



Foto: Luis Guillermo Giraldo

Sigue la controversia por el aumento de esta forma de contratación. La capitación, el pago anticipado al prestador por la atención de un conjunto determinado de usuarios, sin importar la cantidad de servicios entregados, se ha convertido en tema de complejo debate debido a la profusión de intereses encontrados. ¿Es este sistema un engañoso “salvavidas” para las IPS en dificultades? ¿Tienen las IPS sistemas de información que permitan un adecuado manejo? ¿Aseguradoras

trasladan todo el riesgo a los prestadores? ¿Están preparadas las IPS para “convertirse” en EPS? ¿Qué se ve venir con la contención de costos? ¿Está amenazado el bien común? ¿Es la salud escenario de voracidades, donde sólo cuenta lo financiero? Estos y otros temas plantean una necesaria reflexión, que vuelve a poner en escena el amenazado tema de la calidad y la batalla por la supervivencia de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Páginas 2, 3 y 5.



SALVAVIDAS PARA CLÍNICAS DEL ISS

En el seno del gobierno se estudia actualmente el cierre de varias clínicas del Seguro Social. El presidente de la entidad, Jaime Arias Ramírez, recomendó ante el CONPES que se busquen vías distintas a la clausura de estas instituciones porque “cumplen una función social que difícilmente cumple el sector privado”.

Estamentos como el Sintraiss proponen un gran salvavidas, para la superación de esta crisis, donde se incluye desde la renuncia al aumento salarial hasta la agilización del traslado de recursos que se le adeudan a las IPS y que son indispensables para su adecuado funcionamiento.

Foto: Luis Guillermo Giraldo

pág. 6

Concertación entre IPS y Fidusalud

Durante 1999 la Instituciones Prestadoras de Servicios, IPS, tramitaron 131.873 reclamaciones a Fidusalud a través de la subcuenta Ecat, de las cuales 78.433 fueron aprobadas y 53.440 fueron denegadas. Las principales razones para devolver las cuentas fueron la mala aplicación del decreto 2432 de 1996, por parte de las IPS; la falta de diligenciamiento total de los formularios de reclamación; no anexar los certificados expedidos por la autoridad competente y la falta de



Dr. Jorge Maichel

cuenta de cobro debidamente elaborada.

Ante estas situaciones el Ministerio de Salud, Fidusalud, la Asociación de Clínicas y Hospitales y las IPS públicas y privadas iniciaron un programa piloto, (con 27 hospitales y clínicas) para hallar y corregir las dificultades que se presentan con el trámite y pago de la subcuenta Ecat. Para el director general de Gestión Financiera del Ministerio de Salud, doctor Jorge Maichel González, los resultados no pueden ser mejores.

Pág. 9



Pág. 6

Cobertura legal para todos, pero no están todos

7

“Al calcular la tasa de cobertura total de las EPS para los dos años considerados, se encuentra una leve disminución al pasar de 53.5% en 1994 a 51.2% en junio de 1999, con una tendencia a la baja si se mantienen los altos niveles de desempleo que se registran en la actualidad”.



Manipulación genética en discusión

8

El senador Carlos Corsi Otálora alertó al país sobre una posible apertura legal en Colombia de la manipulación genética, incluida en los artículos 132 y 134 del nuevo Código Penal.



Vocación solidaria

Doctor Iván Darío Vélez

10

Apuntes sobre su vocación solidaria, orientada por más de 35 años al servicio de uno de los hospitales más reconocidos de Colombia: el Pablo Tobón Uribe de Medellín. Lecciones de una vida generosa.



Avances en Riesgos Profesionales

13

En las empresas se ha generado una mayor conciencia de la cultura de la prevención y la importancia a la atención de Riesgos Profesionales, también se ha avanzado en la consolidación del Sistema General de Riesgos Profesionales.

De los médicos y otras “pestes” según Miguel de Montaigne.

15

Reflexiones del famoso pensador francés (1.533-1.592) sobre la soberbia y otros inconvenientes frecuentes de los médicos que, con su “porte y continente” no dejan muy bien parada la medicina y menos bien parados a quienes dependemos de su “misericordia”.

Nuevo Rector en el Ces

16

El Instituto Ciencias de la Salud, CES, de Medellín, modernizará sus sistemas de enseñanzas, según explica el doctor José María Maya Mejía, nuevo Rector de la Institución.

Editorial

Saliendo el alacrán de casa, que pique a quien picare

4

“Las EPS pueden liberarse de los riesgos de un mal negocio, sin ser culpables de un mal servicio, porque esa es la disyuntiva final contenida en la promesa de la capitación transferida a clínicas y hospitales”.

Capitación, peligroso dilema para las IPS

Una de las interpretaciones es que la Capitación es una peligrosa transferencia de las aseguradoras a las prestadoras. Sobre estas y otras inquietudes EL PULSO registra diversas opiniones, referidas a tan controvertida forma de contratación.

“La capitación incentiva a que el paciente esté aliviado, el pago por evento a que esté enfermo”

Dr. Mauricio Vélez Cadavid,
Gerente de Salud, SUSALUD

En conclusión la capitación es una modalidad de pago muy eficiente y válida que se debe utilizar con el soporte necesario para cumplir su objetivo y no como una forma ciega de transferir el riesgo.

La capitación es un método de pago bajo el cual a un proveedor se le reconoce una suma fija por persona sin importar la cantidad de servicios entregados. A nivel mundial, la capitación es una forma reconocida, usándose más a menudo en el primer nivel. Colombia no es la excepción y muchas EPS pagan a las IPS de primer nivel o a los profesionales directamente por capitación. Una primera ventaja de este mecanismo es que motiva a los médicos y a las IPS de primer nivel a ejercer en una forma que estimule a los pacientes a inscribirse a ellos, a mejorar la oportunidad en la atención y hacer más actividades de prevención ya que el futuro ingreso no dependerá de que el paciente esté enfermo y consulte más, sino todo lo contrario. Otra ventaja de la capitación es que separa la relación entre cantidad de servicio entregado y reconocimiento económico y esto conduce a que el médico actúe solamente siguiendo su juicio profesional y minimizando cualquier posible distorsión de su actuar. En general, la capitación incentiva económicamente a que el usuario esté aliviado y el pago por evento a que esté enfermo, y esto en principio es lógico y deseable.

La capitación requiere ser soportada con un sistema de información muy preciso que permita plantear claramente los supuestos y hacer una muy buena nota técnica; necesita un estricto seguimiento desde auditoría médica y de servicio ya que puede, sin ser lo que pretende,

incentivar al prestador a que no brinde los servicios necesarios o difiera su entrega de tal forma que se quede con la plata de la capitación a costa de la no pertinente asistencia. En nuestro país con frecuencia, y a mi modo de ver equivocadamente, la capitación se ha utilizado irresponsablemente como forma de trasladar el riesgo. La capitación sin un sistema de información y auditoría que la soporte puede hacer más mal que bien: a los usuarios al ponerlos en riesgo de un mal servicio, a los prestadores al trasladarles el riesgo de forma no técnica o generarles riesgos que ellos no puedan asumir o incluso ponerles en peligro su estabilidad financiera; y al asegurador ya que tendrá buenos o malos resultados económicos a corto plazo dependiendo hacia dónde sea el desfase del valor que paga por capitación pero seguramente tendrá que cambiar la red de prestadores frecuentemente, limitándola cada vez a los más necesitados y los usuarios tarde que temprano percibirán la falta de asistencia pertinente y se desafiliarán.

La capitación en niveles superiores o servicios especializados también es posible, pero depende ya no sólo de un aún más eficiente sistema de información y auditoría sino también de más externalidades para el capitador, como son la calidad y cantidad de asistencia que se da en el primer nivel o servicio de medici-

na general. Los niveles superiores tienen la peculiaridad, entre otras, de requerir más multidisciplinariedad por lo que exigen mejor y más detallada información para hacer la nota técnica, base de cualquier capitación. Se debe tener mucho cuidado porque con mayor facilidad el capitador puede asumir riesgos que no son de su dominio o gestión, lo que conlleva a un peligro financiero en un negocio que no es el suyo: el aseguramiento. La capitación de niveles superiores es una figura menos utilizada, pero válida si se tienen en cuenta las variables antes mencionadas.



Capitación: Riesgoso “Salvavidas”

Dr. Dubiel Aristizábal,
Capítulo Manizales Asociación
Colombiana Hospitales y Clínicas.

● El pago por capitación supone riesgos altos para la institución prestadora. Estas no están preparadas, por ejemplo, para hacer profundas evaluaciones sobre la población que van a recibir.

● Para salir de la crisis, muchas han aceptado las propuestas de pago por capitación de EPS, ARS...pero hay que estar muy preparados para que ese “salvavidas” no nos termine de ahogar. Por ejemplo, cuando contrato tercer nivel la cosa se vuelve más grave si

no tengo conocimiento de la población que estamos atendiendo.

● La idea es que quienes trabajan con pago por capitación lo hagan de una manera ética, no buscando mecanismos oscuros para hacer más eficiente ese pago.

● Se habla de que la contención de costos que se hace para que el pago capitación sea más productivo, impide el desarrollo tecnológico, el uso de mayores avances en la atención.



Capitación: crecen ofertas

Dr. Juan Gonzalo Alzate

Director de Mercadeo Clínica Las Vegas, Medellín.

● ¿En qué estaría el punto más definitivo para las IPS que capiten? En un sistema de información perfecto. Ese es el ingrediente del éxito porque es lo único que permite controlar la demanda. Es obvio que eso también desata un conflicto ético: ¿Cuándo represar y cuándo no?

● Beneficios para el asegurador: Logra más eficiencia porque vuelve fijo su gasto, traslada el riesgo de salud y el financiero, logra un excelente proceso de mercadeo (ofrece al mercado instituciones privadas excelentes etc). ¿Deberían manejar el riesgo financiero los prestadores? La tendencia es que sí, sin que

desaparezca el asegurador porque se necesita para hacer más eficiente cubrimiento de la población.

● En el pago por actividad, para tener ingresos, la gente tiene que enfermarse. En la capitación es lo contrario: mientras menos enfermos más dinero queda.

● La capitación ha crecido mucho. En el último mes la Clínica las Vegas ha recibido siete propuestas de capitación. La población sumaría 235 mil usuarios que no podemos recibir. La Clínica está interesada en hacer proceso de capitación pero empezará poco a poco.

● El punto clave es que la IPS debe meterse en su cabeza que se volvió una aseguradora, es otra EPS más. El pensamiento que empieza a tener es el de asegurador. De lo contrario es altamente riesgoso. Porque los médicos están acostumbrados al pago por evento. Y aquí hay que procurar que existan los menores eventos posibles, intentar que la clínica tenga ese control. Se debe hacer promoción y promoción etc.

● Es necesario un autocontrol médico. Ahí viene la discusión ética. Si el acto médico es absolutamente pertinente, no importa el modelo de contratación. Pero no siempre ha ocurrido así.



La OMS estima para el año 2025 una expectativa de vida de 60 años para el 96% de la población mundial. El desafío para el próximo año es incrementar la cobertura y desarrollar nuevas vacunas. Cuatro millones de niños mueren al año de enfermedades previsibles mediante la vacunación y otros ocho millones mueren por afecciones que pudieron ser evitadas con nuevas vacunas.

Debate

Capitación, nuevo debate de temas antiguos

Dr. Julián Osorio, Decano Fac. Medicina, C.E.S

Este sistema se basa en el concepto de enfermo potencial y no en el de enfermedad sentida; por lo tanto el Prestador toma a su cargo la atención de un conjunto determinado de usuarios, por los cuales recibirá un pago periódico, sin importar el número de veces que éstos acudan a recibir los servicios. Este sistema implica un amplio conocimiento de las características de la población a atender, puesto que para calcular el valor de los servicios por cada usuario, se necesita conocer el perfil de morbilidad, para aproximarse al volumen de atenciones requeridas, incentivándose por tanto, las actividades preventivas. Por lo anterior este sistema tiene mayor aplicación cuando se trata de servicios de primer nivel de atención. Su mayor ventaja consiste en garantizar un adecuado control de costos de los servicios suministrados al incentivar a los Prestadores implementar mecanismos de control para evitar sobre costo, aunque los riesgos son trasladados a los Prestadores, por lo cual



se verán obligados a implantar políticas preventivas y de fomento de la salud. Es utilizado igualmente para prestar servicios en poblaciones dispersas a las que sea difícil realizar seguimiento por parte de las Administradoras, como el caso de áreas rurales, aunque se trasladan los sobrecostos por los desplazamientos y los riesgos a los prestadores los cuales tendrían que negociarse. La gran debilidad de este sistema consiste en el incentivo hacia el aplazamiento de los tratamientos por parte de los Prestadores y diluir sus responsabilidades, remitiendo a sus usuarios a niveles superiores, para ahorrarse esos costos, por lo que se anularía el efecto sobre la propensión hacia la atención preventiva.

Si analizamos la evolución de las dinámicas de contratación en salud en Colombia, vemos que inicialmente su enfoque se centro durante muchos años hacia el control de costos, buscando máximo beneficio económico, pero sacrificando en gran parte, otro tipo de variables de importancia en una contratación como serían:



Evolución en Colombia

En nuestro país ha existido la tendencia a realizar contratos de capitación centrados en el primer nivel de atención y excluyendo la prevención y promoción de los mismos, lo que ha segmentado la atención y ha desestimulado la prevención. Las minutas de contratación no siguen los parámetros de contratos de capitación (Definición, relación de partes, aspectos financieros, relación de servicios, mecanismos de inspección, forma de control, estándares de calidad, red de ser-

vicios de capitación y formas de terminación), los sistemas de información no se han estructurado para la información basada en capitación, el riesgo se traslada al prestador y el control de costos se ha hecho estimulando barreras de acceso, es este el motivo por el cual el decreto 46 del 2000 en su artículo 2 lo tipifica como una desviación de recursos de la Seguridad Social. Un análisis más detallado nos permite detectar las siguientes evoluciones de la contratación por capitación:

Mercado de la salud

No cumple las características de “ mercado perfecto”, se ubica en una dimensión donde predominan la incertidumbre, la limitación de recursos, la competencia limitada, el bien público, las externalidades, la información incompleta y el concepto de bien meritario, es allí donde se debe dimensionar el proceso de contratación, por lo tanto un esquema de capitación en este escenario implica plena información, gran apoyo tecnológico y profundo conocimiento de contratación.

La financiación del riesgo

La contratación realizada hasta el momento ha buscado trasladar el riesgo del asegurador hacia el prestador, no ha incluido asumir un riesgo conjunto entre estos dos actores como lo plantea la teoría de case-mix tampoco se han incentivado las empresas gestoras de riesgo en salud (Managed Contrats Care) como parte del proceso de contratación. Debemos redimensionar el esquema de contratación hacia la posibilidad de alianzas estratégicas que gestionen riesgo.

El sistema de información

La capitación exige un sistema de información que articule el perfil de oferta y demanda, dimensione las atenciones, las logre costear, con el objetivo de proceder a decisiones racionales sobre la conveniencia o no de este tipo de contrato. En Colombia al existir debilidad en estos aspectos, se realiza una contratación no basada en información sino en subsistencia organizacional, lo que ubica a un actor en condiciones deficientes con respecto a la contraparte.

La calidad

Aspecto fundamental en el proceso de contratación y prestación del servicio en un esquema de capitación es la estructuración de una gerencia de procesos basada en la calidad y centrada en la capitación en la atención del usuario.

Capitación “curativa” segmentando niveles.

Normalmente se está contratando el primer nivel, el problema de direccionar la contratación hacia lo curativo, excluyendo lo preventivo, repercute en la estructuración de sistemas de prestación de servicios “diseñados” para ver enfermos, poca valoración de lo preventivo como inversión ya que no se incentiva, sacrificio de la puerta de entrada en la prestación de servicios, diseño de sistemas de información no adecuados a los requerimientos de información para

la prevención (Res 3997/96, res 4288/96, acuerdo 117 CNSS), construcción de sistemas de asignación de pacientes por parte de las aseguradoras centrado en riesgo de enfermar, lo que lleva a selección adversa hacia los prestadores y posible altos costos de operación para atender este tipo de usuario y construcción de formas de prestación de servicios de salud que buscan controlar costos incentivando la no atención del paciente.

Capitación “curativa” en todos los niveles de atención

Este tipo de contratación de gran auge en este nuevo siglo, se vienen realizando este tipo de contratación sin dimensionar claramente los escenarios y los costos, queda la sensación de

que quien gestiona el recurso no regula la prestación, queda el vacío sobre quien asumirá los costos que implica las franquicias de aseguramiento de las enfermedades de alto costo.

Capitación Preventiva y curativa integral

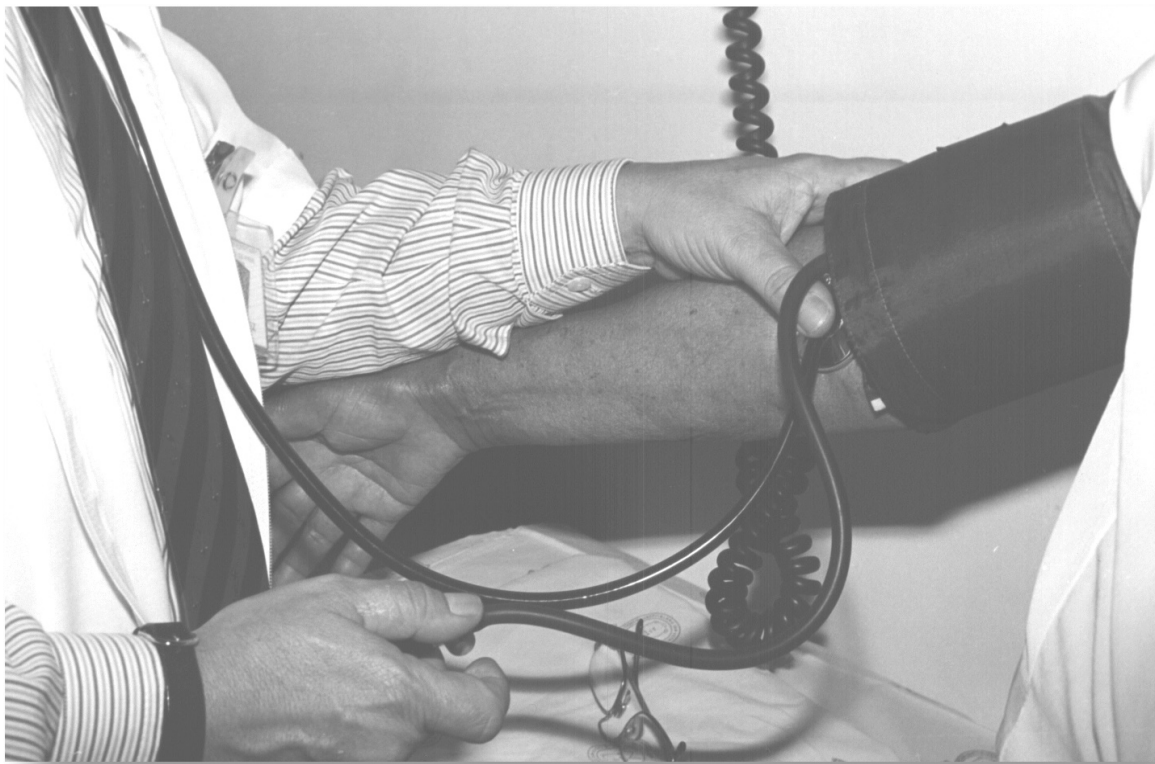
Considero la forma ideal de contratación ya que, estimula la prevención, logra compartir riesgos, incentiva una información preventiva, se asume el control del riesgo por el

prestador, incentiva el estudio de costos basado en capitación. Este tipo de contratación podría complementarse con diferenciación económica en pago de riesgo.

McCallly John F. **Capitation for Physicians.** Understanding and Negotiating Contracts To Maximize Reimbursement And Manage Financial Risk. Medical Group Managment Association. MGMA 1996. (Y otros)

CONCLUSIONES

- Se debe negociar la capitación integral que incluya la prevención y la curación.
- Deben incentivarse la creación de empresas que gestionen y financien contratos de riesgo.
- Es importante incentivar la metodología de contratación basada en case-mix como estrategia de compartir riesgo entre prestador y tercer pagador..
- Deben diseñarse contratos adecuados de capitación.



EDITORIAL

Saliendo
el alacrán de casa,
que pique a quien picare

Si en entrar a establecer si el monto de la unidad de pago por capitación (UPC) es el adecuado para las condiciones sociales, económicas y de salud de los colombianos, sí está ya establecido cuáles son las funciones y los deberes de los dos principales actores, EPS y IPS, frente al paciente, quien es o mejor, quien debe ser, el protagonista y el motivo de toda preocupación dentro del sistema de seguridad social.

Si bien el Artículo 179 de la ley 100/93 dice que “para racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos...” lo que realmente está diciendo es que considera el tema de la salud como asunto económico y más específicamente financiero.

Lo que realmente está diciendo es que autoriza para que se pongan en cabeza de la IPS las responsabilidades por las restricciones a las atenciones que demande un ciudadano afiliado.

Lo que realmente está diciendo es que la EPS podrá deducir sus costos administrativos y retener lo que estime de utilidad, y entregar la diferencia a las clínicas y hospitales.

Lo que realmente está diciendo es que los disgustos con el usuario cuando reclama sus derechos y no se le entregan, sean allá, con los hospitales y no con ellas, con las EPS.

Lo que realmente está diciendo es que el legislador entiende la seguridad social como un sistema de salvaguarda de la empresa privada, por encima del bien común y particularmente del enfermo.

Lo que realmente está diciendo es que a las EPS se les concede la oportunidad de ponerse a salvo desde el punto de vista financiero y del conflicto del dolor humano.

Lo que realmente está diciendo es que ellas, las EPS pueden liberarse de los riesgos de un mal negocio, sin ser culpables de un mal servicio, porque esa es la disyuntiva final contenida en la promesa de la capitación transferida a clínicas y hospitales.

Lo que realmente está diciendo es que retenidas las utilidades por la EPS, se acepta que la IPS también saque las suyas, de lo que inicialmente era para la atención de los enfermos, so pena de quebrar.

La capitación en cabeza de las clínicas y hospitales es un monstruo aterrador y perverso. Esta modalidad se está viendo llegar ya a los centros médicos al amparo de la ley y bajo la presión de los bajos flujos de caja. La necesidad tiene cara de monstruo y él se encargará de arruinar al sistema hospitalario o de acabar con la vida de los pacientes.

Y que no se diga que es miedo al control. El sector hospitalario y los profesionales de la salud no sólo aceptan los controles al mal gasto y al abuso que puedan presentarse, sino que los reclaman e implementan; pero transferir a las IPS el gasto específico que para salud tienen las EPS mientras ellas quedan a salvo de antemano, es negarle a aquellas el futuro en todos los sentidos, incluido el personal, profesional y tecnológico, y al sector entero, cualquier posibilidad de progreso después de haber construido lo que hoy tiene y haber logrado el desarrollo tecnológico más avanzado frente a cualquier otro sector en el país; de los logros, triunfos y adelantos del sector de la salud en Colombia, todo el mundo se ufana, hasta los mismos que son detractores y antipáticos cuando no logran ponerle la sog a al cuello a clínicas y hospitales.

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. **Editor:** Juan Carlos Ceballos Sepúlveda **Periodistas:** Ana C. Ochoa, Carmen Elisa Chávez, Angela M. Rivera B, corresponsal Bogotá.**Dirección Comercial:** Diana Cecilia Arbeláez G. **Tel:** 263 43 96 - 263 78 10. **Fax:** 263 44 75, Medellín. **Diseño y diagramación:** Jorge Castrillón B. **Preprensa Digital:** Zetta Colina **Impresión:** La Patria, Manizales. **Dirección para envío de correspondencia:** Hospital Universitario San Vicente de Paúl / calle 64 con carrera 51D - Medellín, Colombia

e-mail : elpulso@elhospital.org.co

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.

Cartas a la Dirección

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

Santafé de Bogotá, 26 de enero de 2000
Señores Periódico EL PULSO

He leído atentamente el número 16 de su periódico y gratamente quiero manifestarle varios puntos. Inicialmente quiero felicitar al Hospital y al Comité Editorial de la publicación, por este esfuerzo prolongado y sostenido por brindar información a un sector que la necesita.

Así mismo quiero alabar el tema central del número que no sólo me parece acertado sino de una inmensa urgencia para el país, en la medida en que la atención en salud de numerosas regiones del país está desprotegida, y en que no existe una política clara del manejo de los recursos humanos en salud, eso sin entrar a considerar el problema de la calidad de la atención que presta un profesional seleccionado por otros criterios diferentes del académico.

Lamentablemente, también quiero mencionar un punto negativo. Respetuosamente y con ánimo de aportar me quiero referir a la aparición frecuente de opiniones personales o

creencias (“yo pienso”) más que de ideas producto de análisis sustentados y sólidos.

Por ejemplo en el artículo “No Más Afiliación” es claro el punto del autor de que la afiliación genera intermediarios que aumentan el costo de la atención en salud, sin embargo, como argumento que sustenta el documento, esto parece una idea retórica más que el producto de un análisis; así mismo tampoco comparto la idea bautizada como “Terremoto y error”. Frente a un problema como un terremoto existen medidas urgentes de corto, mediano y largo plazo. Construir viviendas definitivas, reconstruir la infraestructura productiva y la retícula social son objetivos que requieren medidas de largo plazo que son paralelas a garantizar el acceso a los servicios de salud mediante un carné de aseguramiento, y mediante el fortalecimiento de la infraestructura disponible. ¿Con qué base se hace la crítica presentada, qué evaluación la respalda?

Cordial saludo / Manuel Camacho Montoya

Las cifras y las opciones
de Juan Luís

Por : Jairo Humberto Restrepo Zea
Director CIE U.de A.

El pasado mes de diciembre, en el marco del Congreso Internacional “Salud para todos y formulación de políticas de salud pública para el siglo XXI”, el economista y exministro de salud Juan Luis Londoño tuvo a su cargo una de las conferencias centrales en la cual se ocupó del panorama general del sistema colombiano de seguridad social en salud y destacó sus avances y perspectivas en el contexto económico del país.

Las cifras y las opciones presentadas en aquella ocasión merecen un debate, con buen sentido pedagógico y el compromiso de las universidades y los investigadores sobre la materia. En primer lugar, señaló el exministro que “la cobertura de la seguridad social se multiplicó por cinco. Si bien es cierto que este tipo de cobertura ha aumentado, es necesario tener en cuenta que en el punto de partida la cifra era de al menos seis millones de personas, debido en particular a los avances del ISS sobre cobertura familiar en varias

regiones del país, de manera que no cabe el múltiplo de 5 y éste realmente estaría entre 3 y 3.5. Además, el sistema está conformado por dos regímenes que poseen lógicas diferentes en cuanto a su evolución y los planes de beneficios, de manera que en el régimen contributivo existe una limitación muy grande para aumentar la cobertura y en él se aprecia una notoria reducción y pocas posibilidades de recuperación debido a las tendencias en cuanto a generación de empleo.

En cambio, los grandes logros se encuentran en el régimen subsidiado, si éstos se miden en términos del número de personas afiliadas, hasta el punto de que por cada cuatro colombianos pertenecientes al régimen contributivo, en el subsidiado se encuentran tres. Sin embargo, también es importante precisar los cambios reales, en términos del acceso a los servicios y de la contribución a la reducción de la exclusión y la desigualdad, así como los problemas de eficiencia que padece este régimen.

En segundo lugar, dijo Londoño que “el gasto en salud se multiplicó por 2.2”, cifra que viene siendo empleada en varios escenarios y por diversas personalidades, e incluso en algunos casos se menciona un crecimiento superior. En realidad, para evitar confusiones como la que Saludcolombia advirtió al actual Ministro de Salud, debe precisarse que ciertamente los recursos para salud aumentaron de manera importante, pero se

trata específicamente de los recursos públicos (Fosga y transferencias, principalmente) y, al momento de obtener un saldo neto adicionando el gasto financiado con recursos de bolsillo, sobre lo cual hacen falta investigaciones, aquella cifra se reduce en forma notoria.

Y en tercer lugar, para Londoño la situación crítica por la que atraviesa el sector salud es la misma que padece toda la economía, de carácter coyuntural, se expresa en problemas de liquidez y falta de ajuste de los organismos públicos, y señaló que las opciones del país son: “asegurar, asegurar, asegurar,...”. En este aspecto se concentra el debate para definir el futuro del sistema y en general de la política de salud en el país, ya que a diferencia del ilustre expositor que se comenta, para otros las opciones se resumen en “no más afiliación” con recursos públicos, siendo necesario redefinir el régimen subsidiado y plantear ajustes o una articulación real con el régimen contributivo para garantizar la cobertura universal.

No es conveniente hacer una apología del sistema nuestro, cuando muchos ojos en el mundo quieren conocer sus avances y limitaciones, como tampoco podemos dedicarnos a realizar críticas que no aporten al desarrollo en general de país. Entonces... vamos al debate con sinceridad y compromiso con la política pública.

jairo@catios.udea.edu.co





El doctor Carlos Enrique Piedrahíta Arocha, fue elegido presidente de la Compañía Nacional de Chocolates y releva en el cargo al doctor Fabio Rico Calle. El doctor Piedrahíta Arocha hace parte de la Junta Directiva del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, desde hace varios años.

Capitación: Realismo mágico o necesidad

Dr. Juan Gonzalo López Casas,
Subdirector de salud, Comfenalco Antioquia



Al iniciar un análisis sobre la capitación, como uno de los modelos de contratación entre entidades aseguradoras y prestadores de servicios de salud, es necesario tener en cuenta aspectos tales como la eficiencia en la prestación del servicio, el control del costo de producción, la inducción de la demanda, el modelo de atención y el control de los procesos, aspectos que en última instancia afectan el gasto en salud en las diferentes entidades administradoras (EPS, ARS, Entidades Adaptadas y excepciones de la Ley 100).

Pretender trasladar las anteriores responsabilidades a los terceros pagadores,

en vez de aclarar la situación entre aseguradores y prestadores, tiende a distraer el asunto de fondo: el autocontrol de las I.P.S. como una estrategia para la optimización de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Son los prestadores quienes deben diseñar servicios con el máximo de eficiencia en la utilización de los recursos de acuerdo con un plan de beneficios, sin crear expectativas en los pacientes mas allá de lo científicamente aceptado, además de controlar los costos y la calidad de los mismos.

Partiendo del anterior análisis es preferible, entonces, hablar de modelos de contratación bajo el enfoque

de riesgo compartido, siendo la capitación el más conocido. Bajo este modelo, el prestador debe controlar, entre otros, los aspectos antes definidos y el asegurador es el responsable por el pago de servicios de salud prestados bajo parámetros de eficiencia, calidad y oportunidad.

Sin embargo, creo que no debemos permanecer en un solo modelo de contratación que cree los incentivos adecuados para el autocontrol. Es necesario avanzar rápidamente hacia otros esquemas que permitan controlar los riesgos en la prestación del servicio, mejoren la calidad de la

atención, aumenten la satisfacción de los usuarios, y donde se utilicen eficientemente los recursos del sistema y se disponga de información oportuna y confiable para la toma de decisiones con el objetivo de controlar los riesgos rápidamente.

Ese es el reto, pretender regresar al pasado con modelos agotados como el pago por actividad, en franca decadencia en el mundo entero por sus efectos inflacionarios, o crear resistencia hacia nuevos esquemas de contratación, sólo hará más doloroso nuestro quehacer, al propiciar que los recursos se desperdicien en

procesos ineficientes y al aumentar los controles sin que estos agreguen valor a los procesos, lo que generaría tensión entre el asegurador y el prestador, afectando negativamente al sujeto de la reforma: el afiliado.

Este es un Sistema que debemos construir entre todos: afiliados, aseguradoras, prestadores y entes de dirección, vigilancia y control. Negarse a desarrollar modelos futuristas a través de los cuales todos los actores reciban beneficios, solo ratificaría la miopía histórica para responder a los retos del presente con el ánimo de construir un futuro más equitativo.

En nuestras manos está el poder contribuir al mejoramiento de la salud de nuestra población, para no condenarla al olvido otros cien años.

Según el doctor José Lázaro, de la Universidad Autónoma de Madrid, la relación de los médicos con los pacientes ha cambiado. Anteriormente, los doctores trataban a los pacientes con extremo paternalismo. Hoy, el derecho del paciente de brindar consentimiento transformó la relación vertical en horizontal. El médico es un técnico y el paciente un cliente, al que se le ofrecen opciones para que elija. El médico ya no es judicialmente invulnerable.



Para afiliados

Cierre de Clínicas del ISS causa preocupación

Por Ancizar Vargas
Periodista



Después de medio siglo de fundación, la Clínica León XIII hoy ve amenazado su futuro. Desde diferentes estamentos se proponen medidas de emergencia para salvarle la vida. Foto: Luis Guillermo Giraldo

Como Gloria, muchos afiliados deben su vida a una oportuna intervención de los médicos de la Clínica León XIII.

Gloria iniciaba una exitosa carrera cuando sufrió el accidente en moto que casi termina en amputación de su pierna derecha. Con su energía vital, sus ojos hermosos, figura agradable y su coquetería delicada, imaginó una gran frustración en su vida. Por fortuna, la atención oportuna de los mé-

dicos de la León XIII, luego de intervenciones delicadas y un largo proceso de rehabilitación, recuperó no sólo el funcionamiento normal de su extremidad, sino también el brillo de sus ojos.

Como Gloria, muchas personas agradecen al Seguro Social la posibilidad que les brindó en un área de salud que tiene unos eleva-

dos costos para la atención.

Por ello, para ese importante número de afiliados la idea de cerrar algunas de las clínicas del ISS es motivo de profunda preocupación. Diferentes sectores se pronuncian hoy a favor de la superación de esta crisis y proponen distintas alternativas.

Sacrificar el aumento salarial

Entre ese grupo se encuentran los trabajadores, representados por Sintraiss. Antonio Cano Urrego, Secretario del sindicato en Medellín, le manifestó a EL PULSO, que tienen interesantes aportes y propuestas, mediante los cuales se puede de-

mostrar la viabilidad de las clínicas del Seguro.

En primera instancia, no presentarán pliego de peticiones en esta vigencia y sacrificarán el aumento salarial, para ofrecer un aporte financiero de parte de todos los trabajadores.

Proponen la conformación de un grupo de concertación y diálogo, donde estén representados los usuarios, trabajadores de la Institución, patronos y gobierno para estudiar diferentes fórmulas.

Agilizar traslados presupuestales

Además, se requiere que el gobierno nacional ayude a agilizar el traslado de recursos adeudados por el FOSYGA –Fondo de Solidaridad y Garantía, SOAT, POS y Accidentes de Trabajo.

Según el señor Cano Urrego, una forma para bajar costos es la desburocratización y despolitización de las clínicas, puesto que éstas se dan en los cargos con mayores niveles de ingreso.

La venta organizada de servicios de estas

Instituciones a otras Empresas Promotoras de Salud puede significar un ingreso importante, ya que se cuenta con disponibilidad de camas y personal calificado.

Lo que se quiere es que la empresa cumpla su verdadera función social, que difícilmente puede cumplir el sector privado, enfatiza el representante de la organización sindical.

Desde la misma presidencia del Seguro se percibe el ánimo por demostrar la viabilidad de las clínicas, pre-

parando un plan de ajuste y salvamento que permita que muchos afiliados, como Gloria, sigan disfrutando de la bella oportunidad de la vida que ofrecen estos centros de salud.

Las clínicas del Seguro Social podrían vender servicios de salud a otras EPS y recibir unos ingresos adicionales para su funcionamiento.

EL PULSO espera respuesta del Doctor Jaime Arias , presidente de ISS.

“Hospital & Empresa”

El Hospital Universitario San Vicente de Paúl, además de sus logros en el campo científico de la medicina, quiere compartir con las instituciones de salud, -públicas y privadas- sus experiencias, logros y enseñanzas en el manejo administrativo de una empresa con estas características, a través de su libro “Hospital & Empresa” que será lanzado a finales de marzo.

El doctor Julio Ernesto Toro Restrepo, Director General del Hospital, es de la idea que “la experiencia debe servir a la gente” y a partir de ella impulsa la producción de este libro, que en 14 capítulos desarrolla temas como: Qué significa un Hospital, Procesos administrativos, Planteamientos Estratégicos, Calidad y ética, Legislación, Compromiso de un hospital con la sociedad, entre otros.

En la producción del libro, participaron personas de diferentes áreas del saber, con



el propósito que ellas y sus colaboradores, aportarán sus conocimientos en los capítulos que les fueron asignados.

Explicó el doctor Julio Ernesto Toro Restrepo, que el libro presenta en algunos de sus apartes la experiencia del Hospital e incluso algunos de los formatos que se utilizan en los diferentes procedimientos administrativos, como una forma de facilitar

la apropiación de los conceptos expuestos, por parte de los lectores.

Un libro con las características de “Hospital & Empresa” no existe en el medio y, por eso, se constituye en un aporte del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, a médicos, enfermeras, estudiantes de las áreas de la salud y de otras disciplinas que están vinculadas con el sector. El libro será puesto a la venta en el Hospital y en diferentes eventos del sector.



El municipio de Rionegro, oriente antioqueño, mediante Acuerdo 113 de 1999 estableció la implementación obligatoria de talleres permanentes para la prevención de alcoholismo y la farmacodependencia, en todos los establecimientos educativos del municipio, que será aplicado en los grados de 0 a 11.

Cobertura legal

Aunque en artículo 157 de la Ley 100 de 1993 se estableció que: “A partir del año 2000, todo colombiano deberá estar vinculado al sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde pro-

gresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio nacional reciban el Plan Obligatorio de Salud”, en realidad a comienzos del año 2000 la cobertura asciende a un 55% de la po-

blación del país: unos 12 millones de personas en EPS, 8.5 millones en el régimen subsidiado y alrededor de 2 millones en los regímenes especiales (militares y maestros, entre los grupos más numerosos).

¿Cómo están las cosas en Antioquia?

Antioquia sirve para ilustrar lo que sucede con la cobertura del aseguramiento, en particular la evolución del régimen contributivo. En este departamento la cobertura total se estima en 61% a junio de 1999, de la cual dos terceras partes corresponden a personas que hacen parte del régimen contributivo como afiliados activos, y una tercera parte de la población pertenece al régimen subsidiado; el régimen contributivo representa el 51% del potencial del mismo y el subsidiado alcanza un 67% de su población objeto.

¿Cuántos en EPS?

La población cubierta por el POS contributivo en el departamento, una vez se dispuso la afiliación obligatoria y la cobertura familiar, habría pasado de 850 mil personas en 1994 a 1,9 millones en 1999, sin tener en cuenta los regímenes especiales. Estos cálculos, para determinar el aumento real de la cobertura del régimen contributivo, se hicieron considerando la información disponible para los años 1994 y 1999 como momentos representativos del antiguo y del nuevo sistema, respectivamente. Hay que tener en cuenta que el último año estuvo marcado por la crisis económica.

Para 1994 se consideró la población cotizante al ISS y los empleados oficiales distintos a los maestros y las fuerzas militares; a partir de la suma de aquellos dos grupos se calculó la población beneficiaria con un factor de 2.27 beneficiarios por cada cotizante, factor que reportaba el ISS para los municipios en donde existía cobertura familiar en 1994 y el mis-

mo que es el promedio actual al considerar la información agregada de EPS. Para junio de 1999 se consideró la información reportada por la Superintendencia Nacional de Salud, a partir de los resultados estadísticos y financieros de las EPS, en términos de la población compensada, por las cuales éstas reciben la capitación correspondiente.

¿Quiénes son?

Una tasa de cobertura real de las EPS resulta de la división entre el número de cotizantes y la población ocupada, tomando ésta como potencial del régimen. Al calcular esta tasa para los dos años considerados, se encuentra una leve disminución al pasar de 53.5% en 1994 a 51.2% en junio de 1999, con una tendencia a la baja si se mantienen los altos niveles de desempleo que se registran en la actualidad. A manera de hipótesis, se plantea una mayor concentración de EPS en la población urbana, ocupada

en sectores y actividades formales, de clase media y profesionales. Por esta razón, aunque la ley establece la afiliación obligatoria, la cobertura real apenas llega a la mitad del potencial.

¿Dónde están?

La evolución del régimen contributivo estuvo marcada en los primeros años por la incorporación de las familias de quienes cotizaban al ISS en 1994, los empleados públicos con sus familias y nueva población ocupada o atraída por las nuevas reglas dispuestas en la ley 100. Básicamente se amplió la cobertura a la familia, pero no aumentó el número de cotizantes. En consecuencia, habría de producirse una recomposición con el ingreso de las EPS que competirían con el ISS para dar cobertura a las nuevas personas.

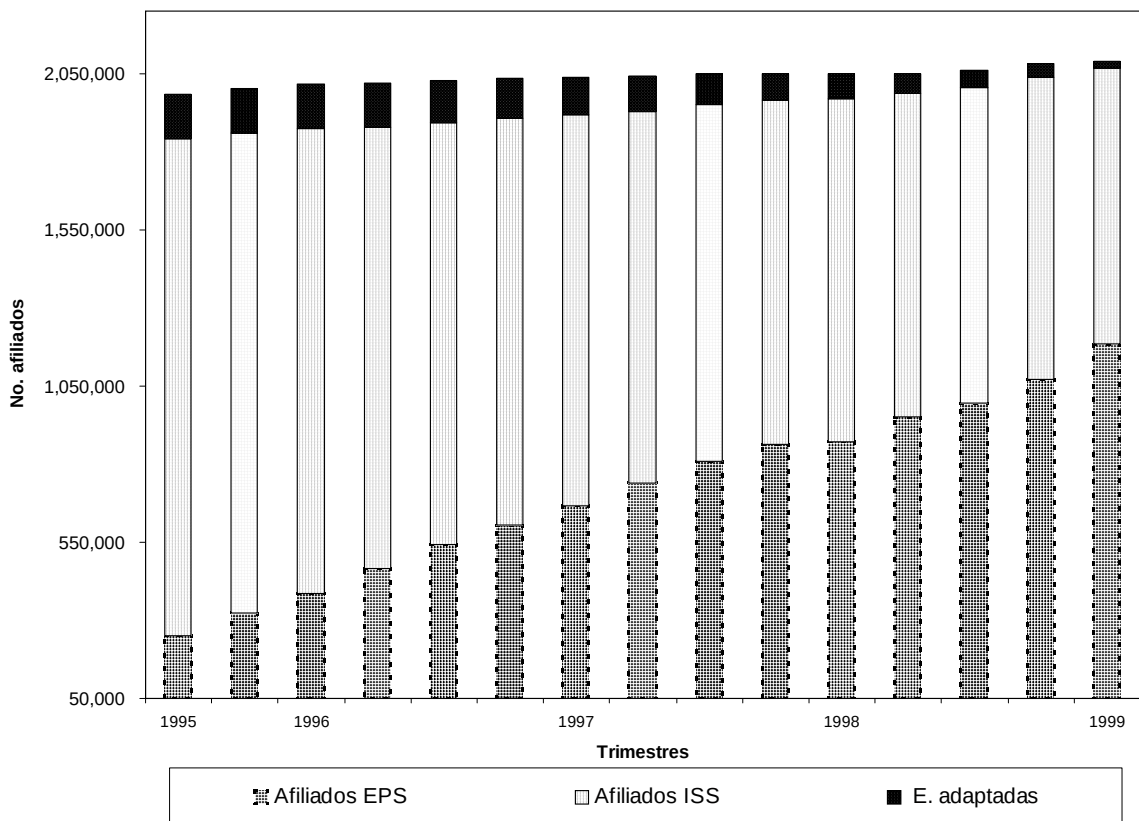
En efecto, se aprecia una disminución del 50.8% en el número de cotizantes del ISS. Al mismo tiempo, las entidades

para todos, pero no están todos

Jairo Humberto Restrepo Zea / Verónica Salazar Restrepo

Centro de Investigaciones Económicas / Universidad de Antioquia

Antioquia: Población afiliada al régimen contributivo (ISS, Entidades adaptadas y resto EPS) 1995-1999



Fuente: “ Estadísticas ISS 1994” Dirección de planeación corporativa Superintendencia Nacional de Salud “Resultados estadísticos y financieros de las EPS”

adaptadas presentaron una disminución mayor del 86.4% del total de su población, como era de esperarse por ley al ir desapareciendo las cajas y los fondos de previsión, así como las entidades creadas a partir de 1995. Por su parte las EPS, como nuevos agentes en el mercado, reciben población que emigra tanto del ISS como de las entidades adaptadas y de los posibles nuevos cotizantes al sistema. Se presenta así una recomposición entre el ISS y las EPS.

En el gráfico se pueden apreciar los dos fenómenos que se han esbozado: en primer lugar, se ve claramente que el número de afiliados no ha aumentado significativamente (6.1% en cinco años), si partimos de la idea de que desde 1994 se contaba con cobertura familiar; y, en segundo lugar, el traslado de la población del ISS y de las entidades adaptadas hacia las EPS.

En la actualidad, el ISS aún posee en Antioquia la mayor par-

ticipación de población afiliada al régimen contributivo, con 42.3% del total, pero si se mantiene la congelación en la afiliación y persiste el traslado hacia otras EPS, esta participación seguirá reduciéndose y las EPS cada vez van a tener una participación mayor. Por otra parte, a junio de 1999 existían 20 EPS privadas, entre las cuales sobresalen por el mayor número de afiliados: Susalud, Saludcoop, Coomeva y Comfenalco-Antioquia.

Concentración de EPS

La afiliación al régimen en Antioquia se encuentra en manos de estas cuatro EPS y del ISS, con el 80.4% de los afiliados totales. Por otra parte, se observa la tendencia a una concentración del aseguramiento en pocas EPS para cada uno de los municipios. En el cuadro puede verse como en los municipios hacen presencia un número plural de EPS, de manera que mientras en el 5.6% de los casos hay una sola EPS, en el 11.3% hay dos EPS,

en el 12.9% hay 3, en el 16.9% hay 4, en el 20.2% hay cinco y en el 37.9% hay 6 o más EPS. Si adoptamos el criterio de que con tres o más EPS se cuenta con un mercado competitivo, el mismo se aplica para el 83.1% de los municipios.

Sin embargo, al adoptar como criterio la presencia de una EPS dominante, la cual reuniría como mínimo al 50% de la población afiliada en el municipio, se encuentra que el 86% de los municipios de Antioquia cumplen con este criterio como un buen indicador del grado de concentración. (Ver cuadro).

En conclusión, en el régimen contributivo no están todos los que son, los que están corresponden más o menos a los mismos cotizantes del anterior sistema a quienes se adiciona su familia. Los que están se han trasladado desde el ISS y las cajas públicas hacia las nuevas EPS, y se encuentran concentrados en un bajo número de éstas en cada municipio.

LAVADO INSTITUCIONAL ESPECIALIZADO

- PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES:

Lavado y Asepsia de ropa Quirúrgica y de Hospitalización

- PARA HOTELES, RESTAURANTES, CLUBES Y SIMILARES:

Lavado de ropa blanca y de color

- ALQUILER DE DOTACIONES PARA SU INSTITUCIÓN

- RECOLECCION Y ENTREGA A DOMICILIO LAS 24 HORAS DEL DIA

- DISEÑO, MONTAJE Y OPERACIÓN DE LAVANDERÍAS

- PROYECTOS DE LAVANDERÍA “LLAVE EN MANO”



Conmutador: (4) 381 22 11 CL. 25 A No. 43 B - 161 Fax: (4) 262 42 54



Multinacionales, detrás del mercado del genoma humano

Manipulación genética, en espera

Por Juan Carlos Ceballos S. Periodísta

El Presidente de la República, Andrés Pastrana Arango, objetó los artículos 132 y 134 del nuevo Código Penal Colombiano, que contienen el tema de la manipulación genética. Estas objeciones, propuestas por el Movimiento Laicos por Colombia, encabezado por el senador Carlos Corsi Otálora, han generado un debate en diferentes estamentos de la sociedad colombiana. El senador Corsi Otálora, en entrevista con EL PULSO expone sus razones para denunciar este hecho.

¿Ud. denunció que en Colombia existe manipulación genética?

“En Colombia se ha tratado de implantar una ley penal que autoriza toda manipulación genética. El proyecto de ley que presentó la Fiscalía y que fue modificado en el Senado para que se ajustara a los requerimientos de la bioética -pero que luego fueron rechazadas estas mejoras- dejó como ley para la sanción del Presidente dos artículos: 132 y 134, que autorizan las peores manipulaciones genéticas a escala internacional. Basta con decir que el 134 dice textualmente: ‘el que fecunde los humanos con finalidad diferente a la procreación o a la investigación en los términos del artículo 132, incurrirá en prisión de uno a tres años’. La gente que lee el artículo dice: ‘no, si ahí lo que está haciendo es prohibir la manipulación genética’. Pero no es verdad, prohíbe para permitir, porque dice prohíbe con excepción de la fecundación *in vitro* para la investigación científica. ¿Qué está diciendo esto? Que si se aprueba esa ley con ese artículo, todos los que quieran fecundar niños en probeta, extracorporalmente, pueden mantenerlos vivos para hacer experimentos con ellos, para comenzar a vender los tejidos a las industrias farmacológicas,

para implementar la industria de trasplante de órganos, o sea, generar seres humanos en la primera etapa de su vida, para convertirlos en medios al servicio de esos fines. La persona humana es imagen y semejanza de Dios, tiene la más alta dignidad de todo lo que existe creado y, por tanto, no puede ser tratada como un medio, como un objeto o como un instrumento.

¿Qué interés hay detrás de esto?

Al existir una legislación restrictiva, está impidiendo que algunas de las grandes multinacionales que trabajan en la lucha por adquirir patentes, en el manejo de terapias con base genética, tengan el espacio que quisieran en Europa y en otras partes. Están buscando un país que les permita organizarse para producir masivamente embriones, tejidos, órganos y desde ahí avanzar. Toda la legislación del mundo está resistiendo la presión de estos grupos, que quieren abrir las legislaciones para poder crear una de las mayores industrias.

¿Por qué unos temas de éstos aparecen articulados dentro de un Código Penal?

Varias veces intentaron legalizar estas prácticas a través de leyes específicas, pero como eran tan claras, el Con-



Senador Carlos Corsi Otálora, del movimiento Laicos por Colombia. Foto: Jorge Pérez Pérez

greso las rechazó y no resistieron la presión de la opinión pública, pero al meterlas en cinco artículos pasan incluso desapercibidas, aparentemente oponiéndose a la manipulación, pensando que la ley iba a ser aprobada a pupitrazo, sin que la gente se diera cuenta. Fue una maniobra muy bien pensada para camuflar estas normas dentro de los 400 artículos de una ley supremamente extensa que sólo los especialistas la leen.

¿Existen implicaciones de tipo político en este asunto?

Muchísimas, y esas van a aparecer cuando se discutan las objeciones que en buena hora hizo el Presidente de la República.

¿La comunidad científica, qué ha dicho sobre esto?

La comunidad científica, que verdaderamente es científica, es respetuosa de la vida y la bioética. Hay sectores que des-

co y también económico, sea el que determine la moral.

En este momento, ¿cree que el Código Penal va a pasar con esas objeciones?

Yo tengo confianza de que el Congreso de la República se dará cuenta de que fue víctima de la presentación de un tema muy especializado y que no tuvo conocimiento cuando votó estas normas. Muchos parlamentarios ni siquiera las leyeron, porque iban metidas dentro de un paquete donde les decían que todo estaba bien.

¿Dónde se puede establecer el límite entre la manipulación y la investigación científica?

La investigación busca el conocimiento de la realidad del ser humano, en el campo de la genética y tiene la finalidad de servir al hombre, desde la ciencia. La manipulación utiliza la persona humana, como medio o instrumento, no como fin. Toda investigación debe tener un sentido terapéutico, debe buscar la salud de la persona y no puede utilizar a la persona como simple herramienta de investigación.

En ese sentido ¿los científicos, cómo podrían apropiarse de una propuesta que no esté orientada hacia la manipulación?

Hay científicos y universidades que están haciendo investigación genética muy constructiva. Por ejemplo, el estudio genético se orienta al diagnóstico prenatal de enfermedades que puedan darse en los niños antes del nacimiento y que puedan ser tratadas ahí, en el vientre de la madre. Son investigaciones respetuosas de la vida. Con los adultos, si alguien quiere ofrecerse, tiene que dar una autorización por escrito y reunir una serie de condiciones adecuadas para experimentos que tienen esos fines, con seres humanos vivos. Esta hipótesis no es posible con niños que no pueden expresar su voluntad, más cuando tienden inevitablemente a la muerte.

¿Además del estudio del Código Penal, ud. prepara una ley sobre bioética?

Yo soy ponente de la ley que tiene que ver con el Consejo Nacional de Bioética, que todavía no se ha presentado.

EN I.A.T.M.

La comunidad médica encuentra los servicios de un centro especializado en Resonancia Magnética. Cuenta con la última tecnología, con la cual se ha proyectado como el centro de mayor y mejor calidad en imágenes, lo que garantiza un confiable diagnóstico.

Presta servicios a tarifas SOAT y tiene todas las aplicaciones que permite la tecnología moderna como cerebro, orbitas, silla turca, columna, tórax y aparato cardiovascular, abdomen, pelvis, angiografía por R.M., sistema músculo esquelético, seno, medula ósea, estudios dinámicos y funcionales.

La comunidad tiene a su disposición dos resonadores de campos magnéticos diferentes, en trabajo permanente, lo que garantiza oportunidad en el servicio, calidad en los exámenes, satisfacción y eficiencia para el paciente.



La meta del programa de vacunación en el 2000 en Colombia es erradicar el sarampión. Para ello se vacunará con la Triple A (inmunológico contra el sarampión, rubéola y paperas) a 960 mil menores en un año y con la vacuna "antisarampionosa" a 385 mil niños entre los 1 y 4 años, que por cualquier razón no fueron vacunados en la campaña realizada en el año 1999.

27 IPS participaron en proyecto piloto Acuerdos entre Fidusalud e IPS

Por Angela María Rivera Bohórquez
Corresponsal Santafé de Bogotá

Fidusalud deberá revisar integralmente las reclamaciones y evitar la demora en la devolución de las no aprobadas. El Ministerio replanteará el decreto 2423 de 1996. Las IPS tendrán que intensificar la capacitación en la normatividad vigente, fortalecer las auditorías internas y ser más exactos al diligenciar los formularios

La concertación a la que llegaron IPS y Fidusalud, para la agilización en el pago de las cuentas, es un ejemplo de resolución de conflictos, según expresó el doctor Jorge Maichel González, director general de Gestión Financiera del Ministerio de Salud. Los acuerdos fueron logrados luego de las dificultades expuestas por clínicas y hospitales, públicos y privados, con respecto al trámite de las cuentas ECAT que tiene a cargo la entidad fiduciaria. En este proceso participaron el Ministerio de Salud, 27 Instituciones Prestadoras de

Servicios de Salud, IPS, que conformaron un proyecto piloto; la Superintendencia Nacional de Salud y la Asociación de Clínicas y Hospitales.

Para lograr esta concertación, un equipo de trabajo del Ministerio de Salud se desplazó, inicialmente, a los hospitales que hacían parte del proyecto piloto para verificar lo que sucedía con las cuentas que eran glosadas continuamente. Con los resultados de este trabajo, el Ministerio reunió a Fidusalud, hospitales y clínicas, para analizar sus puntos de vista que incluían las inconformidades de las IPS por las demoras de hasta seis y ocho meses en el pago de las cuentas. Cada una de las partes expuso sus argumentos y con base en este ejercicio, que duró cinco meses, se llegó a conclusiones y compromisos que hoy en día hacen parte de la agenda específica de trabajo.

Problemas Detectados

Sobre la marcha, reconocieron cada uno que tenían dificultades tanto de interpretación como de aplicación de

la norma y, además, que la misma norma tenía vacíos de fondo. Es así como en las IPS se detectó un marcado desconocimiento de la normatividad vigente; debilidades en el proceso de facturación, puesto que la mayoría de las personas que hacen parte de estas áreas son contratistas que no duran en sus cargos, por lo que la capacitación al respecto se pierde o queda incompleta; debilidades en los procesos de auditoría institucional y desinformación en la presentación del problema de glosas.

Se encontró que en algunos casos, Fidusalud no hacía una revisión integral de las reclamaciones; demoraba las devoluciones de las reclamaciones no aprobadas; no les avisaba a los hospitales que ya habían consignado el dinero de las solicitudes aceptadas y había deficiencias en la atención al usuario.

Por su parte, el Ministerio de Salud hizo una profunda reflexión acerca de la responsabilidad y concluyó que la existencia de varios formularios de reclamación, con información repetida, dificultaba su diligenciamiento y generaba reprocesos, además había vacíos en la normatividad vigente, al

igual que en el tiempo establecido para el trámite de las reclamaciones.

Con el fin de superar los problemas técnicos que surgen de la norma, el Ministerio trabaja en la actualización y definición del formulario único de reclamación que evitará las repeticiones y que estará listo durante este semestre. Entre tanto, las IPS están obligadas a continuar con el diligenciamiento de los formularios actuales.

Con respecto al decreto 1283 que contempla los requisitos y beneficios de las personas víctimas de Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos naturales y terroristas, el Ministerio realiza un ajuste que permitirá dar mayor claridad a las situaciones puntuales, como por ejemplo: qué se considera una bomba o un artefacto explosivo, o por qué los beneficiarios de un paciente que dura tres años en coma sí tienen derecho a reclamar la indemnización.

De igual forma replanteará el decreto 2423 de 1996 (manual tarifario) y revisará los procedimientos operativos del Administrador Fiduciario, para que en el nuevo contrato especifiquen los tiempos máximos permitidos en el trámite de las reclamaciones.

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

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



La oferta incluye:

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

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

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



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

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

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

AVISO
SCHERING

Dados los costos sociales, médicos y económicos que producen las epidemias de influenza o gripe, se investigan nuevas medidas de prevención y control que incluyen nuevas cepas atenuadas y una nueva clase de componentes antivirales llamados “inhibidores de las neuroaminidas”, los cuales son efectivos contra los virus de la influenza A y B, además tienen menos efectos adversos y menor riesgo de resistencia antiviral que las drogas actuales.



Doctor Iván Darío Vélez

La virtud escasa de la solidaridad sin artificio, el liderazgo que surge sin imposición, el coraje expresado en cada compromiso... estas y otras historias de 35 años de servicio y una gran lección: El Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín.

Servir: la sabiduría de un hombre generoso



Foto: Hospital Pablo Tobón Uribe

Muchas veces premiado, sin embargo apenas ahora recibirá la más genuina distinción: la que otros seres humanos le hacen a uno con esa delicadeza que es el recuerdo. Diario, en cada cosa que se hace, con el peso de los afectos viejos, las angustias aligeradas entre todos, los propósitos que unieron, las fallas que desunieron pero que fueron también lección.

Después de 35 años de estar al frente del Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín, catalogado como uno de los mejores de Colombia, el doctor Iván Darío Vélez deja su cargo de Director y otros heredan la búsqueda de siempre: no hacer daño, servir y no dejar de pensar cómo se puede ayudar mejor. Descubrir, vaya uno a saber dónde, fuentes nuevas de entusiasmo, de determinación, de ideas eficaces para sobrevivir de manera decorosa en este mundo amenazado. Hoy se recuerda con gratitud al doctor Vélez y con él a muchos otros personajes fundamentales en la consolidación de este Hospital, entre ellos los doctores Antonio Ramírez González, Gabriel Correa Vélez, Paulino Londoño... son innumerables las personas que aportaron valor al trabajo de otras épocas, de otros momentos de la Medicina, probablemente menos agobiantes. Dice el doctor Vélez: “antes hablábamos de médico y paciente, hoy de empresa y cliente; lo que antes era sacerdocio y arte, hoy es ciencia y tecnología; a la solicitud comedida de antes, hoy se contrapone la

exigencia; al acatamiento respetuoso de antes, hoy se contrapone la agresividad; a la confianza se enfrenta hoy con la desconfianza; los honorarios del pasado, hoy son tarifas; la atención individual, se ha tornado en incentivo por volumen; la vocación se ha tornado hoy en negocio; la autonomía profesional en protocolos de atención; la discrecionalidad en plan obligatorio; el ánimo de hacer el bien, en obligación de lograr máximas utilidades; al hombre se le fracciona irrespetando su integralidad; los derechos de cada quien se hipertrofian mientras se minimizan sus deberes, con el consiguiente trauma social; contra el bienestar

y predominio de la vida humana, hoy se pretende que primen las cifras económicas. Si los índices de inflación, de devaluación y de crecimiento del PIB son satisfactorios a juicio de los fríos analistas internacionales, poco importa cómo esté viviendo el ser humano... Actualmente con el nuevo sistema se han logrado aciertos importantes, el propósito de la solidaridad es necesario, pero existen problemas peligrosos y tenemos que participar de su solución. Por ejemplo se está creando en los trabajadores de la salud mucho descontento, están rutinizados, por costos no tienen acceso a programas de actualización y de forma-

ción... ¿Será que quienes están tomando las decisiones del sector nunca han considerado la posibilidad de enfermarse y ser atendidos por personas inconformes, que hacen su trabajo sin motivación alguna?”

Mi vocación

“Mi vocación de ser médico nació, probablemente, en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl en Medellín. Allí estuve hospitalizado durante un año debido a graves quemaduras que sufrí en el incendio de un tranvía. Tendría yo unos siete años y en el San Vicente me trataban de la mejor manera, me entretenían como fuera, unas veces con cajitas de remedios, con jeringas... en fin viví en medio de gente que hacía su labor de manera afectuosa, sencilla, como debe ser. Son muchos los médicos que se creen omnipotentes y se paran en pedestales que son de mantequilla, pues sus grandes verdades de hoy se derriten fácil mañana. Así es en la medicina. En esta época que estuve recluso en el Hospital me dio una hepatitis y, en ese entonces, el tratamiento era prácticamente no comer, a diferencia de lo que ocurre hoy. Así que todo cambia. Por fortuna yo tenía un abuelo muy terco, que me llevaba escondido un termito con mazamorra y bocadillo. La hermana Gabriel, muy recordada, fue testigo de todo eso”. Y aquí recuerda a algún maestro: “por mucho que quieran, esta ciencia seguirá siendo embrionaria, llena de lagunas e inexactitudes y estas solo se pueden disimular por el amor. Trabajamos por amor. Así que no sólo vale lo científico. Ya lo dice el Eclesiastés: Donde abunda sabiduría abundan penas y quien acumula ciencia acumula dolor”.

Después de 35 años al frente del Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín, deja su cargo de director y otros heredan su búsqueda: no hacer daño, servir y no dejar de pensar cómo se puede trabajar mejor.

Sede para investigaciones en la Universidad de Antioquia

Contiguo a la facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y en el denominado sector de la salud, en Medellín, se iniciaron las obras de la Sede de Investigación Universitaria, SIU, que tendrán un costo aproximado a los 30 mil millones de pesos. De esta manera, la U. De A. se propone fortalecer las condiciones físicas y tecnológicas para la investigación, con miras a responder a los nuevos retos que se presentan en esta materia.

La idea con este proyecto es reunir es un mismo espacio el Sistema Universitario de Investigación, que congrega a grupos de investigación consolidados y caracterizados por su excelencia. El terreno para desarrollar las obras del SIU tiene un área de 7.684 M2. El edificio tendrá nueve pisos, de los cuales los dos primeros serán subterráneos. Además de lo anterior, estará complementado por una plazuela que lo unirá al espacio público y al ambiente urbano.

La distribución espacial del SIU queda de la siguiente manera: en el primer piso, la parte administrativa y de atención al público, a los usuarios y pacientes; en los pisos dos y tres, funcionará el área de Ciencias Básicas e Ingeniería; los pisos cuatro, cinco y seis serán para las ciencias biomédicas y el piso siete será para el bioterio y espacio de reuniones para los investigadores.

Por su parte, los laboratorios tendrán dispositivos especiales para la extracción de gases, equipos que estarán ubicados en la terraza superior del

edificio. También para evitar contaminantes por bacterias y virus, se colocarán a la salida filtros de alta eficiencia. Asimismo, dado que los equipos serán de alta tecnología y muy sensibles, el diseño incluye el cableado de fibra óptica.

Por el momento, la obra tiene asegurados 20 mil millones de pesos, 10 mil obtenidos por la Universidad y otros 10 por un empréstito concedido por el Findeter. El dinero faltante está en proceso de negociación. Se espera entregar la obra negra de este edificio en un plazo de diez meses.

NOTICIAS

MANEJO DE RECURSOS DE LA SALUD

Disposiciones del Decreto 046

- Las EPS, ARS, entidades que administren recursos del SOAT y demás que administren recursos de la seguridad social, deberán cancelar íntegramente la parte de las cuentas que no hubieran sido glosadas.

- Las IPS tendrán plazo de 20 días para aclarar glosas fundamentadas.

- Las EPS, ARS y demás entidades mencionadas anteriormente tendrán un plazo máximo de 30 días para informar a la IPS si acepta o no las explicaciones dadas, con independencia de la fecha establecida para el pago. Si no lo hacen tendrán la obligación de constituir la correspondiente provisión para el pago de la cuenta dentro del mes siguiente.

- Las IPS, una vez recibidos los recursos relacionados con los servicios o bienes contratados, están obligadas a cancelar dentro de los 45 días siguientes las obligaciones frente a terceros acreedores.

- Las entidades que tengan deudas con las IPS, con plazo superior a 45 días contados a partir de la presentación de la cuenta o de la fecha convenida para el pago- deberán destinar el 87% del total del flujo de recursos derivados de recuperación de cartera como de la UPC subsidiada, y solo el restante 13% se podrá apropiar como gasto administrativo, hasta cuando regularicen sus pagos con la red de prestadores.

- Las ARS deberán cancelar sus investigaciones con las IPS, máximo en 30 días contados a partir de la fecha en que hubieran recibido las UPC correspondientes, salvo en los casos en que la IPS no hubiera presentado la cuenta de cobro, evento en el cual de todas formas deberán reservar en inversiones de alta liquidez los recursos necesarios para garantizar el pago.

- Las entidades que se encuentren al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios estarán autorizadas, sin otro requisito, a aumentar su afiliación.



La Asociación Colombiana de Endocrinología Pediátrica organiza el IV Simposio de Endocrinología Pediátrica, que se llevará a cabo en Santafé de Bogotá, los días 24 y 25 de marzo. La temática del evento comprende: Las enfermedades crónicas y su repercusión en el crecimiento; prenatal, infancia y adolescencia y los trastornos del mismo relacionados con talla baja patológica, déficit de la hormona del crecimiento, entre otros. Mayores informes, en los teléfonos 6205332 y 6207663. Correo electrónico glaverde@latino.net.co

EL PULSO

11

Marzo del Año 2000 - No.18

MEDIO AMBIENTE

El cultivo de productos transgénicos, su comercio y sus efectos

Aunque no se trata de negar los desarrollos alcanzados por medio de la biotecnología, es necesaria mayor investigación sobre los alimentos transgénicos.

Hace unas pocas semanas se firmó en Montreal, Canadá, el Protocolo de Bioseguridad que regula el comercio de OMV, Organismos Vivos Modificados, más conocidos como transgénicos. Este tema, tan desconocido en Colombia, tiene grandes implicaciones para el comercio internacional de productos, la agricultura, el medio ambiente y la salud humana.

La biotecnología tiene que ver con el aprovechamiento de sistemas y procesos biológicos para crear nuevos productos o actuar sobre elementos naturales. Hay formas sencillas, como la fermentación de cereales para la producción de cervezas o la fermentación de leche para la elaboración de quesos. Los mismos campesinos realizan prácticas biotecnológicas como la utilización de especies depredadoras nativas para el control biológico y especies vegetales locales para abonos orgánicos.

Pero hay otro tipo de biotecnología, la de laboratorio, que además de haber logrado sorprendentes desarrollos en terrenos como la investigación farmacéutica, la medicina y la industria alimenticia, también ha traído grandes debates éticos. Esta integra procesos como el cultivo de tejidos o multiplicación de células en medios artificiales para reproducir y clonar especies vivas, lograr compuestos específicos o investigar características genéticas.

También están los procesos de la ingeniería genética y tecnologías enzimáticas, que integran procesos de DNA recombinante, hibridomas y fusión de protoplastos, para introducir genes de microorganismos, plantas y animales a

otros organismos y obtener nuevos productos con las propiedades introducidas.

Los transgénicos pueden ser microorganismos como bacterias, bacilos, hongos y virus; plantas o animales, como la vaca, a la que se le han introducido genes humanos para inducir la producción de leche con las particularidades de la leche humana.

En materia de producción de alimentos, un estudio realizado por la organización internacional Green Peace demostró que en este caso las búsquedas van hacia el desarrollo de tolerancia a sustancias químicas tóxicas; la resistencia a insectos y enfermedades; el mejoramiento de las características físicas y químicas, como sabor, crecimiento, consistencia; y la adaptación a condiciones ambientales diferentes.

Según la bióloga Lucía Vásquez Celis, estos organismos tienen gran movilidad, puesto que para facilitar su introducción se utilizan vectores genéticos de diversas fuentes, incluso virus o a y u d a s bioquímicas, que pueden producir saltos inesperados de genes. Esto puede generar la activación o desactivación de genes, readecuaciones del ADN o amplificación de secuencias genéticas.

Alimentos de ciencia ficción

Por Carmen Elisa Chaves

Periodista

Posibles efectos

Para Lucía Vásquez, los efectos pueden ir desde la salud humana hasta la generación de especies dañinas para los ecosistemas. Se prevé que la utilización de plantas tolerantes a herbicidas en la agricultura puede incrementar el uso de éstos y la resistencia de las malezas a los mismos.

Según Green Peace, las nuevas plantas tendrán ventajas sobre las especies nativas, lo que podría generar su invasión a los ecosistemas. Además, el uso de especies con resis-

tencia a insectos y enfermedades provocarían cambios en los ecosistemas, efectos sobre la fauna nativa y, porque no, sobre la salud humana. Además, se podría reducir la biodiversidad y alterarse los ciclos químicos y funciones naturales.

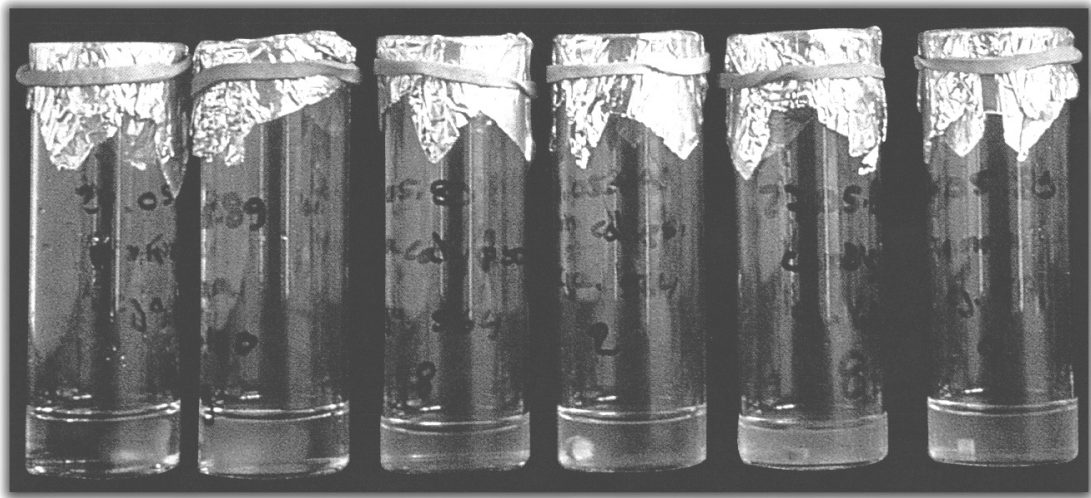
En cuanto a la calidad de los productos, ésta puede ser afectada positivamente dependiendo de que la composición de los alimentos sea armónica con los sistemas humanos. El científico húngaro-británico, Arpad Pusztai, hizo estudios sobre los efectos del maíz transgénico en conejos y ratones y comprobó su relación con el

cáncer de estómago y los trastornos digestivos de dichos animales. Sin embargo, los resultados de estas investigaciones no son replicables para la salud humana.

Por otro lado, los países con mayores avances en este tema pueden llegar a autoabastecerse totalmente y disminuir el porcentaje de importación de alimentos de los países en desarrollo. Para Tarsicio Aguilar, agrónomo de la Corporación Penca de Sábila y miembro de la Red de Agricultura Biológica, Recab, cada día se va a generar un mayor control sobre la agricultura de los países del tercer mundo y los campesinos serán obligados a continuar en el círculo vicioso comercial de las multinacionales agrícolas.

Hasta el momento sólo se está comerciando con soya y maíz transgénicos, pero en un futuro muy cercano aumentará el número de especies y variedades. Según la Red de Acción contra el Uso de Plaguicidas, Rapal, en 1998 Estados Unidos sembró 20,5 millones de hectáreas en transgénicos, durante el mismo año Argentina sembró 4,3 millones de hectáreas. Además, 32% de la soya que produce Estados Unidos y el 60% de la que produce Argentina es de semilla transgénica.

Para los ambientalistas, es necesario avanzar en las investigaciones y que se incluya en las normativas el Principio de Precaución para que cada país decida si importa transgénicos mientras se comprueba científicamente la ausencia de riesgos. En ese sentido, Tarsicio Aguilar afirma que es de vital importancia el asunto del etiquetado, tanto en materia prima como en productos procesados. "Eso permite que mientras se comprueban los efectos sea el consumidor quien tome la decisión".



Aunque solo se está comerciando con soya y maíz transgénicos, ya se han logrado resultados con cultivos básicos como el tomate, la papa y el arroz, entre otros. Foto: Revista Ecológica No.19

Los intereses del comercio de transgénicos

Uno de los bloques del debate previo a la firma del Protocolo de Bioseguridad estuvo conformado por los países exportadores de grano: Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Uruguay y Australia.

El otro frente estaba conformado por la Unión Europea y la mayoría de los países del tercer mundo, interesados en imponer más restricciones al comercio de transgénicos.

Las discusiones hacia la firma

del Protocolo se dieron alrededor de dos puntos neurálgicos. El primero tiene que ver con el Principio de Precaución. Después de un gran tira y afloje, la Unión Europea logró que cualquier país pueda rechazar la importación de OMV si no está seguro de los efectos. Aunque es cierto que las investigaciones científicas no han podido confirmar los riesgos, el Principio de Precaución permite que se impongan controles hasta no determinar, con evidencias científicas, la ausencia de éstos.

El otro tema álgido fue el de las etiquetas. Aunque la Unión Europea buscaba que las cargas de productos transgénicos incluyeran una explicación detallada sobre el tipo de modificación y los posibles riesgos, el Protocolo sólo exige una advertencia sucinta sobre la presencia de OMV. Esto, además, sólo operaría en relación con la materia prima, dejando de lado alimentos procesados con base en dichos cultivos.

El club de los superalimentos

La variedad de alimentos producidos con base en la biotecnología crece cada día. En la China, por ejemplo, los científicos lograron aislar el gen que produce la hormona del crecimiento humano y lo introdujeron en la carpa dorada, logrando un crecimiento cuatro veces más rápido. Se espera que en poco tiempo se logre producir papa con las características nutritivas de la carne y lo mismo se lograría posteriormente con cultivos como el arroz y la yuca.

La multinacional agrícola Monsanto ya produjo un supertomate que gracias a resistencias incorporadas es inmune a los parásitos, virus y herbicidas. Otros cultivos resistentes a herbicidas, por transformación genética son el algodón y la soya.

Otros son resistentes a enfermedades y a insectos. Para ello se les pueden introducir genes de

toxinas de escorpión o de veneno de araña. Ya hay experiencias exitosas con tomate, maíz, algodón y tabaco.

En otros casos se busca mejorar o cambiar sabor, aspecto o composición. Se han hecho modificaciones al tomate para retardar su deterioro. Al maíz dulce, la patata y al arroz se les ha adaptado su contenido de almidón con fines industriales.

También se buscan adaptaciones a condiciones ambientales diferentes. Ya se han logrado resultados con el arroz, el maíz, la batata, el ñame, el pepino, la berenjena, el banano, el melón, la rosa y el tabaco. De hecho, es famoso el ejemplo de una especie de papa a la que se le introdujo el gen que permite que un pez del Ártico resista temperaturas bajo cero, con el fin de que dicho cultivo sobreviviera a las heladas.

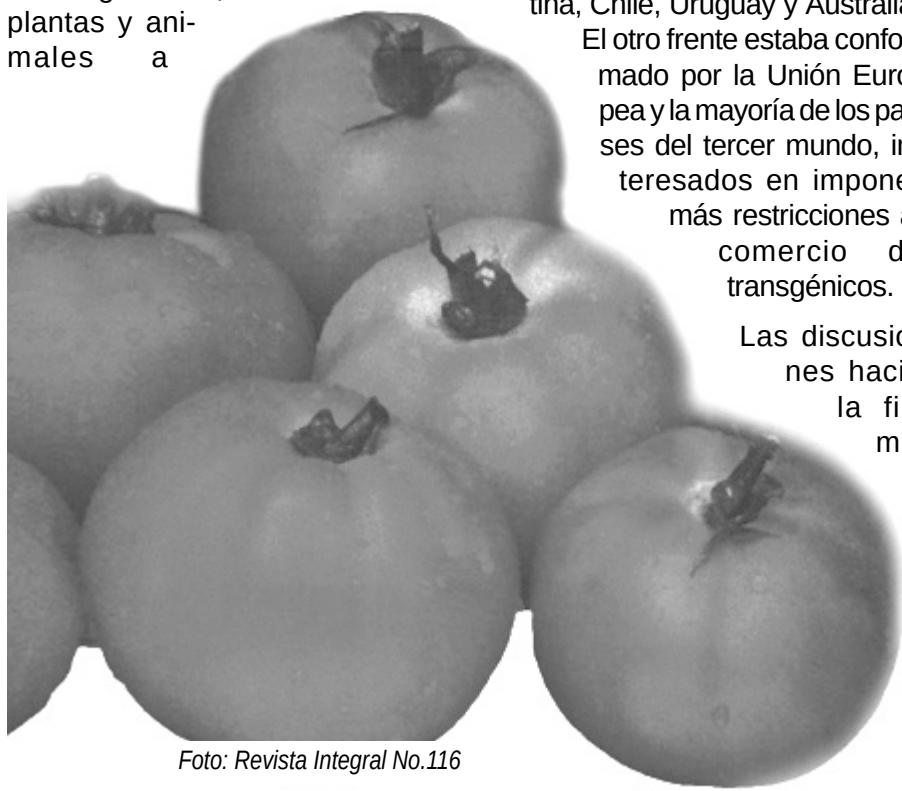


Foto: Revista Integral No.116



¿Cuántos antioqueños tienen cáncer?

La Dirección Seccional de Antioquia firmó un convenio con el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín para adelantar el proyecto de Registro Poblacional de Cáncer, en el departamento. El mismo pretende recolectar la información, lo más exacta posible, sobre las personas que padecen de cáncer, los tratamientos que les adelantan, la sobrevivencia que tienen y la mortalidad que ocasiona, de manera que permita adelantar acciones para mejorar los diagnósticos y tratamientos en los pacientes.

De acuerdo con el doctor Luis Armando Galeano Marín, coordinador del proyecto de enfermedades crónicas y degenerativas de la Seccional de Salud de Antioquia, la información que se capte en el Registro Poblacional de Cáncer, será de gran utilidad para los médicos y científicos del área de la salud, porque permitirá generar nuevas conductas médicas, nuevos esquemas de tratamiento y establecer programas de prevención.

El éxito de esta propuesta depende en buena medida de la información que remita el personal de la salud involucrado en la atención, diagnóstico o rehabilitación de las personas que sufren de cáncer y para ello la Seccional de Salud de Antioquia ha distribuido por los diferentes municipios del departamento, una ficha que contiene información básica.

El Hospital Universitario San Vicente de Paúl ha dispuesto de una oficina para el proyecto del Registro Poblacional de Cáncer, ubicado en el segundo piso del pabellón de Ginecobstetricia, a donde pueden hacer llegar esta correspondencia. La información puede ser remitida, igualmente, por correo electrónico a la siguiente dirección: cancer@md.impsat.net.co. De igual manera, pueden comunicarse con el telefax 5712577.

Qué es un Registro Poblacional

Es un grupo de personas que recolectan toda la información de una enfermedad o conjunto de enfermedades, dentro de un área territorial definida. Los resultados que aporten serán la base para tomar decisiones frente a las intervenciones que el Estado debe asumir, para afrontar las afecciones y sirve además para que la comunidad científica mejore los tratamientos y los diagnósticos que deban realizar.

La Dirección Seccional de Salud de Antioquia espera que con este proyecto se conozca la real dimensión de la problemática del cáncer en el departamento, priorizar la toma de decisiones en materia de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, como también describir la magnitud y naturaleza del impacto de cáncer en la comunidad.

ACERCA DE LA SELECCIÓN ADVERSA (2)

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

“Si nuestra opinión pública fuese realmente madura y patriótica, tendría que ocuparse de cuestiones de la trascendencia y magnitud del tema propuesto: la salud materno-infantil”

Las mujeres colombianas, pobres o de niveles socioeconómicos al menos dependientes de un salario de clase media, se encuentran en alguna de las oficinas intermediarias que el sistema ha ideado para “racionalizar” el proceso de atención. Allí, es obvio, un funcionario anónimo encuentra los mecanismos para no autorizar las medidas de los médicos tratantes, en caso de que hayan logrado ser vistas por un especialista.

En el caso de la León XIII de la ciudad de Medellín lo que ocurrió fue que en un lapso de dos años se desmoronó toda una infraestructura de atención ginecológica, obstétrica y perinatal. Del mismo modo, ante la mirada atónita de las pacientes afiliadas o beneficiarias del ISS, ocurrió en ese lapso la casi total desarticulación del servicio de cirugía ginecológica.

Son enormes los contratiempos y los obstáculos que tiene que superar una de estas pacientes para ser atendida por un ginecólogo, en condiciones de continuidad y de relación médico-paciente, que distan mucho de ser las ideales para el ejercicio de esta especialidad. Con esfuerzos enormes, en las condiciones actuales un puñado de enfermas ginecológicas pueden llegar a tener una solución a sus problemas quirúrgicos con alguna oportunidad. A esto se suman discutibles criterios de evaluación preoperatoria y de cuidados postoperatorios que se

han convertido en “lo normal”. Prácticamente no existe la posibilidad de establecer ninguna medida de seguimiento de las pacientes a largo plazo.

Para quien no puede negar el significado de las cifras de mortalidad materna y perinatal, como indicadores de la situación de salud de una nación, esto no puede pasar desapercibido. Se trata de un problema de unas magnitudes sociológicas y políticas incalculables. En sociedades civilizadas, situaciones como las del cierre del servicio de maternidad del ISS serían motivo para investigaciones y juicios de responsabilidades en los más altos niveles de la dirección del estado.

Este tema debería haber sido, desde hace por lo menos unos cinco

años, material para uno de los debates políticos más rigurosos e importantes que se considerarían en Colombia. Si nuestra opinión pública fuese realmente madura y patriótica, tendría que ocuparse de cuestiones de la trascendencia y magnitud del tema propuesto: la salud materno-infantil. Pero no, Colombia está paralizada ante la patológica difusión que hacen los medios de comunicación al tema de las conversaciones con unas antiguas y violentas minorías carentes de oído y de corazón.

Es asombrosa, por no decir algo más, la cortina de silencio que sobre un asunto tan crucial como la salud materno-infantil, han tendido las organizaciones médicas de la ginecología y obstetricia. Se debe también incluir aquí el silen-

Este tema debería haber sido, desde hace por lo menos unos cinco años, material para uno de los debates políticos más rigurosos e importantes que se considerarían en Colombia.

cio inexplicable de las organizaciones de pediatría. Es como si se encontrasen absortas en infinitas discusiones sobre negociación de honorarios con los intermediarios impuestos por el sistema. No han podido comprender que los culpables no son los pagadores, es el sistema. Como se trata de una consideración de envergadura estructural, los líderes de los gremios médicos contemporáneos la han evitado de manera sistemática.

La historia –y las cifras de los indicadores como la mortalidad materna y perinatal– harán que la comunidad se interrogue sobre el papel que los médicos colombianos, en especial los obstetras y los pediatras, hemos asumido en esta crisis. Se trata de una responsabilidad colosal. Estos problemas comenzaron a solucionarse en los países civilizados en los primeros veinte años del siglo que termina. En este siglo nos tocará comenzar a trabajar sobre los restos de la demolición que efectuó la ley 100 (y, hay que decirlo claramente, el gobierno de César Gaviria Trujillo) en la salud materno-infantil colombiana.

Es asombroso, por no decir algo más, la cortina de silencio que sobre un asunto tan crucial como la salud materno-infantil, han tendido las organizaciones médicas de la ginecología y obstetricia.



El cierre del servicio de maternidad del ISS podría ser motivo de investigaciones y juicios de responsabilidad, en los más altos niveles de dirección del Estado.
Foto: Archivo

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

La Cultura de la prevención

Una evaluación del Sistema General de Riesgos Profesionales luego de seis años de haber entrado en vigencia la ley 100 que creó el nuevo Sistema de Seguridad Social en Colombia, deja en claro avances y también retos que aún no se asumen.

El negocio del Seguro de Riesgos Profesionales es tal vez el más atractivo si se le compara con

Salud y Pensiones. Es por ello que alrededor de las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, se produjo una

inversión importante de capital, la cual, para las principales de ellas, ya empieza a revertir la inversión.

ANTECEDENTES

Son varios los aspectos que anteceden a la creación del sistema general de Riesgos Profesionales. El primero es el “monopolio de la atención de riesgos en el país, en manos del Seguro Social”, sin olvidar que por 40 años no sólo introdujo el tema y su aseguramiento, sino que contribuyó a impactar la

siniestralidad, provocó una falta de dinamismo, crecimiento y atención a sus empresas y afiliados. El volumen notable de población objetivo, produjo necesariamente definiciones de priorización, lo que condujo a que gran parte del sector permaneciera al margen de las actividades de preven-

ción de los riesgos ligados al trabajo.

De otro lado, está el interés en el país por la temática de riesgos profesionales, que permaneció al lado de un núcleo muy pequeño de personas e instituciones como el Seguro Social, parte de la empresa multina-

se fortalece en las empresas

Jorge Oswaldo Restrepo Villa md.

Presidente de la Junta Directiva del Consejo Colombiano de Seguridad.

Jefe de Salud Ocupacional Cervecería Unión



Foto: Revista Protección y Seguridad, No.268

nales, una inversión importante y evidente. Inversión que es registrada en menores costos producto de accidentes, incidentes, enfermedades, emergencias y demandas, entre otras.

Y por último, el mundo globalizado camina hoy eliminando barreras arancelarias y para-arancelarias en el comercio de productos y servicios. No es posible en momentos como el actual producir sacrificando la protección de las personas que laboran. Las naciones responsables no están dispuestas a entablar relaciones comerciales con quienes producen a menor costo, al no asumir obligaciones de protección de los trabajadores con programas de prevención y control de riesgos laborales.

cional y de la gran empresa nacional y el Consejo Colombiano de Seguridad que como iniciativa del sector privado ha acelerado y ganado espacio y reconocimiento, además de un número muy reducido de profesionales inquietos por la temática. Sólo desde hace 10 años ha habido un impulso mayor y éste se vio crecer a partir de la ley 100 de 1993.

También está el deterioro de la economía del país y el incremento del sector informal y de la economía subterránea. Los desplazamientos de mano de obra y el desempleo en aumento han provocado estancamiento en el número de afiliados al sistema, que por otro lado no tienen cobertura de riesgos profesionales.

Asimismo subsiste en el medio una visión muy miope y cortoplacista que impide ver en el **Aseguramiento de los Riesgos Profesio-**

LOGROS

El nuevo sistema de Riesgos Profesionales ha logrado importantes avances como una nueva dinámica en el sistema general de riesgos profesionales. Indudablemente, la entrada en escena de las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, ha traído beneficios tangibles en procesos de prevención de riesgos. La competencia que se ha generado en la parte comercial, ha tenido su correspondencia en la parte técnica al tener que prestar servicios de asesoría, capacitación y entrenamiento de mejor calidad, en forma personalizada e impactando

siniestralidad sobre todo en un grupo importante de empresas.

De otro lado, la posibilidad que brinda la legislación de poder trasladarse de ARP, obliga a las mismas a un servicio permanente que colme las expectativas de los clientes (empresas).

El aumento del personal profesional y técnico para soporte de los servicios comprometidos, es otro de los logros. Es indudable que la dinámica de las ARP ha producido la formación de un grupo importante de técnicos y profesionales, recurso

escaso hasta hace muy pocos años en el país. Hoy se estudian fórmulas para la formación de nuevos profesionales.

También se ha generado una mayor conciencia de la cultura de la prevención y la importancia de la atención de Riesgos Profesionales y se ha avanzado en la consolidación del sistema y por el lado del Seguro Social, la ARP ha debido modificar su antigua estructura, como único asegurador en materia de riesgos profesionales y conserva aún un volumen importante de afiliados.

RETOS

El sistema general de Riesgos Profesionales tiene varios retos que afrontar, para dar cabida a lo contemplado en la ley. Los principales se enumeran a continuación:

1. Aumento de cobertura: La cobertura por Riesgos Profesionales no ha aumentado en la medida que se esperaba. En la práctica ha habido una repartición de cupos en un mercado que no ha crecido.
2. El sistema general de Riesgos Profesionales aún no llega a trabajadores independientes, al sector informal de la economía y al agro, por lo que existe una gran población sin cobertura. Se estima hoy los afiliados son sólo alrededor de seis millones de personas.
3. Faltan por reglamentar aspectos de la legislación planteada en la ley 100, como el de incentivar la inversión de empresas con menores cargos de tributación del Seguro. Otros aspectos reglamentados requerirían revisión y ajuste.
4. No se tiene hoy una situación muy delicada, un subsistema de información que dé cuenta de los indicadores, siniestralidad, impacto de los programas, logros obtenidos y formas de comparación histórica frente a países más avanzados.
5. La atención de la enfermedad profesional en el país es muy pobre aún.
6. Hay notable evasión de aportes al sistema por parte de un número importante de empresas.

Como se puede evidenciar, se han dado pasos interesantes en el desarrollo del sistema general de Riesgos Profesionales, pero los retos al frente son bastante grandes, de tal manera que se pueda colocar al país en un sitio de honor en lo que respecta a la PREVENCIÓN, LA SEGURIDAD, LA CULTURA PREVISIVA, única manera de mejorar la calidad, productividad y competitividad que reclamará el siglo veintiuno.

aviso
FRESENIUS

CRUCIPULSO

Por Julio Ramiro Sanín, md

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

Encuentre la solución en el próximo número.

SOLUCIÓN AL ANTERIOR

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

CLASIFICADOS

Anuncie en los clasificados del periódico **EL PULSO**

TARIFAS ECONÓMICAS
Mayores informes, teléfonos:
2634396 - 2637810

La Fundación Ximena Rico requiere los servicios voluntarios de una Comunicadora Social, como apoyo a la labor que cumple esta institución. Mayores informes en el **teléfono 2161815**

Rebobinado de cintas de impresoras, remanufactura de cartuchos para impresora láser y recarga de cartuchos de impresión de tinta.
Teléfono: 2340261

Perfumería fina, gran variedad y mejores precios.
Teléfono: 3414150

Mantenimiento preventivo y correctivo de equipo médico y electrónico

Tel.: 542 54 40
Beep: 265 97 77
Cód: 48259

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

MENSAJERIA URBANA
Licencia MIN
Nº 000122

- HORIZONTALES**
1. Así nos dejaron los brasileños.
2. Cólico. Nombre de mujer.
3.... para levantarse no es ... así sea 9-0. Así nos fue en Londrina.
4. Partícula privativa. Que se sale de la norma –o también- fundillo enfermo.
5. La ... de nuestros males, es la falta de preparación. Níquel. Consonante invertida.
6. Mao ... (Invertido) y le robaron la G del final.
7. Jugar con el gusano (mal pensado) se aplica a los pescadores.
8. Residuos nitrogenados que se concentran en la orina. Sin ... ni son.
9. Las dos primeras. Brilla la luz en el agua.
10. Hijo de Noé.
- VERTICALES**
1. País de Centroamérica (plural).
2. Antiguo lancero ruso (femenino). Ciudad importante y grande.
3. Vocal repetida. Del verbo ir.
4. Que come mucho y con aidez. Río suizo.
5. Sin identificar. Inesita Sanín.
6. Por éste llama la hormiga a su mamá.
7. Ermitaño. Nota Musical.
8. Versifica. Nombre de mujer.
9. Peras y manzanas muy gustosas.
10. Originario de otro país.

EVENTOS-EVENTOS-EVENTOS

- * X Simposio Internacional de Dermatología. C.E.S. Medellín, Colombia. Marzo 3 al 4.
 - * VI Congreso Mundial de apnea de sueño, Sidney, Australia. Marzo 12 al 15.
 - * IV Congreso Colombiano de Hospitales y Clínicas. Centro Empresarial Compensar. Santafé de Bogotá. Informes: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, PBX 3124411. E-mail: eventos@latinmail.com
 - * V Congreso Colombiano de Endocrinología. Santafé de Bogotá. Marzo 13-18 del 2000.
 - * I Congreso Colombiano Mundial de Posgrado en Medicina del Deporte. Santafé de Bogotá, marzo 13-18 del 2000. Mayores informes en la Universidad del Bosque, postgrado en Medicina Deportiva, teléfono 6252006. [Http://www.unbosque.edu.co](http://www.unbosque.edu.co)
 - * IV Simposio de Endocrinología Pediátrica. Santafé de Bogotá, 24-25 de marzo. Mayores informes: Teléfonos 2135403-6205332. Correo electrónico glaverde@latino.net.co
 - * VI Seminario Integral de Sida. Santiago de Cali, Colombia. Abril 5-8. Mayores informes en el teléfono 6600032-6610481. Correo electrónico: galindo@cisida.org.co o en la www.cisida.org.co
 - * Retina Meeting. Frankfurt, Alemania. Abril 8 al 9.
- * 1er Congreso Iberoamericano de Enfermería Geriátrica y Gerontología. Logroño-España. 7-11 abril del 2000. Mayores informes en www.arrakis.es
 - * XX Reunión Anual de Dermatología Latinoamericana. Mar del Plata, Argentina. Mayo 6 al 9.
 - * Clinical Dermatology 2000. Viena, Austria. Mayo 18 al 20.
 - * XIV Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Micología Humana y Animal. Buenos Aires, Argentina. Mayo 8 al 12.
 - * III Congreso Colombiano de Salud Familiar. Mayo 24-26, Medellín. Organiza: Facultad Nacional de Salud Pública, U. de A. Mayores informes: teléfonos 5106807 ó 5106807. Correo electrónico: cextsp@guajiros.udea.edu.co
 - * XXX Congreso Nacional de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Ibagué, Colombia. Mayo 31 al 5 de junio del 2000. Centro de Convenciones Alfonso López Pumarejo.
 - * Congreso Mundial de Bioética. España. Junio (fecha y ciudad por definir).
 - * V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. México D.F. 5 al 9 de junio del 2000. Mayores informes e-mail: 5gchp@cenids.ssa.gob.mx o 5cmps@paho.org
 - * Congreso Mundial de Bioética. Gijón, 20-24 de junio del 2000. Mayores informes en www.bioetica.sibi.org
- * II Congreso de la Asociación Latinoamericana del Tórax. Cartagena. Colombia. Agosto 3 al 6.
 - * X Conferencia Internacional Sobre Trichinellosis, Fontainebleau, Francia. Agosto 20 al 24.
 - * XXVIII Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Hematología. Toronto, Canadá. Agosto 26 al 30.
 - * XIX Congreso Mundial de la Rehabilitación Internacional. Tema central: “Ciudadanía y diversidad en el nuevo milenio”. Fechas: agosto 25 al 29 del 2000, en Río de Janeiro, Brasil. Mayores informes en el correo electrónico: cm@cxpostal.com.br o en la página web www.ri.org.br
 - * IV Taller Internacional de Salud y Trabajo Social en el Nuevo Siglo. Ciudad de La Habana, Cuba. 27 al 30 de septiembre del 2000. Mayores informes en el teléfono (537) 576077 o (537) 576058.
 - * 1er Congreso Iberoamericano de Rehabilitación Cardíaca y Prevención Secundaria. Organiza Instituto Cubano de Cardiología y Cirugía Cardiovascular Centro de Rehabilitación. La Habana, Octubre 9-12 del 2000. Mayores informes, e-mail: crehab@informed.sld.cu

Días clásicos de marzo, 15 Día Internacional del Agua
23 Día del Optómetra-24 Día Internacional de la Tuberculosis

Le tenemos la invitación más **ESPECIAL** que le han podido hacer en mucho tiempo...

SUSCRÍBASE

EL PULSO

Periódico para el sector de la salud

Fecha de suscripción: _____	
Nombre (s): _____	
Apellidos: _____	
Dirección de envío : _____	
Ciudad – País : _____	
Teléfono: Fax: _____	
Correo electrónico : _____	
Residencia : _____	
Oficina : _____	
Apartado Aéreo : _____	
VALOR SUSCRIPCIÓN ANUAL \$ 26.000	
Forma de pago	Efectivo ☐ Cheque ☐
(a nombre de la Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl)	
Banco : _____	
Cheque no.: _____	
Usted puede realizar su consignación en cualquier ciudad del país, en las cuentas:	
Banco Ganadero, cuenta no. 29900056-2	
Banco Santander, cuenta no. 01004147-3	
Favor enviar copia de la consignación al Fax.: 263 44 75	

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

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



Estados Unidos es uno de los países industrializados del mundo que no cuenta con un plan universal de salud y en la actualidad existen en ese país, 44 millones de personas sin cobertura médica. El presidente Bill Clinton propuso un nuevo plan con un costo de 100 mil millones de dólares que extendería la cobertura médica a niños de escasos recursos y a sus padres.

C U L T U R A L

Marzo del Año 2000 - No.18

“La irresolución médica, la debilidad de sus argumentos, adivinaciones y fundamentos; la rudeza de sus discusiones impregnadas de odio, envidia y egoísmo... es preciso ser ciego de remate para no reconocerse en peligro entre sus manos.”
Montaigne (1.533-1.592)



“ En la medicina venero yo su utilidad al género humano; mas lo que entre nosotros designa no lo honro ni lo estimo...”

No apto para vanidosos
De ciertos
médicos

Por Ana C. Ochoa
Periodista

De vez en cuando conviene “frotar y limar” nuestro cerebro con el de los demás, recomendó Miguel Eyquem, señor de Montaigne (1.533-1.592). Esta vez la “limada” no es apta para vanidosos, y tal vez algún sabio raro salga despa- vorido. “Ni una sola cosa hay tan vacía y menesterosa como tu...” les

dijo a muchos genios autoproclamados, magistrados arbitrarios vaya uno a saber por qué. “La medicina es socorro de poco fiar”. “Nada más mísero y soberbio que el hombre”, escribió este maestro de la duda, escrutador de desencantos cuyas ideas -mosai- cos sin junturas las llamó él- han tendido puentes de afuera hacia

adentro durante muchos siglos. Su pensamiento se ha visto navegar entre Descartes, Bacon o Voltaire... “Nací entre las 11 y el mediodía, en 1.533 en el cas- tillo de Perigord...todas las ideas más contradictorias se en- cuentran en mi alma: vergonzoso, insolente; casto, lujurioso; habla- dor, taciturno; laborioso, negligén-

te; ingenioso, torpe; malhumora- do, de buen talante; mentiroso, veraz; sabio, ignorante; liberal, ava- ro y pródigo.

El hombre es cosa pasmosamente vana, variable y ondeante y es difícil fundamentar sobre él un juicio cons- tante y uniforme”. Barba Jacob lo ci- taba y ya sabemos que sobre la vida profunda hizo más que una canción.

“El mal de piedra”

Montaigne sufría de lo que llamaban “mal de piedra”, pero de sus riñones se la- mentó menos que de los mé- dicos: “La experiencia me hace temer...no veo gentes que más enfermen ni que más tarde curen que las que viven bajo la jurisdicción de la medicina...en la medicina venero yo su glorioso epíte- to, su proposición y sus pro- mesas de utilidad indudable al género humano; mas lo que entre nosotros designa no lo honro ni lo estimo.

Preguntado un lacedemonio por la causa de su larga y sa- ludable vida respondió que obedecía a la ‘ignorancia de la medicina’ y Adriano, el emperador, ya moribundo, gritaba sin cesar que la tira- nía de los médicos le había matado. Un luchador detes- table se hizo médico y Diógenes le dijo: ‘Animo ami- go, hiciste bien, ahora echa- rás por tierra a los que anta- ño te derribaron’.

...yo consulto rara vez las alteraciones que experi- mente, pues aquellas gen- tes (los médicos) tienen mucho terreno ganado cuando dependemos de su misericordia: os aturden siempre con sus pronósti- cos; como me sorprendie- ron antaño debilitado pro el mal, maltratáronme con sus dogmas y continente ma- gistrales.”



“No veo gentes que más enfermen ni que más tarde curen que las que viven bajo la jurisdicción de la medicina”.

Qué porte y
qué continente tienen

“¿Quién vio nunca un médico servirse de la receta de su com- pañero sin añadir o quitar algu- na cosa? Con esto denuncian de sobra su arte...”

Debieran resignarse con el perpe- tuo desacuerdo que se descubre en las opiniones de los principales maestros y autores antiguos que trataron de esa ciencia, el cual sólo es conocido por los hombres ver- sados en los libros, guardándose de hacer patente al vulgo las contro- versias y veleidades de juicio que perpetuamente encienden y alimen- tan entre ellos.

Antes de la guerra peloponesiaca no hubo grandes nuevas de esta ciencia. Hipócrates la acreditó y, cuantos principios éste había sen- tado, vino Crisipo y los derribó; lue- go Erasístrato, nieto de Aristóteles, desmenuzó cuanto Crisipo había escrito; después de ellos sobrevi- nieron los empíricos, quienes si- guieron un camino enteramente opuesto al seguido por los antiguos en el cultivo de este arte; y cuando el crédito de estos últimos empezó a envejecer, Herófilo puso de moda otra suerte de medicina que Asclepiades vino a combatir y a ani- quilar a su vez. En su época alcan- zaron autoridad las opiniones de Temison, y después las de Musa, y

todavía posteriormente las de Victio Valens, médico famoso por el trato íntimo que tuvo con Mesalina. El cetro de la medicina fue a parar en tiempo de Nerón a manos de Tesalo, el cual abolió y condenó cuanto había hasta él estado vigen- te; la doctrina de éste fue abatida por Crinas de Marsella, quien nos trajo como novedades el apañar to- das las operaciones médicas con- forme a las efemérides y movimien- tos de los astros; comer, beber y dormir a la hora que pluguiera a la Luna y a Mercurio. Su autoridad fue muy poco después suplantada por Carino, médico de la misma ciudad de Marsella, quien comba- tió no sólo la antigua medicina, sino también el uso público de los ba- ños calientes, de tantos siglos an- tes acostumbrado. Este galeno ha- cía bañar a los hombres en agua fría hasta en invierno, y zambullía a los enfermos en la corriente de los arroyos. Hasta la época de Plinio ningún romano se había dig- nado ejercer la medicina; practicábanla los griegos y los ex- tranjeros, como entre nosotros la ejercen los latinajistas; pues como dice un médico competéntísimo, no aceptamos de buen grado el re- medio que entendemos, como tampoco la droga que cogemos con nuestras manos.

Asuntos de fe

“...Nos convencen, cuando la enfermedad se encuentra aguzada por los remedios que aplican, de la seguridad de que nuestro estado sería aún más desastroso sin sus remedios...en verdad obran cuerdamente al requerir del enfermo una creencia que les sea enteramente favora- ble; preciso es que sea de esa índole, y bien elástica además, para aplicarla a es- pecies tan difíciles de tragar. Platón decía, con razón so- brada, que sólo a los médi- cos pertenecía el mentir con libertad completa, puesto que nuestra salud depende de la vanidad y falsedad de sus promesas. Esopo, autor de excelencia rarísima, de quien pocas gentes descu- bren todas las gracias, nos representa ingeniosamente la autoridad tiránica que los médicos usurpan sobre esas pobres almas débiles y aba- tidas por el temor y el mal. Pues refiere que un enfermo, interrogado por el que le asistía acerca del efecto que experimentaba con los me- dicamentos que le suminis- trara contestó: “He sudado mucho. -Eso es bueno”, re- puso el médico. Otra vez preguntóle cómo le había ido después: “he sentido un frío intenso, respondió el pacien- te, y he rehilado mucho. -Eso es bueno” añadió el médico. Y como uno de sus domésti- cos se inquiriera de su situa- ción, en verdad amigo, res- pondió, a fuerza de bienes- tar me voy muriendo.”

RESEÑA
BIBLIOGRÁFICA



URGENCIAS:
GUÍA DE
MANEJO

Editor
académico:
Iván Darío Ramírez. Md.

“La medicina como ciencia y arte, pero sobre todo como valor, tiene su punto de partida y de llegada en el hombre. ¿Para qué la medicina sin el hombre? Es clarísimo que sin este, ella no tiene ningún valor. la medicina es por él. de aquí que todo esfuerzo que se haga, necesaria- mente tiene que llegar a lo humano del ser.

En la medicina lo más va- lioso, lo que da mayor sen- tido, es poder palpar el sentimiento humano y el permitir hacernos aliados de él para afrontar el mal momento, el dolor, el de la soledad y aún el de lo irre- vocable, ese sentimiento compuesto por muchos va- lores que trascienden la ciencia y la técnica, que no pueden escribirse sino que sólo pueden sentirse, lo que encuentran pocos; en realidad, sólo aquellos que se dedican al ejercicio de la medicina con despreñ- miento y entusiasmo”.

Tomado del prólogo
del libro

El Hospital Manuel Uribe Angel, del municipio de Envigado, Antioquia, es el primero en el país que logra el proceso de reestructuración administrativa y organizacional, exigido en el sector de la salud, para garantizar la subsistencia y la rentabilidad futura de estas unidades hospitalarias. Esta fue una labor de equipo en la que participaron los funcionarios del hospital, con el apoyo de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia y del Municipio de Envigado.

El Ces fortalecerá oferta de posgrados

El Instituto de Ciencias de la Salud CES, estudia la posibilidad de abrir nuevos programas diferentes a las áreas de la salud, según lo expresó su nuevo Rector, doctor José María Maya Mejía, quien fue elegido por el Consejo Superior de la Institución el pasado 9 de febrero y releva en el cargo al doctor Luis Fernando Duque Ramírez, quien renunció el pasado mes de diciembre.



DR. José María Maya Mejía, foto: CES.

Uno de los retos del nuevo Rector es el de impulsar la modernización de la Institución para responder a las necesidades de sus estudiantes de pregrado y posgrado. Nuevas posibilidades se abren para esta universidad con sede en la ciudad de Medellín y que ahora está bajo la dirección del doctor José María Maya Mejía, médico cirujano de la Universidad Juan N. Corpas de Santafé de Bogotá, y con varias especialidades en universidades del país. Sobre la gestión y el futuro del Instituto habló para EL PULSO, el nuevo Rector del CES.

Durante su gestión, ¿qué caracterizará al CES?

“Será una entidad moderna, que responderá a las necesidades del entorno, en lo que tiene que ver con la formación de los estudiantes de pregrado y posgrado. Tendremos innovación en métodos pedagógicos para la enseñanza de la salud. Para ello avanzaremos en programas con software especializados, tendremos mayor acceso a Internet para establecer comunicación entre profesores y estudiantes, además se trabajará con tutorías”.

¿Cómo marcha el proceso de acreditación de la Institución?

“Nuestros dos programas de medicina y odontología están acreditados. Falta el programa de Ingeniería Biomedica, que realizamos en convenio con la Escuela de Ingenieros de Antioquia, porque apenas van a mitad de carrera. La idea es mantener la acreditación con estrategias de mejoramiento continuo”.

¿Qué estrategias desarrollará para afrontar la creciente oferta de programas de salud en la ciudad?

“Tenemos que pensar en fortalecer la oferta de los posgrados y de otras áreas del conocimiento, diferentes a las áreas de la salud. Por el momento adelantamos un estudio de mercadeo, para conocer las necesidades que tienen los estudiantes de secundaria, de manera que podamos ver por dónde podemos incursionar en el futuro”.

Una de sus fortalezas como profesional ha sido la investigación, ¿qué lugar ocupará este aspecto ahora que usted es Rector?

“Realizaremos alianzas estratégicas en investigación con instituciones que trabajen en este aspecto e impulsaremos los Semilleros de Investigación con estudiantes de pregrado. Se definirán dos líneas de investigación por facultad, con el fin de evitar la dispersión”.

AVISO IATM

AVISO CORPAUL