecciosas y tropicales», octubre 1.999 a octubre 2.000, Lima, Perú.

■ «XIII congreso latinoamericano de cirugía», septiembre 19 al 24, La Habana, Cuba.

■ «IV simposio internacional de avances en resonancia magnética e intervencionismo vascular», del 21 al 23 de octubre, Medellín. Organizan: IATM, CES, U.P.B y el Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

■ «XIII congreso latinoamericano de cancerología», septiembre 20 al 24, La Habana, Cuba.

■ «Primer congreso nacional de medicina física y rehabilitación», Octubre 25 al 29. La Habana, Cuba.

■ La Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia organizará el «Congreso internacional salud para todos y formulación de políticas de salud pública para el siglo XXI», del 7 al 10 de diciembre en el Hotel Intercontinental de Medellín, en el marco de la celebración de los 35 años de la facultad.

■ «XIII congreso internacional de dengue, una amenaza a las puertas del 2000», 23 de agosto al 2 de septiembre, La Habana, Cuba.

■ «Primer curso latinoamericano de enseñanza farmacoterapéutica racional», Agosto 5 al 14, La Plata Argentina.

■ «Seminario de patología quirúrgica», agosto 6 al 8, Miami-Florida, organiza Sociedad Americana de Patólogos Clínicos.

■ «IV curso internacional de entrenamiento en inmunopatología de enfermedades tropicales», Universidad de Pernambuco, Brasil, agosto 23 a noviembre 5.

■ «IV congreso de la asociación colombiana de fertilidad y esterilidad», del 4 al 6 de agosto, Medellín, informes en la Asociación Colombiana de Fertilidad o en la Asociación Antioqueña de Ginecobstetricia.

Clasificados

1 A LA VENTA, libro del Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Valor para personal del Hospital y de la U. de A. \$40.000. Público en general \$60.000. En caja general.

2 REBOBINADO de cintas de impresoras, remanufactura de cartuchos para impresora láser y recarga de cartuchos de impresión de tinta. Teléfono : 234 02 61

3 TALLERES de marquería. Mayores informes: 413 41 42

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

5 APARTAMENTO: 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

6 Electrónica J.C: Reparación de T.V, VHS, equipos de sonido, dictáfonos. Calle 33 # 65 B -43, teléfonos 235 90 41, 235 30 09 Medellín.

7 EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL FELICITA AL ECONOMISTA EN SU DIA CLASICO, JULIO 3.

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

Atención particular a precios iaccesibles 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
✓ Videoesoscopia
✓ Rectosigmoidoscopia
✓ Broncoscopia
✓ Estroboscopia
✓ Audiología
✓ Electromiografía
✓ Prueba de esfuerzo
✓ Monitoreo cardíaco
✓ Plestismografía

ODONTOLOGÍA

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

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

MEDICINA DEL SUEÑO

Según la medicina del sueño, el ser humano invierte la tercera parte de su vida en dormir, es decir entre 7 horas y media y 9 horas. Pero quien sobrepasa este último límite y requiere dedicar más tiempo del día a esta actividad puede comenzar a sospechar de una anomalía. Se trata del hipersomnio, contrario al insomnio, que no sólo es más grave sino también más difícil de tratar porque, entre otras cosas, la persona difícilmente lo identifica como problema.

EL PULSO

11



Clínica Infantil Santa Ana

El bello coraje de aliviar el sufrimiento

«La mayor nobleza de los hombres es la de levantar su obra en medio de la devastación, sosteniéndola infatigablemente, a medio camino entre el desgarrar y la belleza». **Ernesto Sábato**

«Medellín, diciembre 9 de 1.998.

Señoras Clínica Infantil Santa Ana.

Esta es con el fin de agradecerles el apoyo que me brindaron a mí y a mi hijo durante estos dos años. En este tiempo que estuve con ustedes, aprendí a valorarme como persona que soy, como mujer, principalmente a ser madre, a salir adelante sin la ayuda de nadie y a saber enfrentar los problemas por muy grandes que sean...no tengo nada con que pagarles pero se los agradezco de todo corazón. Y que Dios desde arriba los ayude...se despide de todas ustedes, una madre que aprendió muchas cosas importantes. Muchas gracias, especialmente a Doña Mercedes, María Cecilia, Ana Judith y a todo el personal de la clínica».

Ya de por sí es un beneficio enorme el poder sufrir con otros. La solidaridad, esa forma de acompañar en los abismos, sustrae peso a la vida de estas madres agobiadas de dar batallas solitarias, abandonadas con sus hijos en un mundo en el que sólo su dolor les pertenece. La mayoría llega a la Clínica Santa Ana para hospitalizar a sus niños en avanzado estado de desnutrición, una «enfermedad social» que, extrañamente, no encuentra consideración especial en el Sistema General de Seguridad Social. Parece que no conmoviera suficiente el drama, ya universal, de 40 mil niños que se mueren diariamente por malnutrición. Esta, considerada el más grave problema de salud en América Latina, es causa directa o asociada del 44% de las muertes de niños menores de cinco años. Y uno los ve, diminutos; con la belleza conmovedora del que no sabe del peligro, mientras que su cuerpo de centímetros está ahí, viviendo peligrosamente su lucha por la vida... Niña hermosa de Puerto Berrío, finita semilla morena, «no te sepa mal ser pequeña», también lo son las flores y las estrellas» (*).

LA SALUD, QUÉ BATALLA

La Clínica Santa Ana está ubicada en el sector de Manilla (El Poblado), en una vieja casona, impecable y bien dotada, en la que reciben hospitalización niños procedentes de las zonas más pobres de Medellín, Antioquia y otras regiones. Esta institución privada, sin ánimo de lucro, fue fundada en 1.946, gracias a la señora Ana Josefa Echavarría Misas, en un acto de generosidad discreta, genuina, que consuela hoy en medio de tanta campaña falsamente social, de oscura ambición electorera. La tradición ha sido de afectuoso servicio. Actualmente, con problemáticas como la de los desplazados, la labor es más que meritoria. Y se sigue, aun, en momentos de gran dificultad. El año pasado, a pesar de la crisis general -con la cual las donaciones se disminuyeron en un 48%- se atendieron 294 pacientes, de los cuales egresaron 275 con promedio de estadía de 36 días. Padres e hijos encuentran allí atención integral (pediatra, enfermera, nutricionista, pedagoga, trabajadora social y psicóloga). Son hospitalizados menores con desnutrición y enfermedades comunes de la infancia: Neumonía, bronquitis, reflujo esofagástrico, asma, cardiopatías y otras. También se atienden niños con labio leporino y paladar hendido, pie

equinovaro, luxación congénita de cadera, enfermedad de Pott... Otro programa clave es el de consulta externa de asma. El año anterior se atendieron 1.037 pacientes. Hubo un aumento cercano al 100%, tanto en la consulta como en la asistencia a los programas preventivos. Vale la pena destacar los exámenes y tratamientos especiales que han sido posibles gracias al patrocinio de diferentes instituciones. 33 cirugías, por ejemplo, se llevaron a cabo gracias al Hospital San Vicente de Paúl, el Plan Triángulo, el Patronato de María Auxiliadora, la Fundación Sofía Pérez de Soto y algunas ARS.

DE PRIMER ORDEN

El 50% de los niños Llegan a la Clínica por desnutrición. Su tratamiento es exigente, lento. En 1.998 egresaron 58 niños por desnutrición no asociada a otras patologías y 75 por desnutrición secundaria. Cuando el niño se recupera ingresa al Programa de Recuperación Nutricional Ambulatoria-Programa de Crecimiento y Desarrollo, que les permite mantener un buen estado de salud. Como parte de este trabajo existe un proyecto, hasta ahora aplazado, para suministrar un complemento alimentario a niños menores de 5 años y a las madres gestantes y lactantes hasta los tres meses. Denominado Vitaleche, Santa Ana, es una mezcla creada con el impulso de profe-

sionales externos y de la propia Clínica. Sería importante que esta propuesta, de aporte incuestionable, tuviera la posibilidad de salir adelante. La familia toda recibiría beneficios. Y es que el problema de desnutrición compromete directamente a los padres. Por esto se les involucra en un tratamiento integral. En investigación realizada por la directora de la Clínica, la trabajadora social Mercedes Echavarría de Rojas; la psicóloga Margarita Meza y María Eugenia Restrepo, también trabajadora social, se concluyó que la desnutrición severa, no sólo es consecuencia de la pobreza sino también, muy frecuentemente, de la existencia de una madre rechazante del hijo o indiferente hacia él. Es así como en la Clínica se desarrollan diferentes programas para promover una mejor atención física y afectiva de los padres hacia sus hijos.

Además se les capacita en pequeños oficios que mejoran sus posibilidades laborales. De forma que la Clínica es también un centro de formación, que, está comprometido con mejores opciones de vida. Incluso se ofrecen auxilios de alimentos. Algunos supermercados regalan pequeños mercados.

EXPECTATIVAS

La financiación es una necesidad que ha terminado por crear opciones muy efectivas. Es el caso del almacén, que con sus ventas de



segundas, genera recursos importantes para la Clínica. Todas las personas pueden colaborar donando ropa, artículos, muebles... También se ofrece servicio de confección y reparaciones de vestuario. Un comentario importante en relación con el tema financiero: «El pasado año ha sido muy difícil por cuanto las esperanzas de lograr recursos a través de los pacientes sisbenizados no se han podido materializar sino mínimamente. Se hizo un contrato a finales del año con el Servicio Seccional de Salud por \$15 millones para atención de los niños de fuera de Medellín, con el ICBF por \$ 40 millones para atención de los niños enfermos a su cuidado. Con SUSALUD se continuó el contrato para la atención de niños con asma y enfermedades respiratorias. Con las EPS ha sido difícil la contratación para la hospitalización, por cuanto la desnutrición no está incluida entre las enfermedades que cubre el SISBEN, razón por la cual tampoco se puede obtener pago de las ARS por estos pacientes. METROSALUD, con la que se había celebrado contrato en 1.997, se convirtió en Institución Prestadora de Salud por lo cual ya no contrata servicios...» Esto sin mencionar la problemática de Finsocial.

UNAS PALABRAS

«Les propongo entonces, con la gravedad de las palabras finales de la vida, que nos abracemos en un compromiso: Salgamos a los espacios abiertos, arriesguémonos por el otro, esperemos, con quien extiende sus brazos, que una nueva ola de la historia nos levante. Quizá ya lo está haciendo, de un modo silencioso y subterráneo, como los brotes que laten bajo las tierras del invierno.

Algo por lo que vale la pena sufrir y morir, una comunión de hombres, aquel pacto entre derrotados...En tiempos oscuros nos ayudan quienes han sabido andar la noche. Lean las cartas que Miguel Hernández envió desde la cárcel donde finalmente encontró la muerte:

“Volveremos a brindar por todo lo que se pierde y se encuentra: la libertad, las cadenas, la alegría y ese cariño oculto que nos arrastra a buscarnos a través de toda la tierra.”

E. Sábato”.
(*)Gaudí

CEREBRO, OBJETO COMPLEJO

Con sus miles de millones de células, el cerebro humano es el objeto más complejo del universo, infinitamente más complicado que cualquier máquina jamás inventada. Los cien mil millones de neuronas del cerebro, su red de comunicaciones, envían y reciben señales electroquímicas en milésimas de segundo desde puntos de conexión denominados sinapsis. El cerebro es también la parte más difícil del cuerpo humano.

EL PULSO

12

Devolver una sonrisa

Por Efraín Álvarez Martínez, Rodrigo Felipe Naranjo, Francisco Duque, Servicio Cirugía Maxilofacial, Hospital Universitario San Vicente de Paúl; Mónica Tamayo y Carolina Arias, laboratoristas dentales,

Dentro de los procedimientos quirúrgicos que se realizan en el área maxilofacial, algunos de los cuales tienen como finalidad eliminar patologías o tumores benignos y malignos que puedan ocasionar la muerte de los pacientes, van a dejar como secuelas de las cirugías deformidades o alteraciones estéticas, funcionales y sociales en estas personas. También podemos encontrar este tipo de problemas en personas que han sufrido un trauma o nacieron con ese defecto.

Estas secuelas o defectos maxilofaciales algunas veces imposibles de restaurar mediante los procedimientos de cirugía reconstructiva, hacen que los pacientes que los padecen tengan una calidad de vida muy desmejorada, ya que al haber perdido órganos y estructuras vitales, como un globo ocular, una oreja o nariz, así como parte de los tejidos orales principalmente dientes y huesos maxilares, los dejan limi-

tados física, funcional y con mutilaciones desagradables a la vista.

Queremos mostrar un trabajo que se realiza con base en un equipo multidisciplinario el cual se desarrolla principalmente en la Unidad de Cirugía Maxilofacial y Estomatología del Hospital Universitario San Vicente de Paúl y la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia.

Lo hace por medio de la elaboración de elementos protésicos maxilofaciales o somatoprótesis que van a cubrir los defectos o reemplazar estructuras perdidas y así devolver la funcionalidad, la estética y la autoestima de los pacientes con estas lesiones. Debido a lo complejo que resultan los problemas maxilofaciales, hoy se reúnen varias especialidades lideradas por nuestro servicio y con el apoyo de oncólogos de cabeza y cuello, otorrinos, cirujanos plásticos, radioterapeutas, odontólogos generales y laboratoristas dentales.

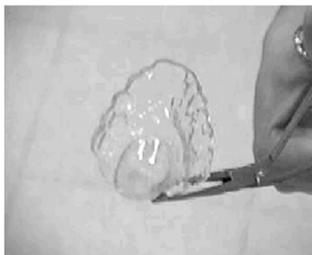
Muchos de los pacientes que hemos tratado en forma conjunta, tanto desde la etapa prequirúrgica, intra y postquirúrgica, en donde se les ha elaborado prótesis o férulas para los defectos resultantes de la cirugía, han mostrado una gran aceptación y adaptación, ya que se les elimina el trauma de su



Maxilar con tumor



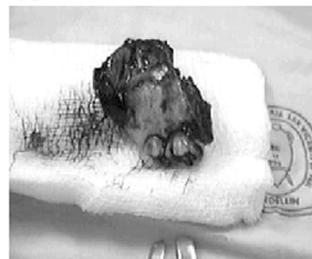
Cirugía



Férula



Férula en boca



Tumor retirado

mutilación y que en algunos casos ésta les deja imposibilidad para hablar, alimentarse adecuadamente y ser aceptado o visto en forma agradable por la sociedad.

UN ARTE

La Prostodoncia Maxilofacial o también llamada Somatoprótesis, comprende la restauración de la estructura intrabucal o extrabucal con recursos artificiales. La elaboración de prótesis faciales se remonta a épocas antiquísimas, ya que se han encontrado fósiles de momias egipcias con narices y orejas artificiales. También las prótesis oculares eran elaboradas con réplicas en piedra y mosaico.

Lo primero que hay que hacer en un paciente que va a ser sometido a la recesión de cualquiera de sus partes extra o intraorales, es una planeación de su postoperatorio en el cual se deben incluir modelos y diseño de la posible cirugía, prótesis provisionales o también llamados obturadores temporales y la factibilidad de la recuperación protésica definitiva.

Es de gran importancia ofrecerles a los pacientes por parte del profesional tratante empatía hacia él y el manejo de su problema, una orientación psicológica que además involucre la familia para aceptar los tratamientos.

Las Somatoprótesis en nuestro medio las podemos usar como apoyo a la cirugía, vehículo para la radioterapia, protección para la radiación, estimulante neuromuscular de las estructuras orales, facilitador dentro de los procedimientos quirúrgicos y en la recuperación del postoperatorio inmediato de los pacientes. El laboratorista dental, orientado por el cirujano maxilofacial o estomatólogo cumple un papel importante, ya que es la persona encargada de la elaboración de prótesis totales, parciales, faciales o maxilofaciales y de aparatos ortopédicos, ortodónticos y restauradores definitivos, logrando corregir las lesiones óseas, dentarias y estéticas, devolviendo la función y el desarrollo psíquico-normal de los pacientes que presentan lesiones maxilofaciales.

Existen férulas de ayuda en tratamientos como son en las fracturas maxilofaciales. El diseño busca restablecer y mantener en posición los segmentos óseos desplazados y se ayuda con la correcta ubicación de la oclusión del paciente. Se pueden fijar intra, inter y dentalmente a los remanentes de tejidos existentes. Son temporales hasta el período de cicatrización y estabilización ósea donde posteriormente se hace la reconstrucción definitiva.

TERMINOLOGIA

Prótesis Maxilofaciales: Elementos plásticos que se usan para reemplazar zonas, órganos o defectos del macizo facial, dan un aspecto en su mejora estética y funcional en los pacientes. Deben reunir algunos requisitos mínimos: cómodas, no tóxicas, no alérgicas, estéticas, translúcidas, fáciles de limpiar, flexibles y naturales al tacto, mantener detalles finos durante largo tiempo, poder retenerse mecánicamente o adherirse con una fina línea marginal de contacto y fáciles de duplicar.

■ **PRÓTESIS OCULAR:** Se utiliza para el reemplazo de la pérdida del globo ocular y conservación de los tejidos adyacentes. Puede ser comercial, individual o individual liviana.

■ **PRÓTESIS ORBITAL:** Se caracteriza por la pérdida del globo ocular y sus tejidos adyacentes (párpados, cejas), seno maxilar, apéndice nasal, u otros. Los límites de las prótesis orbitales se confeccionan lo más estético posibles, la utilización de cejas y pestañas en los casos que lo requieren da naturalidad; este tipo de prótesis no tiene movilidad, factor desfavorable en la rehabilitación.

■ **PRÓTESIS NASAL:** Se caracterizan por la pérdida parcial o total del apéndice nasal. Se debe tener en cuenta la conservación de los huesos nasales en su porción superior, ya que sirven como apoyo a la prótesis y evitan que se haga presión de la región orbital.

■ **PRÓTESIS AURICULAR:** Se realiza en los casos en los que existe una ausencia parcial o total del pabellón auricular. «La oreja protésica debe asentarse en toda la superficie de soporte; pero en aquellos casos en que exista el conducto auditivo externo, se introducirá dentro del mismo siguiendo sus paredes y en forma de tubo para no entorpecer la audición, siempre y cuando esta exista». Actual-

mente es una de las prótesis en donde se está implementando con buenos resultados la fijación de implantes de óseointegración.

■ **PRÓTESIS MAXILAR:** La pérdida ósea da como resultado la comunicación anormal de la cavidad oral con las cavidades vecinas, ocasionando al paciente incapacidad para masticar, fonación alterada y deglución, paso de moco y otras secreciones en las cavidades nasales, del seno maxilar a la boca.

Caracteriza a éstos pacientes intraoralmente: pérdida del reborde alveolar (habitualmente un hemimaxilar) y los dientes relacionados con éste, limitación de la apertura bucal. Externamente: desviación de la comisura labial, hundimiento de la hemicara y bolsa palpebral del lado afectado.

■ **PRÓTESIS OBTURADORAS QUIRÚRGICAS INTERMEDIAS:** Es eficaz para proveer un paladar artificial que separe las cavidades bucal y nasal. En consecuencia, el paciente puede ingerir vía oral sus alimentos, eliminando la necesidad de los tubos nasogástricos. Se restaura de inmediato la fonación normal y la actitud moral y psicológica del enfermo mejora cuando percibe que la experiencia quirúrgica no causa un impedimento permanente.

■ **OBTURADOR POSQUIRÚRGICO DEFINITIVO:** Es el elemento protésico que va a restaurar la salud óptima de los tejidos perdidos (dientes, hueso de soporte, mucosa).

La prótesis definitiva cumple las siguientes funciones: ventajas psicológicas; normaliza la posición de la lengua durante el acto de deglución y succión; como techo de la cavidad oral devuelve la capacidad fonética; sirve de barrera entre las cavidades nasal y oral; previene infecciones y lesiones; impide el paso del flujo nasal a la cavidad oral; disminuye la estancia hospitalaria; ayuda a una alimentación oral más rápida, evitando la colocación de sondas de alimentación nasogástricas.

■ **PRÓTESIS MANDIBULAR:** Es la que restaura la función del tejido mandibular eliminado. Se constituye de pronóstico desfavorable. La presencia de la lengua, la existencia de la saliva, la precaria retención de la apófisis alveolar y por ser la que efectúa los movimientos mandibulares, facilitan este resultado.

El tipo de lesión puede presentarse total o parcialmente. La pérdida total se caracteriza por la ausencia de hueso y piezas remanentes, encontrándose limitación de la apertura bucal, denominándose mandibulectomía. Se conoce como hemimandibulectomía, también a la pérdida de hueso y dientes remanentes de la hemi-arcada, desviación de la mandíbula hacia el lado afectado y pérdida de sustancia. El resultado satisfactorio de ésta rehabilitación depende de la existencia de la porción anterior de la mandíbula, dientes, relaciones alveolares, y experiencia protésica anterior. Desde el punto de vista estético las alteraciones más comunes son: aplasia de los tejidos; Pérdida del ángulo mandibular; desorientación de la línea media y el mentón; deslizamiento de la comisura; falta de contorno facial y deformidad estética; pérdida de contención en los fragmentos óseos remanentes que producen colapso del arco por tracción muscular y de tejidos blandos.

CONCLUSIONES

Hemos comprobado que un trabajo en equipo inter y multidisciplinario se puede realizar, y ofrece grandes beneficios a los pacientes que así lo demandan.

Al ser parte de un Hospital de tercer nivel de atención, se han realizado interesantes aportes a otros servicios como son los de otorrino, oncología de cabeza y cuello y radioterapia, con los cuales se trabaja en forma muy positiva al manejo interdisciplinario de los pacientes.

Comprobamos que con estos elementos de ayuda intraoperatoria, se disminuían ostensiblemente la estancia intrahospitalaria, los gastos que estos generaban, el confort y aceptación más positiva de los pacientes a los tratamientos mutilantes, y a una inmejorable gratificación y aceptación social debido al aspecto que de esto resultaba.

Esto y algunas cosas más, nos obligan a ser cada día mejores en la aplicación de estas técnicas de rehabilitación, capacitarnos para aceptar los cambios tecnológicos que se vienen sucediendo en el área, como son los casos de rehabilitación con las técnicas o usos de los implantes de óseointegración en la adaptación y sostenimiento de las prótesis. Además, mantener las integraciones de los diferentes equipos de trabajo y personal que para todo esto es necesario, con el fin de obtener nuevamente la sonrisa que se les quita a los pacientes que por una u otra causa la pierden.

Finalmente, hay que destacar el valioso aporte de los servicios de radioterapia, otorrino del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Unidad de Cirugía Maxilofacial y Estomatología, residentes del postgrado de estos servicios, las laboratoristas dentales, estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia y principalmente a los pacientes que han sido nuestra mejor enseñanza y responsabilidad para su rehabilitación.

aviso fresenius

AL PESIMISMO, ACTITUDES DIFERENTES

Los expertos dicen que el pesimismo es un hábito que se puede cambiar promoviendo actitudes positivas. Para ellos, el optimismo es la energía que lo impulsa a uno a hacer cosas, ayuda a dinamizar la vida y a ver lo adverso desde otro punto de vista. Entre las actitudes positivas que recomiendan están la de tener metas, valorar la salud, fortalecer el buen humor, hablar con gente positiva, aceptar que la situación económica ha cambiado y hacer un inventario interno echando mano de esas actitudes que uno posee y que no había sacado a relucir porque no las necesitaba.

EL PULSO

13



Cultural

Su obra incluye tres novelas: «La estatua del soldadito de plomo», «Que viva la música» y «Noche sin fortuna»; seis obras de teatro, alrededor de sesenta cuentos, guiones de películas y numerosos artículos sobre crítica de cine, publicados algunos en los Dominicales de Occidente de Cali y El Espectador de Bogotá. Sus cuentos más conocidos son los que él denominó «Calicalabo».

Por **Sophía Gómez Uribe**

Este escritor, precoz en su producción y en su muerte, pues se suicidó a los veinticinco años, comenzó a publicar en 1969, cuando escribió siete versiones de «Los dientes de Caperucita» cuento ganador del segundo premio del Concurso Latinoamericano de la Revista Imagen, de Caracas y continuó escribiendo incansable y febrilmente hasta su muerte, el 4 de marzo de 1977. Andrés Caicedo vivió a Cali y escribió sobre ella de manera casi obsesiva; podría decirse que vivió para ser su testigo y escribió como si quisiera imprimir a su escritura, la misma velocidad de su corta vida. Parece que su narratorio fuera el mismo; largos monólogos obligan al lector a fundirse con «su ciudad» para poder comprenderlos. La primera impresión, es la de un autor atormentado con la escritura, en afanosa presión por contar sus historias de esa ciudad que existía en su imaginación a veces monológica. La Cali de Caicedo es urbana, cómplice y destructora, observada desde la perspectiva de un adolescente atormentado y febril. Por su narrativa desfilan todos los personajes de una metrópoli; el homosexual que sólo vive en las noches, el joven intelectual tímido e incomprendido que no encuentra con quien hablar de las películas; la joven rechazada en una fiesta burguesa porque es demasiado obvia su apariencia arribista; los jóvenes de la generación de los sesenta, que protestaban contra todo, aún contra ellos mismos; las galladas de muchachos que jugaban ingenuamente a la maldad como en una ciudad brava como el nombre de sus «tropas»;

LOS PERSONAJES DE LOS CUENTOS EN «CALICALABO».

«Infección». (1966) se inicia con un supuesto epígrafe que parodia las palabras de Jesucristo: Bienaventurados los imbéciles porque de ellos es el reino de la tierra «(YO)», epígrafe que introduce el tono contestatario que tiene toda la narración. El narrador ejecuta un monólogo en 15 párrafos sobre su confusión de adolescente entre el amor y el odio. Se cuestiona todo, a todos y a sí mismo. Es la perspectiva de un adolescente que vive en Cali en la década de los sesenta, que ha experimentado todo; el primer amor, las drogas, la parafernalia de la sociedad donde vive, su familia, el colegio y que sólo tiene ante ese mundo que lo rodea y que encontró prefabricado, una pregunta: «¿Me entienden?».

En «por eso yo regreso a mi ciudad (1969) el narrador mira al mundo desde una ventana. Recuerda el afuera y los límites que él mismo se ha impuesto y que se circunscriben a ese marco; una y mil veces ha tratado de definir el exterior. El tiempo transcurre y lo único que continúa inmodificable es ese observador y esa ventana. Su medida del tiempo la da el crecimiento de las hojas de hiedra que, lentamente, va cerrando el campo visual exterior. En seis párrafos, logra condensar las vivencias del tiempo y la cortedad de la perspectiva del mundo desde la óptica individual. Según él, es tan corta que da lo mismo mirarla desde una ventana que desde un «afuera» inmenso, pues la visión no está en la longitud del campo visual, sino en quien observa.

«Vacio» (1969).La vida y el amor transcurren en Cali, más concretamente en sus calles, espacio donde los pensamientos y los recuerdos tienen cabida. Las casas son el lugar de los hechos y las calles el de la meditación y el recuerdo. Es observar el transcurrir del tiempo en la forma como se va llenando la luna, mientras recuerda a Angelita, el primer amor. (personaje recurrente en Caicedo como el objeto de amor).

«Besacalles» (1969) Un narrador (aparentemente femenino), cuenta su historia desde el hoy de la narración volviendo atrás hasta su infancia, cuando llegó a Cali a los once años; a los diecisiete muere su padre y su hermano monta un negocio de verduras donde trabaja con su madre. Es un

homosexual marcado por una sociedad que no le permite ser auténtico sino en las noches y en las calles. Su entrenamiento sexual lo hizo como miembro de una «gallada», donde aprendió el oficio de «besacalles» y a defenderse de la ciudad. Es el único narrador «femenino» de Caicedo, y podría decirse que el único no autobiográfico. Su técnica es sugerente y ambigua, pues transcurre casi la mitad de la narración antes que el lector descubra que el narrador no es un «ella» sino un homosexual.

«De arriba abajo de izquierda derecha» (1969 habla a un «tu» imaginario, sobre la aventura de Mauricio y Miriam.; un estudiante del San Juan Berchmans que con su novia, por las calles de Cali durante una larga noche en busca de un lugar donde hacer el amor. El recorrido tiene como centro la orilla del río Cali, la narración va espacialmente de norte a sur y de este a oeste de la ciudad, o lo que es lo mismo: de arriba abajo y de izquierda a derecha.

Al igual que el recorrido de los personajes, el relato recorre la historia de la pareja: están en el río donde se cuenta lo que ocurrió al comienzo de la noche, luego la primera parada en casa de los amigos de Miriam, de ahí los echan y van a la calle; la narración se devuelve a la casa de los amigos de Miriam, luego al río, luego a la calle, a la casa de Miriam y finalmente de nuevo a la calle. El desenlace es irónico y amargo como la narrativa de Caicedo. El héroe termina sin dinero, sin ropas y sin su heroína.

Ricardo Gonzalez, «El espectador» (1969) es un adolescente que asiste todos los días al cine a ver «ya eres un hombre» de Ford Coppola, como si esa fuera la única razón de su existencia. Ricardo es el «Espectador» con mayúscula, que aprecia el cine pero que además es espectador de las reacciones del público a quien diferencia según los días: los de sábado son alegres y jóvenes parejas de novios; los de domingo, gente que va al cine sin alegría por la proximidad del lunes; los de entresemana que son muy pocos, unos seres aburridos.

En Ricardo, a medida que avanzaba su afición por el mundo de las películas, aumentaba su grado de incomunicación con el mundo real. Finalmente sigue a su interlocutor ideal por las calles de Cali, ensayando interiormente mil veces la frase que dirá para entablar la conversación; pero el otro, un ser aprehensivo de ciudad, malinterpreta su seguimiento y lo hace golpear brutalmente.

Los personajes de «felices amistades» (1969) son una pareja de trabajo; él se encarga de la logística y ella de los asesinatos. Matar es algo que se hace por encargo, como algo tan simple como ir a la tienda a comprar cigarrillos. Los asesinos se vuelven amigos de los parientes de las víctimas pues matar, más que asesinar es ejecutar una acción. Lo grotesco relatado como trivial y cotidiano, conserva la ironía de los cuentos de Caicedo, Lulita ¿que no quiere abrir la puerta? (1969) se estructura alrededor de una frase recurrente con ligeras variaciones:

«...aún no he preguntado si sus papás están en el segundo piso».

«...a lo mejor no están sus papás».

«Estarán sus papás?»

«lo primero que haga será preguntarle por sus papás».

«...aún no he preguntado si sus papás están en el segundo piso».

«...como no se me dio la gana preguntar si su papá y su mamá estaban en el segundo piso».

El tiempo del relato tiende al infinito, mientras que el de la historia es mínimo, lo cual unido al recurso de la frase repetitiva así como las repetidas alusiones al perro que suena en el oído, crean la sensación de pesadilla que se confirma al final de la narración: «Es mi mamá que habla. Que me dice que me despierta, que ya es tarde, que el colegio».

En «Las garras del crimen» (1975) el cuento está precedido de un epígrafe de una canción de los Rolling Stones: «Acaba con mis fuerzas/húndeme de frente /abandóname en la criminalidad...». Mar-

co Capurro es licenciado en literatura y escritor que escribe una novela pero también por encargo y novela y encargo se entrecruzan en la historia hasta confundirse, y el narrador termina preguntándose:... «¿De qué sirve entonces la literatura?». En «Patricia linda» (1971) hay de nuevo alusiones al colegio San Juan Berchmans, a los sitios comunes de Cali, a Angelita y a Miguel Ángel. A manera de «Collage» mezcla temas, tiempos y personajes en un monólogo deshilvanado como...» un cucarrón metido dentro del pecho que salta de un tema a otro y vuelve sobre ellos. Corazón y cerebro son recintos corporales de los sentimientos y las ideas y el narrador se cuestiona cuál de los dos es peor, para terminar resolviendo de manera irónica: ...»Yo en lugar de que se me coman el corazón prefiero que se me coman el cerebro...». «calibalismo» (1971) es una crónica con temática macabra: el canibalismo. María, una adolescente de cara sucia que se para en la puerta del cine buscando quien le regale la boleta para entrar, es un ser que se alquila por una entrada a cine y mantiene su cara sucia para que no le peguen y le den limosna. El espacio es Cali, sus calles, sus cines y su miseria que produce personajes como María, lo cual es tan deplorable como los supuestos actos de canibalismo que se narran al comienzo.

En «Los dientes de caperucita» (1969) y en 720 líneas, vuelve a aparecer la ciudad de Cali como el gran espacio de la narración y ésta, más que una historia narrada, es un conjunto de recuerdos que van dibujando un cuadro psicológico del narrador, sus dudas, sus interrogantes, su manera de crecer, las experiencias con la marihuana. La narración sin pausas produce la sensación de alucinación y como en Caperucita, la ciudad abre sus fauces para «tragarse a sus habitantes».

«Maternidad»2 (1974).Los adolescentes una vez que abandonan el círculo protector que es el colegio, se enfrentan al «afuera» que los destruye hasta llevarlos a la muerte o a la destrucción de otros. Una a una se narran las muertes de los miembros del grupo marcado por el número cabalístico «siete», que al final no son siete, pero la narración deja la sensación de que sí lo son, como en un cuento de Agatha Christie. La historia principal es la relación entre el narrador y Patricia Simón, marcada por la neurosis, la droga, la inconsciencia y el deseo de trascendencia. Es una historia absurda desde el punto de vista del adulto, pero es un retrato de una generación problematizada por la droga y la búsqueda de la autoestima. Los personajes se convierten en un colectivo de una época - los años sesenta-, en una ciudad pequeña y en proceso de rápido crecimiento, donde los medios de comunicación transmiten pautas culturales y problemas de una generación foránea que sufría el síndrome de la guerra del Viet-Nam. Esta juventud local, tomó de ellos la angustia y la droga como algo suyo, para al final, cuando todo parecía destruido, queda una esperanza, como dice el narrador: ...»espero con mi hijo una mejor época».

«Los mensajeros» 1969) Un narrador femenino a la espera del esplendor perdido en una Cali que fue centro de producción cinematográfica. Lalita Dos Ríos, la narradora, no es otra que la misma Cali que vivió ilusionada una época de esplendor y que espera el regreso de los mensajeros, pero sólo regresa uno y ella dice: «te has equivocado hermano, de nada ha servido tu regreso porque ni ellos han vuelto ni la ciudad ha cambiado». Lalita, es la ciudad cinematográfica que el autor soñó ver algún día, pero que además fue capaz de visualizar después del esplendor soñado y ahora ve vacía y expectante. Más que un cuento, parece una visión irónica futurista de una ciudad utilizada y abandonada por «capitales golondrina» que crean desarrollos momentáneos.

En «Destinitos fatales» (1971) un narrador cuenta la historia de tres personajes oscuros de la ciudad: un empleado público víctima del canibalismo en un bus: un «hombrecito» que emprende la «titánica» tarea de hacer cine-club alrededor de películas de vampiros y un «otro que carga un libro de cinco kilos de peso para que le sirva de lastre a sus ilusiones.

El narrador de Caicedo, salvo raras excepciones, es un personaje que toma la palabra, bien para contar sus propias historias, sus pesadillas, sus fantasías o simplemente pensar escribiendo. Es tan obvio este narrador que no es aventurado decir que su obra es autobiográfica y relata sus experiencias, sentimientos y pensamientos desde su óptica y visión del mundo. Caicedo fue un joven dotado de inteligencia notable, con gran sensibilidad y capacidad de observación que le permitieron ser testigo de su generación y dejar como legado, aun sin quererlo, el testimonio de su generación

2 Este cuento y «tropa Brava» son los que más divulgación han tenido en varias Antologías. Desde el punto de vista de la estructura son sus cuentos más complejos y guardan cierta similitud tanto en la construcción como en el tema. El narrador relata las trágicas historias de sus compañeros de pandilla, o en sus propias palabras:«...una serie de muertes sin ningún, sentido».

MAS ENTIDADES SE DESCENTRALIZARON

En lo que va corrido de la presente administración, el Ministerio de Salud ha certificado la descentralización de los departamentos de Bolívar, Cauca y Quindío, y brindado apoyo para que 67 nuevos municipios alcancen su autonomía territorial en el manejo de los recursos de salud, con lo cual Colombia completa hoy 434 entidades territoriales que gozan de esta competencia.

La meta para 1999 es alcanzar la descentralización de 20 nuevos entes territoriales, de los cuales 6 serán departamentos. Paralelo al impulso en estos procesos, el Ministerio de Salud brinda asistencia técnica a los municipios ya descentralizados para una correcta implementación y consolidación del proceso a nivel territorial.

EL PULSO

14



Panorama de la ocupación hospitalaria



Niveles de ocupación que dejan miles de interrogantes

Por Doris Orrego, periodista

Las cifras entregadas por el Grupo de Estadística de la Dirección de Epidemiología del Departamento, reflejan una disminución generalizada en los últimos tres años del número de camas «inventariadas» en el registro de hospitalización, inversamente proporcional al porcentaje ocupacional. Dichos datos, según los mismos funcionarios de la dependencia de la Dirección Seccional de Salud, distan un poco de la realidad, puesto que en inspecciones oculares a algunos hospitales de municipios apartados se observa un mayor número de camas a las reportadas.

El caso más notorio exceptuando a Medellín, se presenta en el Valle de Aburrá, donde con sólo nueve municipios (Barbosa, Bello, Caldas, Copacabana, Envigado Girardota, Itagüí, La Estrella y Sabaneta) se registra una disminución de 287 camas entre 1995 y 1998, pasando de 80 por ciento al 82.3 por ciento en la ocupación.

También se destaca una disminución de 74 camas en el Oriente del Departamento, que abarca 22 municipios, donde el porcentaje de ocupación pasó de 56.5 a 71.2 durante el mismo período.

La única zona que aumentó el número de camas durante esos tres años fue el Norte antioqueño, donde en 1995 fueron contabilizadas 88 camas con un porcentaje ocupacional del 54.3, y en 1998 las camas estadísticas fueron 98 con un porcentaje ocupacional del 61.3 por

ciento. Esta región comprende los municipios de Yarumal, Angostura, Belmira, Briceño, Campamento, Carolina, Donmatías, Entreríos, Gómez Plata, Guadalupe, Ituango, San Andrés de Cuquería, San Pedro de los Milagros, Santa Rosa de Osos, Toledo y Valdivia.

Tal situación puede obedecer al subsidio a la demanda planteado en el actual sistema de seguridad social en salud, donde las instituciones prestadoras de servicios se convierten en responsables directas de su presupuesto, y se elimina el sistema paternalista del Estado.

(El cuadro anexo muestra la variación en el número de camas, porcentaje ocupacional, y egresos presentada en las distintas zonas del Departamento, incluyendo el sector privado)

PARA AUMENTAR LA PRODUCTIVIDAD

Las normas de salud establecen que los hospitales deben tener una ocupación promedio del ochenta por ciento, puesto que si es mayor, la institución se encuentra en vía de saturación y por lo tanto no está preparada para una emergencia; pero si el porcentaje es exageradamente menor, significa que está subutilizando recursos.

En este sentido el departamento de Antioquia tuvo una notoria mejoría en los últimos tres años, puesto que gran parte de las zonas registraron a principios de 1999 un porcentaje ocupacional promedio entre 72 y 82 por ciento. Los «lunares negros» siguen siendo el Nordeste y el Norte, regiones con bajo número de municipios, y por ende de habitantes.

De acuerdo con un análisis hecho

por el Secretario de Salud de Medellín, Luis Carlos Ochoa Ochoa, «no es que haya disminuido la demanda de camas, sino que se han acortado los promedios de estancia hospitalaria, al tiempo que se está haciendo una mejor utilización de los recursos disponibles». Esto se puede comprobar con los datos sobre egresos.

Enfatiza Ochoa Ochoa, que el cierre de camas y el aumento de porcentaje ocupacional y egresos, representa una mayor productividad de las instituciones, con un mejor tratamiento ambulatorio y una rotación de camas, pacientes y personal, lo cual no conlleva necesariamente a un recorte, sino más bien a una reubicación de los trabajadores de la salud.

Precisa el funcionario, que para el caso de Medellín el número de camas ha venido aumentando muy lentamente, debido a la parálisis de la construcción, que afecta las obras de ampliación y adecuación tanto en clínicas y hospitales públicos como privados; salvo el Hospital General de Medellín, que va a tener un incremento significativo en la atención de segundo nivel.

La situación del presente año merece un análisis aparte, no sólo porque las instituciones de salud se están acoplando a un nuevo sistema de presentación de informes estadísticos, lo cual no les ha permitido presentar los datos completos en forma oportuna; sino también por algunos fenómenos sociales generados en la actual crisis económica, como son los despidos masivos, paros de los trabajadores de la salud y varios brotes de violencia.

“Impacto de la ley 100 en la educación médica”

Por Javier Antonio Gutiérrez Rodas. M.D., Coordinador Académico de Cuarto Año de Medicina, Instituto de Ciencias de la Salud -CES-

El Sistema de Seguridad Social de nuestro país, es sólo eso, «un sistema». La tradición política en Colombia ha creado en nuestras mentes un sentimiento de desconfianza hacia quienes rigen y formulan los reglamentos de convivencia de la sociedad. No podemos desconocer que el pasado constituye las bases y cimientos de la plataforma en la cual nos movemos hacia el futuro, y que dentro de ese pasado se cometieron errores, se desataron luchas de nunca acabar entre partidos, ideales e intereses que enmascarados en la búsqueda de equidad y bienestar social sólo pretendían en el fondo el beneficio de un sector de la sociedad, que no necesariamente era el más afectado. También debemos tener claridad sobre el ineficiente y obsoleto sistema de seguridad social que tenía en sus manos agrietadas y enfermas la salud de los colombianos. Un sistema que tan solo brindaba privilegios a una minoría y que mantenía en el olvido a los sectores sociales más necesitados.

A pesar de tener presente el pasado en la elaboración de nuevos objetivos y proyectos, de tratar constantemente de no cometer los mismos errores y de no desvirtuar los aciertos de quienes lucharon incansablemente por el bienestar de nuestra sociedad, el pasado es sólo eso «pasado». No podemos seguir lamentándonos y realizando críticas poco constructivas a nuestro sistema, no me considero defensor ni oponente de él, sólo hago parte de éste.

Debemos ser conscientes de esta realidad, debemos ubicarnos, relacionarnos, actuar, concertar, proponer y ejecutar dentro de él, cada uno a su manera, cada quien desde su visión y perspectiva. No añoremos más «los tiempos pasados fueron mejores», porque en realidad no lo eran.

Para ello debemos ante todo conocerlo, enseñarlo a nuestros estudiantes, motivarlos a entender su filosofía y esencia. En nuestras manos está el uso que los futuros profesionales de la salud hagan de las leyes y los reglamentos que estructuran el sistema de salud colombiano. De la guía y orientación que obtengan de la universidad dependerá la perpetuación de fracasos o el encuentro de soluciones para dar vida a un sistema golpeado por todos los sectores de la sociedad. El Sistema de Salud y la Seguridad Social están condenados al fracaso y Colombia nunca podrá gozar de buena salud, mientras los futuros médicos continúen escuchando de nuestras bocas los insultos y agravios que a diario empleamos para referirnos a ellos, mientras continuemos quejándonos por la minucia operativa y el sin fin de supuestos errores que se cometieron al formular la ley. Continuaremos en un sistema de poca fluidez, que avanza a golpes en medio de la lucha por intereses diferentes, si no nos hacemos conscientes de que para nuestros estudiantes la «Ley 100» y el nuevo régimen de seguridad social en salud no es una reforma, es simplemente el sistema de salud en el

que se tendrán que desempeñar posteriormente como profesionales. Los gruesos salarios médicos, la medicina privada, el monopolio del seguro social, la caridad al interior de las instituciones de salud y los subsidios, son sólo historia para ellos y bien aburrída. Nuestro reto como docentes es entonces convertir los problemas que actualmente existen, y que son identificados a diario por nuestros estudiantes en los campos de práctica, en desafíos que generen dentro de sus mentes inquietas, posibles soluciones que permitan mejorar los ambientes en que desempeñarán sus labores como profesionales de la salud.

Las instituciones educativas en salud y los docentes de medicina, debemos entonces plantearnos con base en todos aquellos aspectos que afectan el desarrollo de las actividades de enseñanza dentro del Sistema de Salud y el Régimen de Seguridad Social, qué cambios se deberán hacer en el interior de los sistemas educativos.

ES CLAVE...

Existen algunos puntos que considero claves en el análisis y evaluación de estos procesos dentro de las instituciones de educación en salud del país:

■ 1. Replantear algunas formas curriculares dentro de los programas de estudio referentes a esta área específica. Con ello se buscaría implementar nuevas metodologías de enseñanza que fortalezcan el interés de nuestros estudiantes en el estudio de esta materia. El replanteamiento curricular debe obedecer a la visión de todas las partes administrativas de la Universidad, Educación Médica, Investigación y Salud Pública, para de esta forma lograr una concepción global e integral de las necesidades de los futuros profesionales en su desempeño dentro del sistema.

■ 2. Respondiendo a las demandas de una comunidad en la cual se encuentra inmersa la Universidad, se deben valorar las orientaciones educativas de los estudiantes de pregrado y posgrado en lo referente a la enseñanza de la Salud Pública sobre la Clínica. Con esto se identificarían cuáles son realmente las necesidades y enseñanzas pertinentes para nuestros educandos en su futuro desenvolvimiento como profesionales de la salud.

■ 3. Dar mayor relevancia dentro de los procesos educativos de la Universidad a la articulación entre las áreas de la Salud Pública y las Ciencias Clínicas. Es necesario que se tengan claros por cada una de las partes, los conceptos que fundamentan la enseñanza de la medicina en cada área específica. Estos elementos contribuirían enormemente a la solución de gran parte de los problemas que afectan la educación y nuestra labor como docentes en medicina. La voluntad que se tenga por parte de las personas encargadas de asumir las decisiones sobre los procesos educativos que mejoren la conducta de los profesionales de la salud en el futuro, se convierte entonces en factor determinante sobre el impacto que podríamos generar en el Sistema actual de Salud y de Seguridad Social.

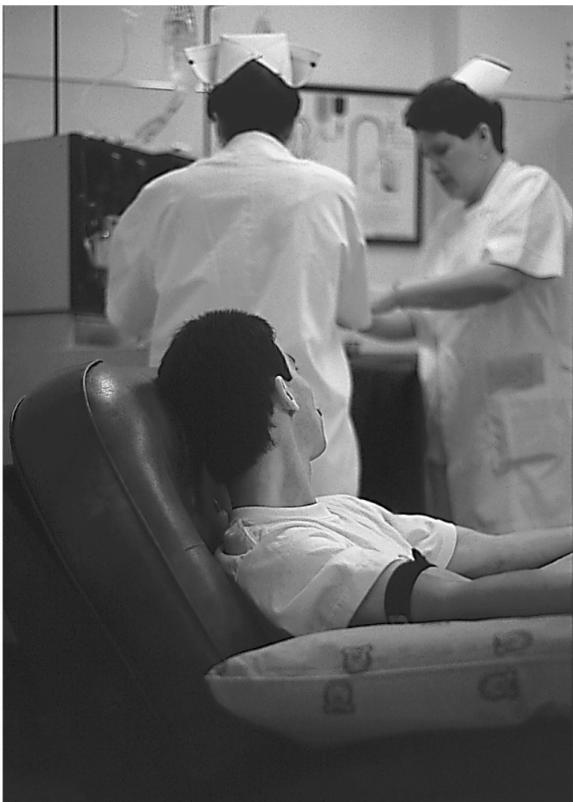
COMPARATIVO DE CAMAS Y OCUPACIÓN EN ANTIOQUIA SIN MEDELLIN

ZONA	Nº CAMAS		% OCUPACIONAL		EGRESOS	
	1995	1998	1995	1998	1995	1998
MAGDALENA M.	66	50	48.2	74.4.	4.329	6.495
BAJO CAUCA	91	76	69.1	78.8	8.085	12.645
URABÁ	296	245	56.0	72.9	17.369	24.601
NORDESTE	107	84	41.4	61.5	5.468	7.735
OCCIDENTE	69	60	57.9	75.3	6.065	8.769
NORTE	88	98	54.3	61.3	2.686	11.619
ORIENTE	411	337	56.5	71.2	23.911	31.958
SUROESTE	243	193	51.3	61.3	16.699	20.414
VALLE DE ABURRÁ	727	440	80.0	82.3	42.184	34.758
MEDELLÍN	2.859		77.4		181.030	

EL PULSO

15

INFARTO: ¿muerte natural?



En la actualidad, es del 70% y 20%, respectivamente. Sin embargo, un 84% no conoce sobre los triglicéridos.

COMPORTAMIENTO POR CIUDADES

Los habitantes de Pasto, Bucaramanga, Cartagena, Cali, Santa Marta, Manizales, Sincelejo, Barranquilla, Bogotá, Valledupar, Ibagué, Villavicencio y Tunja son los más propensos a sufrir un infarto, teniendo como base el sedentarismo.

Según el documento, entre el 50% y el 60% de los habitantes de estas ciudades son personas que no realizan ningún tipo de actividad física; alrededor de un 25% son obesos; 2%, es decir, seis millones son hipertensos, un 6% son diabéticos y un índice muy preocupante, el 50% consumen licor frecuentemente.

EL COLESTEROL

El colesterol es una sustancia fundamental para el desarrollo de las células

que es necesaria para el organismo, siempre y cuando no pase de 200 miligramos. Cuando es mayor a esta cifra, la cual es adquirida en la dieta llena de grasas, básicamente de productos animales, se va acumulando en las arterias hasta que las obstruye completamente. Esta obstrucción en cualquier momento puede ser causa de muerte.

El presidente de la liga colombiana contra la enfermedad coronaria sostuvo que «el primer síntoma que da la enfermedad coronaria o aterosclerosis coronaria (acumulación de grasas) es la muerte súbita, hecho que se presenta en el 50% de los casos.

Agregó el médico que desafortunadamente la acumulación de grasas es un proceso que se inicia casi desde el nacimiento y sus primeros síntomas se presentan después de los 30 años cuando esta placa ha ocluido entre el 60 ó 70% de la luz de la arteria. Razón por la cual es muy importante acudir a los chequeos preventivos anuales para conocer el riesgo individual de sufrir un infarto, pues una persona a la que se le detecten más de dos de los factores aquí mencionados tiene mayor posibilidad de infartar.

INFARTO: MUERTE NATURAL

En concepto de la liga colombiana contra la enfermedad coronaria en nuestro país después de la violencia, el infarto es la principal causa de muerte, seguida por el sida y el cáncer.

La creencia popular de que el infarto es un factor de muerte natural no permite que la gente se cuide y se prevenga. «La gente cree que le tocó morir pero cuando se muere una persona de 40 años por esta causa, ya se preocupa», afirmó.

El doctor Luis Moya explicó que en una mañana, por ejemplo, se están haciendo hasta ocho cateterismos cardíacos, de los cuales seis fueron a personas menores de 40 años.

Por los motivos anteriormente descritos, hay varias instituciones que anualmente realizan jornadas de prevención del infarto y la hipertensión arterial, como la Liga Colombiana contra la Enfermedad Coronaria, Laboratorios Bayer S.A., la Unión de Sociedades de Cardiología de América del Sur (USCAS), las sociedades científicas respectivas de cada país así como de la American Heart Association.

Por Rodolfo R. Llanos
Corresponsal de EL PULSO en Santafé
de Bogotá

El infarto es la primera causa mundial de muerte no sólo en el mundo sino en Colombia y es debido a pequeñas obstrucciones de las arterias coronarias, pues cualquier alteración en el flujo de sangre o en la luz de estas arterias produce una amenaza directa sobre una parte de este motor, el cual si se obstruye completamente y dependiendo del tamaño de su manifestación puede ser la muerte o si sobrevive conlleva a una incapacidad funcional muy importante.

Según un estudio realizado por la Liga Colombiana contra la Enfermedad Coronaria alrededor de 7 millones de personas están propensas a sufrir un infarto y un 21% de la población colombiana es hipertensa.

El presidente de la Liga, Doctor Luis Moya Gutierrez, señaló que la migración de la gente del campo a la ciudad, la pérdida de las buenas costumbres, como la vida tranquila y la falta de óptimos hábitos alimenticios son los causantes, entre otros, del aumento en la incidencia de un infarto.

El informe revela que los factores de riesgo para enfermedad coronaria son de dos tipos. El primero de ellos, la edad, el sexo y la herencia, los cuales son de carácter inmodificable. El segundo grupo, los modificables, lo componen la hipertensión arterial, el cigarrillo, el colesterol, los triglicéridos, la diabetes, el estrés, la obesidad y el sedentarismo.

Precisamente este último es el factor que más incidencia de un infarto representa, ya que más del 45% de la población lo padece. Le siguen el colesterol, 38%; los triglicéridos, 35% y con menos del 20% los fumadores, la hipertensión, la diabetes y la herencia.

El doctor Moya indicó que aunque las cifras siguen siendo preocupantes afortunadamente se han reducido, debido en parte a las campañas educativas que se hacen frecuentemente. Ejemplo de esto, es que en 1.992 la incidencia de fumadores en nuestro país era del 40 por ciento y hoy es del 18 por ciento.

También existía desconocimiento del colesterol, 90% y de la hipertensión arterial, 30%.

INSTITUTO COLOMBIANO

Carlos Bernardo Restrepo, vicepresidente de la ARP del ISS hizo el anuncio sobre el nuevo Instituto Colombiano de Investigaciones en Riesgos Profesionales.

Este organismo tiene sede en Bogotá, pero opera en todo el país en forma virtual. Cuenta con el patrocinio del Ministerio del Trabajo y Colciencias, su patrimonio será de \$4.000 millones y el presupuesto del año próximo no bajará de los \$5.000 millones.

EL PULSO

16

SOLUCION CRUCIPULSO ANTERIOR

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

La controvertida mujer que dirige la OMS

Preparado por Ana C. Ochoa

59 años. Tres veces presidenta de su país, Noruega. Luchadora feminista. Cabeza del partido Laborista noruego. Escritora. Licenciada en ciencias físicas. Médica... Gro Harlem Brundtland, actual directora de la OMS, es una de las figuras más apasionantes de la dirigencia mundial. Sus memorias, recientemente publicadas, han causado el impacto de las historias narradas desde el miedo, ya vencido, y desde el triunfo del conocimiento sobre la dificultad.

En entrevista concedida al País de España, destaca la educación como la mayor prioridad de su trabajo. Así como lo ha sido de su vida. Estudió medicina en la Universidad de Oslo, al mismo tiempo que ciencias físicas. En Harvard se graduó en pediatría y salud pública internacional. Y desde que, en 1.965, fue nombrada Ministra de Sanidad y Asuntos Sociales, política y salud han tenido una productiva coincidencia.

TEMAS

Igualmente desarrolla ambiciosos programas de organización interna y administración de la OMS. Hay muchas inquietudes. ¿Cuál es el gran problema de la OMS? ¿La organización o la falta de presupuesto? Según ella «ambas cosas van unidas. Ciertamente disponemos de fondos reducidos. El presupuesto regular de la Organización ha disminuido, en términos reales, más de un 20% en los últimos 10 años. Y si pensamos en las necesidades sanitarias en todo el mundo...El presupuesto de una Organización como la OMS, y que aborde este tipo de problemas, depende de lo que la comunidad mundial esté dispuesta a dar, y en la actualidad lo que está dispuesta a dar es un 20% menos que hace 10 años. Y no me parece que los problemas sean mucho menores. Esto convierte la situación en un verdadero reto. Porque siempre es posible mejorar los métodos de trabajo para compensar una diferencia del 2% o el 4%, pero cuando la reducción es tan importante, lo que sucede es que se anula en parte la labor que realizamos...

¿Cuál es su objetivo? ¿Qué cree que habrá podido cambiar de aquí a unos años en la salud mundial? «Hay dos áreas prioritarias: Una es saber si desde la OMS podemos contribuir a que mejoren el apoyo y la inspiración procedentes de la comunidad mundial, de las instituciones internacionales; si podemos coordinar nuestros esfuerzos juntos para que a los países, la sociedad civil y las ONG que trabajan sobre el terreno les llegue un mensaje más coherente. La educación y la sanidad son fundamentales para las labores de desarrollo. Esto quiere decir colaborar con otras instituciones de Naciones Unidas, mejorar nuestra capacidad de cooperación en beneficio de la gente de todo el mundo. La otra prioridad es que una mayor eficacia contribuirá a que los Estados y la sociedad civil avancen en la dirección adecuada. Porque se pueden hacer muchas cosas, incluso en cinco años, si se tienen ideas claras sobre la forma de hacerlas y qué métodos sirven y cuáles no. Tenemos que comunicarnos nuestras experiencias, fomentar las líneas de trabajo adecuadas y transmitir el mensaje de que invertir en salud es una buena idea.»

¿Fracasar aquí es más fácil que siendo primera ministra de Noruega? «Es verdad. Pero el fracaso o el éxito son cosas muy interesantes de definir. ¿Quién decide que algo ha sido un éxito? A veces no es más que cuestión de imagen. Para mí lo importante es lo que podemos lograr.»

CRUCIPULSO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

Por Julio Ramiro Sanín A.

HORIZONTALES

- (1) Pueblo, con una sola vocal. Famoso, por un telegrafista con un hijo muy famoso.
- (2) Hay unas pipiolas de ojos verdes y con una...tan bien dosificada, que pueden hasta dar infarto.
- (3) Antes los cachacos lo usaban para ponerse una flor. Estadio transitorio entre la larva y el imago (en el diccionario le dicen así a los labios menores).
- (4) Los goteros, no pagan ni una. En París le temían más a ésto que a Dios y no había llegado el sida.
- (5) El papá del sem. Pequeño instrumento que produce al soplarlo un sonido agudo (en el diccionario le dicen así al pipi)
- (6) Es creer lo que no vemos, porque Dios lo ha revelado. Perros muy fuertes, de pelo corto, áspero y de color rojo.
- (7) Acusativo, tercera persona, femenino, plural. Antiguo IDEMA.
- (8) Puerto ruso sobre el Mar Negro. Grita el aficionado.
- (9) Fumen, para que lo hagan. Composición musical, para ser cantada por una voz.
- (10) Pendiente, arete. Hacedlo, con los unos, o con las otras.

VERTICALES

- (1) Es lo que hay que ponerle a todo a ver si salimos adelante. Bus en el cual nos vamos p'al pueblo.
- (2) Torero a caballo, que hace días no traen a la Macarena.
- (3) El mismo 6 horizontal 2 pero uno solo. Se acuerdan del verso? Qué es eso? Arepa con.... p'a los preguntones que comen deso.
- (4) Allí quedaba ur. Su alteza.
- (5) El equipo verde, del alma. Bejuco.
- (6) ...Marín, de dos pingues. Como será de bueno, que si uno es muy bueno. Dicen que es más bueno que eso.
- (7) Sale de la hulla y es colorante. No pueden ni ver un aguardiente y no es porque sean ciegos.
- (8) Quién no se acuerda de los trompos que hacía este papá de un ilustre médico. Las sales de éste han sido usadas para el reumatis.
- (9) Es mejor que seamos bonitos y ricos, que.... y pobres. La flor de los escudos.
- (10) Menos por menos da... me voy a morir sin saber por qué. Dicen que, el ánima...

Encuentre la solución en el próximo número EDICIÓN 11

AVISO IATM

AVISO CORPAUL