

Requisitos Esenciales

Una normatividad de escritorio para un país de ángeles

Tres años va a cumplir la Resolución 4252 de 1997 y todos los agentes del sector son conscientes de que las exigencias que plantea en cuanto a infraestructura y recurso humano, principalmente, son excesivamente gravosas para las IPS. Son estos dos componentes los que mayor conflicto presentan en su cumplimiento. Nadie discute su conveniencia, pero a todas luces es claro que el sector carece de recursos de inversión, de rentabilidad, padece de cartera morosa, de bajas tarifas y baja liquidez, lo cual dificulta el cumplimiento apropiado de las exigencias formuladas en dicha reglamentación. Ninguna institución hospitalaria, pública o privada, está en Colombia hoy, en condiciones de poder cumplir con los requisitos esenciales, los cuales pasan así a engrosar el mundo de las utopías y de los imposibles metafísicos que terminan engavetados en el escritorio donde alguna vez vieron su luz primera.

Por todo lo anterior, el sector observa con enorme preocupación la demora por revisar y ajustar esta política y completarla con la implementación de un sistema de acreditación que estimule la aplicación de estándares de excelencia en



Foto: Carlos Tobón

prestadores y aseguradores. Se sabe que el Ministerio de Salud por fin contrató con expertos la ejecución de estos proyectos a través del consorcio establecido entre el Centro de Gestión Hospitalaria, Qualimed de México y la *Canadian Council*. Sería deseable que este consorcio convocara prontamente a las IPS que han padecido la aplicación de los Requisitos Esenciales, para que con base en la experiencia que se ha tenido en estos tres años, se formulen rápidamente los correctivos necesarios, o en su defecto se suspenda y congele la aplicación de una norma a todas luces imposible de cumplir.

Que quede suficientemente claro que estamos convencidos de que nadie desconoce la importancia que tiene, para el desarrollo de un sistema de calidad en las IPS, la definición de requisitos esenciales que garanticen condiciones mínimas de suficiente y adecuada disposición de infraestructura, dotación, recurso humano, sistemas comunicacionales, procedimientos técnico administrativos y sistemas de auditoría para la prestación cualificada de sus servicios.

Pero es absolutamente necesario que esta política se aterrice a la realidad del país y del sec-

tor y que se armonice debidamente con la legislación existente de tiempo atrás con las disposiciones sanitarias y reglamentarias, tales como control de irradiaciones ionizantes, bancos de sangre, laboratorios clínicos, etc. Pues no conviene que la normatización se disperse y se modernice asincrónicamente o, lo que sería peor, se modernice en forma contradictoria, modalidad esta a la que ya nos tienen acostumbrados los asesores de la política que desarrolla el sistema de seguridad social en el Ministerio de Salud de Colombia.

Debate Páginas 2,3 Y 5

“El Hospital Universitario del Valle es el colchón de la salud”

El doctor Jorge Iván Ospina, director general del Hospital Universitario del Valle - HUV -, afirma que su Institución se convirtió en el colchón de la salud no sólo del departamento del Valle, sino de los departamentos vecinos, Cauca y Nariño, como consecuencia de la crisis económica de las instituciones de salud del segundo nivel, las cuales generan una avalancha de remisiones. Por cada 100 pacientes que ingresan a urgencias al HUV, 45 corresponden al segundo nivel de complejidad y 20 provienen de municipios. Además, la demanda por víctimas de la violencia también congestiona los servicios de atención de esta Entidad.

PÁG. 11



A pesar de los atropellos de los que han sido víctimas, las comunidades de los Huitotos, Inganos, Sionas y Kofanes, todavía representan y difunden la cultura putumayense.

PÁG. 6

Germán Londoño El ojo sin censura



“Mujeres dormidas y río de sangre”. G. Londoño. Oleo/Tela. 1.999

Considerado por algunos críticos como el artista joven más versátil y prometedor de Colombia, Germán Londoño comparte con el PULSO los nuevos aspectos de su creación como pintor, escultor, dibujante y ahora escritor. Además de una exposición, en parte retrospectiva, para el Mu-

seo de Arte Moderno de Bogotá, prepara su libro de poemas y fotografías titulado “Brevisima antología de la carne” el cual, según sus palabras, es un homenaje singular al cuerpo, elaborado con toda la sensualidad y la ‘perversidad barroca’ propias de su obra. Amplia obra, constituida por

una mixtura refulgente de exploraciones y resoluciones estéticas que, en 17 años -de sus 38-, le ha permitido fundar el mundo seductor que, como lo expresa Héctor Abad Faciolince, es uno de los más sólidos y refrescantes proyectos del nuevo arte colombiano.

PÁG. 8

La salud en el Putumayo, Bienestar río abajo

Tan exótico como su nombre, el Putumayo vive su día a día con la misma intensidad del verde selva de sus paisajes. Manjar exquisito para biólogos, sociólogos, empresarios y cazadores de fortunas, es un laboratorio natural de procesos sociales que ha dado paso al conflicto ar-

mado por el dominio de un territorio geopolíticamente estratégico al estar ubicado en zona fronteriza con Brasil, Ecuador y Perú.

“... en una región tan particular como ésta, no se debería evaluar la salud por la cobertura en vacunación, sino por la

implementación de programas de pedagogía de la convivencia pacífica, campañas contra la violencia intrafamiliar y rescate de valores en los colegios”, comentó el doctor Manuel Zúñiga Bravo, exgerente del Hospital San Francisco de Asís al periódico El Pulso.



Automedicación responsable

9

Argumentos para defenderla, análisis para objetarla, propuestas para definir un punto medio que genera dudas. En el mundo y particularmente en nuestro país, la automedicación ha existido y posiblemente seguirá existiendo; el objetivo ahora es que ésta sea ‘responsable’, pero ¿hay en Colombia condiciones para garantizar que sí lo sea?

Colombia en el Informe Mundial de la Salud

11

A algunos países, los resultados en las “tablas de posiciones” del Informe de la OMS pudo causarles angustia por no aparecer en los primeros lugares, pero en Colombia, acostumbrados seguramente a los últimos, los resultados del Informe Mundial de la Salud, han dejado muy satisfechos a algunos y con una sombra de duda a otros. El Pulso presenta un breve resumen de los resultados de Colombia en este Informe, con el fin de invitar a los lectores a que participen con sus opiniones sobre este hecho que ha generado una inmensa, y ojalá también, una fructífera controversia.

La salud infantil amenazada Crónica imperdonable del abuso

13

Las historias del abandono tienen su capítulo más conmovedor en los padecimientos de los niños enfermos. Como lo manifiesta Margarita Ruiz, voluntaria con más de 43 años de experiencia en el sector de la salud en Antioquia, se está llegando al auténtico “descaro”. “¿Dónde está la acción de las autoridades frente a esa otra forma de violencia?” Según la UNICEF, en su informe del estado mundial de la infancia, cada día que los países dejan de satisfacer las obligaciones morales y políticas de dar vigencia a los derechos del niño, hay 30.500 niños y niñas menores de cinco años que pierden la vida por causas evitables.

El genoma humano

15

¿Habrá oportunidad de acceso, al menos para el mayor número de personas, preferiblemente aquellas en mayor desventaja social, a alguna de las formas de terapia genética previsible? Si en el momento actual de la tecnología médica existen amplios sectores de población sin acceso a ella, con la más sofisticada tecnología ¿se ampliará la brecha entre los favorecidos y los rechazados?



Trabajador Social en salud: Urgente redefinir su perfil

15

Las funciones del trabajo social requieren, más que someros ajustes, una revisión a fondo de los prejuicios que opacan su real sentido y que impiden la intervención integral y la acción provechosa en frentes vitales como el de la familia.

EDITORIAL

4

Los Requisitos Esenciales debe ser posible alcanzarlos y la ruta a esa meta debe estar libre de pareceres, simpatías o antipatías. Sus elementos calificadores deben ser técnicos, posibles y objetivos para así tener una importante herramienta que garantice la calidad y se evite el peligro de ser considerados como “requerques esenciales”.



Ronda Nacional

Por Ana Uribe y Ancizar Vargas
Periodistas

¿Requisitos Mínimos o Ideales?

Para la expedición de las normas sobre Requisitos Esenciales en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, el Estado se basó en la sustentación de la salud como un derecho fundamental y un servicio público reconocido por la Constitución Nacional de 1991. Con este antecedente, el legislativo y el ejecutivo se tuvieron que comprometer en su desarrollo mediante la aplicación de técnicas gerenciales con el objetivo fundamental de lograr la eficiencia, eficacia y efectividad en la gestión del gobierno, tal como reza la ley, para buscar un mejor nivel de vida y el bienestar de la población. Dicho compromiso se materializa en el Sistema de Seguridad Social, particularmente en lo pertinente a salud, por medio de la normatización a partir de la Ley 100 de 1993. Así, el Estado debe garantizar la prestación y la cobertura de los servicios de salud y velar por su mejoramiento permanente. En este contexto, el decreto 2174 del 28 de noviembre de 1996 organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, correspondiéndole a la Superintendencia Nacional de Salud su inspección, vigilancia y control. Esa es la base para la expedición del Instructivo de Verificación de los Requisitos Esenciales en los Prestadores de Servicios de Salud.

Calidad y requisitos

Se entiende por calidad el conjunto de características técnico-científico, humanas, financieras y materiales que debe tener la Seguridad Social en Salud, bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema, y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios. En tanto que los requisitos esenciales hacen referencia a las condiciones mínimas de personal, infraestructura física, dotación, procedimientos técnicos y administrativos, registros para el sistema de información, transporte y telecomunicaciones y auditoría de servicios, que deben cumplir todos los prestadores de servicios de salud, para garantizar que la atención de los usuarios sea prestada en condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad y racionalidad técnica y científica.

Prestadores y atención en salud

Los prestadores de servicios de salud a que hace referencia el instructivo para la verificación de los requisitos esenciales son las IPS, los grupos de práctica profesional, los profesionales independientes y todas las personas, organizaciones y establecimientos que presten servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación en salud. La atención en salud se refiere tanto a los servicios propios del aseguramiento y administración de los recursos que desarrollan las entidades promotoras de salud, como a los de prestación de servicios de salud en sus fases de promoción y fomento, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

La verificación del cumplimiento de requisitos tiene que ver con las áreas y las unidades funcionales. Un Área es la división funcional de las actividades al interior de un prestador de servicios de salud y existen básicamente dos Áreas. La primera es la asistencial que desarrolla actividades científicas y tecnológicas para la organización y prestación de los servicios de salud. La administrativa adelanta las acciones relacionadas con la asignación y gestión del talento humano, materiales, tecnológicas y financieras. En la Unidad Funcional se agrupan los servicios de acuerdo con características similares en su funcionamiento y distribución organizacional y aunque no es obligatorio para el prestador del servicio se recomiendan las siguientes: Ambulatoria, Hospitalaria, Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, Apoyo Hospitalario.

La inquietud que queda es si en Colombia se están cumpliendo a cabalidad con los requisitos esenciales por parte de todos los prestadores de salud, puesto que se escuchan inquietudes en el sentido que con unas instituciones hay más laxitud que con otras, además de la incoherencia de algunos de los requisitos

que se alejan de la realidad y el contexto del país, por lo que se debe crear un mecanismo que permita la rápida adaptación de la norma, para evitar el choque de intereses que esa situación pueda ocasionar.

Para comprender la realidad frente al cumplimiento de los requisitos esenciales, EL PULSO consultó diferentes conceptos, que llevan a concluir que, para la mayoría, el espíritu de la norma es adecuado para garantizar un buen servicio, pero que es necesario que el Estado, por medio de los Entes Territoriales, efectúe una verificación correcta, porque se presentan dificultades como los problemas presupuestales y el escaso recurso humano, idóneo y suficientemente capacitado, con criterios unificados, para verificar y controlar.

En cuanto a otras dificultades detectadas, las adecuaciones en la infraestructura física es una de las que representa mayor preocupación. Cumplir con esta exigencia es más difícil para los hospitales y clínicas que llevan un tiempo mayor prestando servicios a la comunidad. El talento humano es otro de los requisitos casi imposible de cumplir para varias de las instituciones consultadas, sobre todo por la escasez presupuestal. Adicionalmente, la mora en los pagos por parte de entidades que contratan servicios, dificulta la gestión administrativa. Sin embargo, para varias instituciones, el cumplimiento de los requisitos ha sido más fácil y además proponen aumentar la frecuencia de visitas de los organismos de verificación, para lo cual debe ampliarse la cantidad de funcionarios competentes. Para cada una de las opiniones existe un lugar común en esta situación: el estudio serio de la normatividad que debe continuar y la concertación, garantizando la calidad en los servicios de salud. Estas son algunas opiniones.

En la Clínica Las Américas: Requisitos y plan estratégico

La Clínica Las Américas de Medellín decidió encajar el Sistema de Garantía de la Calidad y el cumplimiento de los requisitos esenciales en el direccionamiento estratégico definido por su Gerencia General, lo cual les permite hablar con gran propiedad del tema de la calidad en las prestaciones de los servicios. Esto se desprende de la sustentación que hace el responsable del Comité de Garantía de la Calidad, Luis Roberto Morales, cuando indica que el Decreto 2174/96 obliga a que todas las Prestadoras de Salud tienen que manejar un sistema de requisitos mínimos esenciales para responder a la ley, además de cumplir con la garantía, calidad y confiabilidad. Las clínicas deben brindar una garantía de la calidad como lo hacen los fabricantes de llantas, carros o cementos. Por ello, "clínica que se respete no debe esperar que la ley le diga lo que tiene que hacer, sino que debe prestar el mejor servicio, para que el cliente pueda comparar" indica Luis Roberto Morales. Señala que algunas instituciones intentan cumplir los requisitos por supervivencia. Pero es conveniente intentar la excelencia en los servicios porque ello conduce a la empresa hacia la rentabilidad, el crecimiento y la sobrevivencia. Ahí se justifica el cumplimiento de los requisitos esenciales. La Dirección de Las Américas desea ir más allá del cumplimiento de la legislación y comprometerse con la norma ISO, por ello, como varios hospitales y clínicas creó el Comité de Garantía de la Calidad y cuenta además con el Comité de Calidad de la Clínica.

Sobre el personal dice que debe estar acorde con la exigencia. En nuestro caso, dice Luis Roberto Morales, las enfermeras para cuidados intensivos se capacitan durante seis meses antes de iniciar labores en esa área. El estándar es de una enfermera por cada 30 pacientes, pero Las Américas lo manejan de acuerdo con el nivel de complejidad, como en el acompañamiento de hernias o vesículas que es diferente al de Sida o trauma severo. En el último caso se emplean dos por cada 20. Obviamente, esta exigencia no es fácil de cumplir, debido a la situación financiera.

En cuanto a los costos, en Las Américas son concientes de que es necesario racionalizarlos sin demeritar la calidad del servicio. Utilizar un medicamento de menor eficacia por costo puede ser peligroso. Por ética, profesionalismo, calidad y humanismo "eso no se negocia. El objetivo es garantizar la calidad, ejercer un buen ejercicio médico y lograr el entendimiento entre las diferentes instituciones contratantes. Esos pilares se deben basar en un mutuo respeto, compromiso y confianza.

Dentro del proceso de requisitos esenciales, la Clínica Las Américas ya tuvo la visita de Minsalud, Secretaría de Salud, ISS y otras EPS a quienes les presentaron sus requisitos mínimos. Allí cada dos meses se evalúan las áreas y se adquieren compromisos de adaptación y mejoramiento. Debido al cumplimiento de la normatividad, el 1 de septiembre de 1999, mediante Resolución 460 se clasificó a la Institución en el tercer nivel de complejidad y con una vigencia de 5 años.

En Las Américas se le da gran valor a la labor del Centro de Gestión Hospitalaria, entidad que realiza un estudio nacional con asesoría internacional, para mostrarle al Minsalud cómo deben ser realmente los requisitos mínimos esenciales. La Clínica participa, con otras instituciones y la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, para darle apoyo mostrando probables correctivos.

Para el doctor Luis Roberto Morales, cada institución debe tomar el cumplimiento de los requisitos esenciales en las mejores condiciones posibles, no mirarlo como una obligación, sino como la responsabilidad social ante el paciente; por otra parte considera que las exigencias que se hagan deben estar de acuerdo con el nivel de complejidad, la situación geográfica y la situación financiera de la entidad. Por ello, la actitud es muy importante, hay que ser permeables, detectar los paradigmas que impiden una mejor visión, hay que escuchar y observar.

En la Clínica Fátima de Pasto: Adaptación a los requisitos

Para los directivos de la Clínica Fátima de Pasto, los requisitos esenciales son básicos para garantizar calidad en la prestación de servicios. Néstor Moncayo de la Calle, Gerente de dicha institución de salud, sostiene que su entidad está efectuando las modificaciones necesarias para cumplir con la ley y señala que lo que está un poco alto e ilógico es la parte de infraestructura arquitectónica, de resto está de acuerdo. En lo referente al talento humano está cumpliendo con los requisitos.

Por otro lado, el Gerente de la Clínica Fátima sostiene que la contratación del Ministerio de Salud para la revisión de los requisitos debe respetar la base de lo elaborado inicialmente por esa cartera y que a las Prestadoras de Salud no les pueden cambiar las bases de la ley cuando cada cual quiera. "Se tiene que consolidar el sistema y dejar tanta legislación para poder constituir un sistema real, pero los requisitos están bien y acorde a las necesidades, además existe la posibilidad de pactar los planes de cumplimiento". Para la institución nariñense, en el exterior existe un buen concepto sobre la labor que se adelanta en Colombia y consideran que van por buen camino, por lo cual se debe evitar criticar tanto a la ley 100 y centrarse en su implementación y corrección de los problemas reales, "sin pegarse a un sistema obsoleto como es el Sistema Nacional de Salud".

Clínica de Especialistas de Neiva: Reformas en 5 años

De acuerdo con la información obtenida por el periódico EL PULSO, la regla-

mentación en materia de infraestructura física es la que conlleva mayores dificultades. En el caso de la Clínica Central de Especialistas de Neiva, el coordinador médico Juan Pablo Camacho manifestó que les ha correspondido adelantar la reestructuración de algunas áreas de la edificación para poder cumplir con las normas. Sin embargo, advierte que no se proponen hacer todas las reformas en un año, pero, agregó, que por lo menos en un tiempo no superior a los cinco años y con el desarrollo de una administración por objetivos, se podría alcanzar una mejoría total. Mientras tanto, comentó que se pueden observar por lo pronto los requisitos mínimos esenciales. En su opinión, es conveniente ajustar algunas de las exigencias a cada región, porque muchas de ellas dan la sensación de correspondencia a otros países. Incluso considera que el recibo que entregan las Direcciones Seccionales y Locales cuando se presenta la declaratoria debería ser suficiente para enviarlo a las entidades Promotoras de Salud como cumplimiento de los requisitos esenciales, para una posterior contratación de los servicios. Por último, expresó que en muchas instituciones no se cumple con las disposiciones de material radioactivo, por lo cual se debería hacer una exigencia muy estricta en esta área.

Clínica San José de Cúcuta: Visitas periódicas

En diálogo con el gerente de la Clínica San José de Cúcuta Jorge Martei Ortega dijo que "la Dirección Seccional de Salud de Santander no tiene el personal suficiente, ni debidamente preparado para entidades como la nuestra que es de cuarto nivel". Por tanto el directivo propuso que "se debe designar el personal necesario para que las visitas no demoren como en el caso de la institución donde hace prácticamente un año que no vienen a evaluar la gestión". De otro lado agregó: "para nosotros el cumplimiento de la gran mayoría de los requisitos esenciales ha sido fácil porque nos asesoramos oportunamente sobre la normatividad exigida por el Ministerio del ramo para la buena marcha de la entidad".

Clínica Cardi de Boyacá: Cartera morosa

Indagamos igualmente sobre la experiencia de la Clínica Cardi de Boyacá. Su administradora Isabel Lamprea expresó que "los requisitos esenciales, aunque parecen demasiados son importantes porque son la base de cualquier Institución Prestadora de Servicios de Salud". La funcionaria también se refirió a "lo dispendioso que es para las clínicas u hospitales que fueron contruidos hace algún tiempo ajustarse a los requerimientos que hoy se hacen, lo que conlleva un poco de demora". Para la administradora Isabel Lamprea "el problema de la prestación de los servicios de

salud radica, por un lado, en la baja rentabilidad, la demora en los pagos por parte de las EPS que glosan las cuentas, para no pagar, y por el otro, la obligación que tenemos de salvar la vida de los pacientes". De ahí que proponga que "se tomen los correctivos para obligar a las EPS a que cancelen sus deudas, para que de esta manera todos los entes de salud puedan cumplir a cabalidad tanto con el servicio como con los requerimientos esenciales y poder dar a los usuarios un servicio de óptima calidad.

Habla un Representante a la Cámara

El tema fue tratado también con el Representante a la Cámara, doctor Luis Javier Castaño Ochoa. En su concepto, en las grandes capitales, algunos servicios son bien prestados, no obstante, los hospitales se han visto afectados por la suspensión de la contratación y el incumplimiento en los pagos de las deudas por parte del Instituto de los Seguros Sociales. Esta entidad le debe a IPS antioqueñas 30 mil millones de pesos. El congresista indicó además que algunos requisitos esenciales son valederos para prestar un buen servicio, pero en cambio otros no son tanto. Su propuesta es sencilla: "se debe hacer un compendio de las reglamentaciones en salud y volverlas prácticas. La cosa no está en sacar muchas normas sino en que se cumplan en la búsqueda de la eficiencia". Tampoco pasó por alto que "los hospitales se han vuelto fortín político de algunos alcaldes. En muchos de ellos se le da mayor prioridad a la parte administrativa, que a la atención de los usuarios. El corporado señaló la urgencia de categorizar los hospitales, de especializarlos y de buscar una racionalización del gasto, mediante un recorte de la nómina. Igualmente, hizo alusión a que los nuevos gobernantes y miembros de los cuerpos colegiados que serán elegidos próximamente tienen el compromiso de la modernización de las ESE, más no su privatización: "el asunto no es que tiene que haber ganancia, se trata es de que la ganancia de la salud es salvar vidas" puntualizó el representante a la Cámara Castaño Ochoa.

Consenso

Los prestadores de los servicios de salud consultados por el periódico EL PULSO coincidieron en afirmar que los requisitos esenciales son importantes y destacaron sus bondades. No obstante plantearon que sería conveniente una nueva mirada conjunta y concertada, antes de continuar con su aplicación. Todos se mostraron dispuestos a participar en una discusión más abierta, con base en las experiencias acumuladas durante la vigencia de los mismos o que los requisitos esenciales sean manejados de manera equívocada, amañada o caprichosa. Ante la ausencia de un consenso frente a la aplicación de los requisitos esenciales en la prestación de los servicios de salud, vale la pena continuar en su búsqueda.

Requisitos Esenciales





"Hoy en día ningún médico se negará a los cuidados paliativos: aliviarnos los síntomas de los pacientes terminales aunque eso les acorte algo la vida (...)pero generalizarlo por ley (la eutanasia) me parece casi imposible, porque lo que empieza siendo una medida excepcional podría terminar aplicándose a enfermos que no pueden pedirlo, como los afectados por demencia, que quedarían en manos de sus familiares o de sus médicos...Además, muchos pacientes solicitan la eutanasia por miedo al sufrimiento, por soledad, por una situación sociofamiliar complicada. Regular una salida tan radical para estos problemas es algo así como empezar la casa por el tejado". Eloy Pacho Jiménez, médico adjunto de la Fundación Jiménez Díaz de España y master en Bioética.

EL PULSO

3

Agosto del Año 2000 - Nº 23

Debate

Requisitos esenciales Los retos de la Superintendencia de Salud

Por: Ana Elena Uribe
Periodista

La calidad tiene que ver con la responsabilidad, el autocontrol y el compromiso y consiste también en la adopción de una serie de procesos orientados a detectar problemas, no para encontrar culpables sino para mejorar. Sustentada en este planteamiento la directora científica de la Superintendencia de Salud Zuleima Rubio manifestó que la entidad sabe que hay desconocimiento acerca del cumplimiento de los requisitos esenciales.

El sistema de salud estableció como fundamento la obligatoriedad de implementar procesos de control de calidad al interior de las diferentes instituciones para obtener información veraz y confiable que permita tomar decisiones que conduzcan a la protección de los usuarios. En este sentido el Ministerio de Salud con su programa de apoyo a la reforma ha contratado la evaluación de muchos aspectos del Sistema de Seguridad Social en Salud y las presentaciones de las propuestas para los respectivos ajustes.

La Superintendencia de Salud, por su parte, ha promovido la realización de seminarios y talleres sobre la forma como las Direcciones Territoriales deben ejercer las funciones de vigilancia y control a los prestadores de los

servicios. Su tarea de velar porque estos entes cumplan con sus tareas también se logra mediante la difusión de circulares, escritos, visitas, solicitud de requerimientos verbales, imposición de sanciones y multas. Periódicamente son distribuidas unas encuestas para establecer datos generales de las Direcciones Territoriales, acerca de su capacidad en relación con el recurso humano, equipos de transporte e infraestructura, actividades desarrolladas en cuanto a planes de vigilancia y control y servicios críticos identificados. Así mismo, se solicita información sobre el número de prestadoras registradas y verificadas y cuántas de ellas cumplen con los requisitos esenciales. Por estos días se adelanta la distribución de los resultados de la última encuesta, de dos realizadas hasta hoy por la Dirección de Calidad de la Superintendencia de Salud, los cuales contienen la información relacionada con el trabajo ejecutado del 15 de febrero al 30 de septiembre por 18 de las 37 Direcciones Territoriales que funcionan en todo el país.

Una de las conclusiones de la información obtenida es que el cumplimiento de los requisitos esenciales es muy bajo, porque, entre otras cosas, hay insuficiente oferta de servicios de salud, por falta de disponibilidad de recurso humano y asistencial por deficiencias en las medidas de bioseguridad. En cuanto a los

servicios más críticos en las entidades prestadoras se identificaron los de urgencias (segunda vez en el mismo año) y salas de parto. Otros fueron: consulta externa, hospitalización, neonatología, cirugía, laboratorio clínico y banco de sangre. Los criterios de identificación fueron: oferta insuficiente de servicios, frecuencia de uso de servicios, demanda insatisfecha, y otros como incumplimiento de normas de bioseguridad, dificultades de orden público, falta de idoneidad profesional.

La investigadora científica de la Dirección de Calidad de la Superintendencia de Salud Zuleima Rubio señaló que hay mucho problema para el cumplimiento del componente infraestructura física definido por los requisitos esenciales, porque hay muchas instituciones que fueron construidas antes de la expedición de esta normatividad. Sin embargo, recaló que en este sentido las resoluciones 2240, 4252 y 238, establecen la posibilidad de que los prestadores presenten unos planes de cumplimiento que conforme a un acuerdo previo puede ser hasta hasta los tres años, dependiendo de las mejoras y posibilidades de la institución en estos momentos.

Otra conclusión es que el recurso humano de las Direcciones Territoriales es insuficiente. Con fecha de corte a 30 de



Una de las exigencias más difíciles de cumplir es la relacionada con la infraestructura física, sobre todo para las instituciones de mayor antigüedad. No se puede dar la espalda a la realidad económica y social de muchas de estas entidades, que a pesar de no tener las condiciones ideales, prestan un invaluable servicio a sus respectivas comunidades.
Foto: Edwin Vélez

septiembre, en los 18 entes territoriales se contaba con 160 personas, de las cuales 60 correspondían a Bogotá. Del total,

el 58 % eran profesionales de la salud, el 13% era personal administrativo y el 29 % correspondía a otro tipo de funcionario.

El estudio también determinó que no todas las Direcciones Territoriales cuentan con los equipos de transporte necesarios. Sólo 3 reportaron tener dicho recurso, correspondiente al 17 por ciento. La Dirección de Bogotá tiene 11. Los tres están en los departamentos de Atlántico y Tolima.

En relación con las visitas que deben realizar los entes territoriales, el estudio concluyó que no se cumplen con el rigor necesario. 12 de las 18, que equivale al 35 %, informaron un rango de cumplimiento de ellas entre el 0 y el 40 %. Dos únicamente van del 81 % al 100 %.

Los retos de la Superintendencia de Salud con base en estos resultados son: profundizar en el análisis de las causas y motivos por los cuales hay bajo cumplimiento de los requisitos esenciales por parte de las prestadoras de servicios, determinar cuantas medidas de seguridad, multas y sanciones han sido impuestas y las razones de la decisión y fortalecer el proceso de vigilancia y control de requisitos esenciales, el cual se encuentra debilitado en todo el país, para garantizar por lo menos los mínimos elementos que deben cumplir las prestadoras y como punto de partida del desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de las instituciones.

III

Conferencia

30, 31 de agosto
y 1º de septiembre de 2000
HOTEL INTERCONTINENTAL
Medellín, Colombia

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL

Dos Seminarios Simultáneos

Para Médicos Generales y Especialistas

INFECCION NOSOCOMIAL Y RESISTENCIA A
LOS ANTIBIOTICOS-RIESGO CARDIOVASCULAR:
HIPERTENSION ARTERIAL-DIABETES-DISLIPIDEMIAS

Para Enfermeras

ENFERMERIA EN EL CUIDADO DE LA PERSONA
CON PROCESOS CRONICOS E INFECCIOSOS

y para otros profesionales del sector de la Salud interesados en los temas.

ORGANIZAN

Hospital Universitario San Vicente de Paul
Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia
Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia
Facultad de Enfermería de la Universidad Pontificia Bolivariana

INFORMACION GENERAL

LUGAR Y HORARIOS: Salón Antioquia, Hotel Intercontinental, De 8:00 am. a 12:00 m. y de 1:30 pm. a 5:00 pm.

INSCRIPCIONES
Consignación en el Banco Occidente cuenta corriente No. 40006437-4. Enviar copia de la consignación por fax y una carta donde se indiquen: nombre(s) de los inscritos, profesión y cargo de la institución donde trabajan o por la que asisten, nombre de la empresa, teléfono, fax, correo electrónico y número de bipper o celular.

VALOR INSCRIPCION
\$150.000.00 por persona. Descuento del 10%, por grupos de más de 5 personas Inscritas por la misma institución o empresa, antes del 30 de julio. Incluye: Memorias y Tarde Social de Integración el 31 de agosto

INFORMES

Dirección General del Hospital Universitario San Vicente de Paul
Teléfonos: (054) 263 78 10 - (054) 571 32 71 • Fax: (054) 263 44 75 • Apartado 6509 • Medellín, Colombia
E-mail: comunicacion@elhospital.org.co

Es necesaria la revisión permanente

Dice la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales

Por: Ancizar Vargas
Periodista

Los requisitos esenciales, como política general para que una prestadora pueda ser certificada, es un principio sano para garantizarle al sistema unas características mínimas básicas de funcionamiento. Sin embargo, si se revisa lo que quedó establecido dentro de las fichas técnicas, da la sensación de que los mínimos esenciales pasaron a ser ideales.

Este es el análisis que presenta para el debate, la Directora General de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, Elsa Victoria Henao Londoño, quien sostiene que dentro del contexto de la estructura hospitalaria del país es prácticamente imposible cumplir lo reglamentado al pie de la letra. Eso se traduce en los resultados que se han obtenido hasta hoy, porque con tantas dificultades sólo podrían tener unas cuantas instituciones que cumplan los requisitos esenciales, y la mayoría de la red de los sectores público y privado y entidades de los niveles 1 y 2 sólo han hecho planes de mejoramiento para lograr llegar a esos requisitos mínimos.

Según la representante de los Hospitales y Clínicas del país, el concepto fundamental de los Requisitos Esenciales debe dirigirse al establecimiento de unas condiciones, que de no cumplirse, pondrían en riesgo la prestación de los servicios.

Se revisan 16.000 estándares

En estos momentos se están revisando más de 16.000 estándares que se establecieron como requisitos mínimos dentro de las fichas que hay vigentes, y se evalúan cuáles de esos requisitos son realmente esenciales y cuáles son óptimos. Estos últimos podrían entrar en un proyecto de mejoramiento para un proceso de acreditación para mostrar estándares superiores de calidad y así presentarse mejor ante la competencia.

En concepto de la Directora General de la Asociación, "la dotación física es el concepto con mayores dificultades al igual que la consecución de determinado recurso humano; señala por ejemplo que lo ideal sería que las entidades pudieran tener las enfermeras profesionales que indica la norma, pero la pregunta es si existe el recurso disponible en el país o si se puede conseguir a nivel de las instituciones. Otro ejemplo es el de los procedimientos que están supeditados a que sean realizados por determinados especialistas: habría que evaluarlos muy bien pues en algunos casos los mismos Requisitos Esenciales bloquearían la prestación de los servicios."

El ISS no acredita

Frente al caso del Seguro Social, la entidad desde hace más de 10 años aplica unas evaluaciones en temas de calidad. Eso no puede

ser visto como un sistema de acreditación o de requisitos esenciales. Ese es una forma simple de evaluación que puede hacer cualquier EPS interesada en contratar y garantizar, con base en sus propios estándares, unos requisitos de calidad, pero eso no es acreditación o cumplimiento de requisitos esenciales. De acuerdo con la opinión de la Directora de la Asociación, ésta es una evaluación de una institución y eso debe manejarse en otro ámbito.

Revisión de Requisitos

En cuanto a la validez de la certificación que tiene una vigencia de dos años Elsa Victoria Henao sostiene que no tiene sentido que requisitos cumplidos se desmonten; afirma que es necesario mantener una vigilancia, dentro de lo que se defina como esencial en talento humano y otros recursos, porque de no existir pondrían en riesgo la calidad del servicio. La periodicidad podría desagregarse para facilitar los aspectos modificables o que en el tiempo pueden desvirtuarse.

La revisión de requisitos se está efectuando, desde la perspectiva de la acreditación, dentro del proyecto de garantía de la calidad que adelanta el Centro de Gestión Hospitalaria. Y la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas continúa una evaluación permanente de lo que hoy es la aplicabilidad, la interpretación y el efecto sobre el sistema para proponer alternativas, con el objetivo de aportar en la solución y construcciones de los requisitos adaptados a la realidad nacional.

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

EDITORIAL

Lo esencial de los requisitos

Es realmente muy importante para el sector de la salud y particularmente para los pacientes, que todos los centros médicos del país, los grandes y los pequeños, los cercanos y los lejanos, garanticen unas condiciones mínimas de infraestructura, dotación, recurso humano, sistemas de comunicaciones y procedimientos técnicos, administrativos y sistemas de auditoría para la prestación de sus servicios.

La definición de requisitos esenciales y sus componentes por servicios y por niveles de complejidad es un avance importante en la políticas de organización y gestión asistencial. Su cumplimiento pretende hacer confiables los servicios de salud. La función de estar pendiente de que estos requisitos se cumplan, como es lógico, le corresponde al Estado a través de sus entes de vigilancia y control.

La política en este sentido exige que los centros asistenciales hagan cada dos años su declaración de cumplimiento de tales requisitos, luego de un cuidadoso examen de autoevaluación interna. Como consecuencia de este acto administrativo, las entidades de vigilancia y control deben, posteriormente, verificar el cumplimiento de tales requisitos y en consecuencia producir la certificación que hace a la clínica u hospital, y por supuesto a los diferentes servicios por ellas declarados, idóneos para la contratación.

También es deber de tales entidades de control exigir planes de mejoramiento cuando ellos se requieran, antes de expedir certificaciones definitivas por otro período de dos años.

Todo parece muy bien. Sin embargo, es necesario que el listado de componentes de requisitos se revise, se actualice y ajuste de conformidad con la realidad de nuestro país en este campo, es decir con la de los mismos centros asistenciales. Por esto creemos que se debe consultar la opinión de expertos de las mismas organizaciones prestadoras de servicios de salud. La revisión y ajuste propuestos, deben posibilitar una mayor aplicabilidad de las intenciones que quedaron plasmadas en el Decreto 2174 de 1996, cuando se definió la política de la certificación para la contratación.

Y que se haga con el mismo rasero para todos, pues se ha observado en la práctica una aplicación a todas luces inequitativa, pues las instituciones del sector público son evaluadas con mayor complacencia y flexibilidad que las privadas.

Tampoco vemos bien que el instrumento de verificación de requisitos esenciales se lo haya apropiado el ISS para "acreditar", pues este Instituto no está autorizado para acreditar ni para certificar el cumplimiento de requisitos esenciales de ninguna entidad y con su actitud está confundiendo dos conceptos que son sustancialmente diferentes en sentido y en naturaleza: la acreditación y la certificación.

El ISS anda desconociendo la certificación otorgada legítimamente a los hospitales y clínicas por el ente competente y creando confusión y ambigüedades que complican y enredan el difícil cumplimiento de requisitos esenciales para la contratación.

Por otro lado, las exigencias planteadas en el anexo técnico de la Resolución 4252 de 1997 en el campo de infraestructura y de recurso humano, son excesivamente gravosas para las IPS, por las rigurosas condiciones que allí se estipulan. La conveniencia de que existan requisitos en este campo no se discute, pero sí la posibilidad de su aplicación en el contexto actual del sistema, enmarcado por bajas tarifas, cartera morosa, iliquidez y bajos márgenes de rentabilidad, todo lo cual no permite la programación de inversiones de la magnitud que en ella se exigen.

Adicional a la preocupación que existe por la demora en revisar y ajustar esta política de requisitos esenciales, está la de configurar un sistema de acreditación que sí estimule a las entidades asistenciales para que apliquen estándares de excelencia. Se sabe que el Ministerio de Salud por fin contrató con expertos la ejecución de estos proyectos a través del consorcio establecido entre el Centro de Gestión Hospitalaria, Qualimed de México y la Canadian Council. Como ya lo propusimos aquí, sería deseable que este consorcio convocara a las IPS que han padecido la aplicación de los esquemas de Requisitos Esenciales actuales, para que con base en su experiencia, se formulen los correctivos necesarios. Además, con el propósito de que se armonice esta política debidamente con la legislación existente en cuanto a disposiciones sanitarias, tales como control de irradiaciones ionizantes, bancos de sangre, laboratorios clínicos.

Los Requisitos Esenciales debe ser posible alcanzarlos y la ruta a esa meta debe estar libre de pareceres, simpatías o antipatías. Sus elementos calificadores deben ser técnicos, posibles de lograr y objetivos para así tener una importante herramienta que garantice la calidad y se evite el peligro de ser considerados como "requeñequés esenciales".

Cartas a la Dirección

Medellín, 2 de junio de 2000

Doctor JULIO ERNESTO TORO RESTREPO Director EL PULSO

He podido observar ya varios de los ejemplares del periódico El Pulso, bajo su dirección y aprecio la forma directa como se tratan los temas de interés crítico, no sólo para el sector salud, sino para los ciudadanos que de él se sirve. Deseo destacar lo publicado en la página 15 de El Pulso, año 2 # 20 sobre Medio Ambiente, y al respecto quisiera comunicarle que la Fundación Universitaria San Martín en su sede Medellín, está ofreciendo la carrera Administración Ambiental, un programa de educación superior, con 10 semestres de formación académica, dirigido justamente a personas que con una visión futurista, reconocen en el medio ambiente una opción importante de vida y servicio. Quizá aquí, en ese tema del Medio Ambiente haya mucho que decir y mucho que hacer, pues aún no tenemos conciencia del mundo en el cual vivimos, cómo lo recibimos y cómo lo dejamos.

MANUEL ORTEGA VELASQUEZ

Decano Universidad Abierta y a Distancia Fundación Universitaria San Martín

Bogotá, 1º de julio de 2000

Doctor JULIO ERNESTO TORO RESTREPO

Director EL PULSO

Además de formar parte del sector salud, de interesarme por los temas que se refieren a él y que desarrollan de manera excelente en su periódico, soy, seguramente como muchos otros profesionales del sector, una seguidora de la cultura y del arte del país, por ello encuentro sumamente grato que un medio como El Pulso, tenga un espacio de alto nivel, para estos asuntos.

Espero que en sus páginas mantengan esta línea y que siempre sea de la calidad que hasta ahora ha mostrado. Los invito para que busquen en otros Departamentos de Colombia esos artistas que nos dan un respiro de belleza en este país caótico.

Cordial saludo, **MARIA DEL PILAR SOTO B.** Psicóloga

A propósito de los doctores

Eliécer A. Pérez J.

Administrador de Empresas

Yo soy un simple...simple paciente: así es como me han hecho sentir algunos doctores. Repito: sólo algunos, no todos gracias a Dios. Entonces, como simple paciente, me atrevo a expresar mi opinión, que es más bien un llamado, una súplica. Veamos, he visto por radio, prensa y televisión las múltiples quejas de los doctores-médicos, porque la Ley 100 los ha atropellado y entonces ellos, han cogido a los pacientes - sin pedirnos permiso como casi siempre -, de caballito de batalla que porque por la ley 100 ellos han tenido que desmejorar la calidad de la atención; y yo, me sonrío y me decido a escribir...

En uno de aquellos artículos de 'ira y dolor', un 'prestante' médico de Medellín expresaba que antes de la ley 100, él dedicaba 40 minutos a cada paciente y que ahora sólo podía dedicarles 15 minutos... y yo volví a sonreír porque me constaba que el especialista, hace muchos años, nunca dedicó a alguien de mi familia que iba periódicamente, más de 20 minutos en consulta particular, porque por supuesto, él, tan reconocido, sólo atendía a quienes podían pagar como 'particular' (odiosa palabra ésta, que no dice nada...). Y sonreí cuando me acordé que durante esos 20 minutos que al médico le parecían 40, prácticamente no miraba a mi

paciente, se limitaba a leer los controles de los exámenes, a ajustarle el medicamento y a decirle, vuelva en dos meses con otro control... y casi muero de risa al enlazar esa historia en mi mente, con la de una consulta que hice alguna vez con un médico del ISS, y éste en 15 minutos tuvo tiempo de saludarme, escucharme con paciencia, por lo menos no demostró la impaciencia que posiblemente tenía, me examinó, formuló y me deseó un buen día.

La ley 100 es una amarga experiencia para los médicos, soy testigo de eso, porque en mi familia para fortuna nuestra y según dicen, infortunio para ellos, tenemos algunos 'profesionales del sector de la salud'; amarga experiencia decía, ya que seguramente si han perdido muchos privilegios, aunque tengo una opinión que sería tema de otro apunte: los médicos se los han dejado quitar, se los arrebatan y se explotan entre ellos mismos, por su egoísmo, su falta de sentido de gremio, porque no fueron proactivos cuando sabían que llegaba la ley 100 y el agua que les iba a mojar podía no ser tan cálida...en fin, sería otro tema para tratar, pero vuelvo a las consecuencias de la Ley 100 sobre la calidad de la atención que el médico le ofrece a los pacientes, que tiene indiscutiblemente muchos aspectos para analizar,

el que expongo es sólo uno de ellos. Quiero dejar en claro que no estoy de acuerdo con que los médicos justifiquen con la ley 100 su regular o mala atención, fruto de su resentimiento, porque por mucha ley 100 que haya, si un médico es buen profesional, tiene vocación y es honesto, atenderá como debe ser al paciente; prefiero que nos llamen clientes, eso nos da más derechos.

La calidad de la atención se mide desde los términos técnicos que corresponde a equipos, instrumental, informática; también desde los recursos físicos como las instalaciones, medicamentos; desde la agilidad de los procesos administrativos en el consultorio, las aseguradoras o las clínicas, pero doctores-médicos: definitivamente el aspecto que más nos importa a los pacientes es la calidad que tiene que ver en lo que ustedes llaman 'la relación médico-paciente', y es esa relación la que ustedes han deteriorado y la que nosotros más sentimos y sufrimos, no por culpa de la ley 100, ni de los 15, 20 ó 40 minutos de consulta, sino por su inmensa amargura e inconformidad con el sistema, por su indolencia, porque aún sienten rabia y no pueden creer que "después de tantos años de estudio, les paguen mucho menos"... y de eso no tenemos la culpa los pacientes.

Díganme lo siguiente: es la ley 100 la que determina que el médico no le explique a un paciente y a su familia la enfermedad que padece, las consecuencias de medicamentos o procedimientos, la indiferencia, los desaires, la incompreensión, la falta de comunicación y de interés por el paciente y su vida familiar, la falta de colaboración con los documentos o trámites que a veces nos piden diligenciar nuestros EPS o prepagadas... respóndame con la verdad... ¿todo eso depende de su famosa ley 100?

Este artículo no pretende defender la ley 100, tampoco tiene argumentos legales, ni remite a referencias bibliográficas, ni es fruto de intensas investigaciones; es sólo una opinión simple, clara y suficientemente sentida y sufrida. Para finalizar: me dan pena algunos ¿o muchos? médicos porque se quejan, su discurso se volvió reiterativo y adolorido y al parecer no se dan cuenta de que el problema del gremio médico no es sólo la Ley 100; por otra parte, admiro los médicos que con esta Ley o sin ella, son profesionales íntegros, respetuosos con los pacientes y que cumplen el juramento hipocrático porque creen en él, y me alegro de que todavía existan muchos MÉDICOS-MÉDICOS.

Frustraciones de la ley 100 en salud

Por: Jorge Luis Sánchez M.
Médico Neurólogo

La Ley 100 es un intermediario entre el médico y el paciente para explotarlos a los dos. Sustituyó la empatía que debe existir entre ellos por prevención, aprehensión y recelo mutuos, cambiando la concepción de paciente por cliente y la de médico por prestador de servicio de salud. Infiltró los intereses pragmáticos neoliberales para alienar la soberana autonomía del paciente en escoger su médico y entregarle su salud a su responsabilidad y conocimientos, mientras al médico le ató las manos y le tapó ojos, oídos y boca, pues el acto médico que de él nace ya no se rige por principios científicos, éticos o humanitarios, sino que esta Ley básicamente le impone los económicos.

Para las EPS ya es mal médico el que sustenta su diagnóstico en exámenes costosos o su tratamiento en drogas no genéricas o por fuera del POS (plan obligatorio de salud).

Si bien la filosofía que animó dicha Ley era la de incrementar la cobertura, lo que logró fue reparar pobreza. Antes de 1993 cuando fue promulgada esta Ley, las personas de más escasos recursos económicos eran atendidas en la base piramidal de la salud de entonces, como eran los hospitales universitarios, centros de salud y hospitales públicos de los municipios, todos bajo la responsabilidad del estado, como debe

ser competencia de cualquier gobierno con sensibilidad social y no obstante el exiguo porcentaje que del P.I.B. se destinaba para estos despreciables menesteres como simple han sido considerados -salud, educación y vivienda-.

Los políticos de entonces no contraban la forma de sacarle provecho a la prestación de salud de los más pobres, como hoy lo hacen de manera ruin al desviar el otorgamiento de carnés de Sisben a sus caudas electoreras.

Pero con una Ley como la que se impuso a los colombianos sin consultarle a sus víctimas, pacientes y médicos, el gobierno encontró una forma fácil de eludir su responsabilidad cubriendo el dinero faltante del régimen subsidiado, con el gran esfuerzo de la clase media adscrita al régimen contributivo. O sea un impuesto más.

La Ley 100 no hubiese sido necesaria.

Sólo el ISS hubiese atendido buena proporción de la población colombiana, si se hubieran implementado gradualmente las medidas sugeridas por una directiva de la época, como eran la de incrementar las coti-

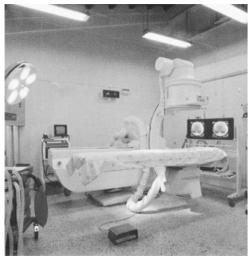
zaciones, descentralizar sus recursos, darle instrumentos jurídicos ágiles para saneamiento de cartera, reingeniería para su paquidérmico sistema, despolitización y sobre todo, que no le siguieran desangrando sus reservas para tapan los déficits de otras instituciones. Pero había grandes intereses económicos por debajo, que es el verdadero plano en el que se desuelven los políticos. Y fue así, como en connivencia con grandes pulpos económicos nacionales y transnacionales (llamase segunda conquista) el gobierno de la época copió lo malo de otros países en sus sistemas de seguridad social.

Ganaba el gobierno, que se quitaba ese pesado lastre. De lo otro que ganaba no tengo pruebas. Ganaban las EPS y los grupos económicos. ¿Pero ganaban el paciente y el médico? Al primero le cobran religiosamente sus aportes, pero lo que le deberían retribuir en buenos servicios se gasta en altos costos administrativos y burocracia. Al segundo lo han pauperizado, pues sus exigüos honorarios, impuestos al modo leonino, no se compadecen con su formación académica, costos de preparación y actualización, dificultad en el ejercicio y grado de responsabilidad.

Al paciente lo someten a oprobiosos y largos peregrinajes por obsecuentes mandos me-

dios como si estuviera mendigando un servicio, generalmente negado entre múltiples trámites, fotocopias, filas y papelería. Ya se burlan hasta de las tuteas, las cuales le han servido a las mismas EPS como filtro para decantar la demanda y bajar los costos. Los jueces y personal de la justicia, independientemente de sus fallos, se han convertido en parte de su personal fuera de la nómina. Al médico lo ha obligado a practicar una medicina primitiva, pues niega las ayudas diagnósticas modernas y los tratamientos médicos o quirúrgicos con tecnología de punta. Al primero lo han timado y al segundo lo han explotado. En su afán de abaratar costos a como de lugar, ha puesto a los médicos generales a atender la consulta especializada siendo éstos quienes tienen que responder por complicaciones o demandas por responsabilidad civil, pues los médicos generales no son idóneos ni capacitados para consulta de alta complejidad y al paciente con esta conducta lo están estafando.

La cenicienta salud colombiana siempre ha sido deficitaria, pero nunca como en los actuales niveles, mientras pacientes y médicos no encuentran dolientes en este entierro de tercera. ¿Será que ante resultados tan funestos las cosas se pueden deshacer como se hicieron?



En el Congreso de la República se debatirá el proyecto de ley para la creación del Consejo Nacional de Bioética, ente llamado a servir de órgano consultivo a los organismos del Estado y de la sociedad, en la protección y desarrollo de los seres vivos incluido el medio ambiente, frente a los desarrollos científicos y tecnológicos. Este hecho pone a Colombia ante el concierto internacional a la cabeza de los defensores de los derechos humanos y de la dignidad humana, teniendo presente que el ser humano y la vida del planeta en general está por encima de cualquier adelanto científico o tecnológico y de eventuales beneficios comerciales.

Debate

“LA CALIDAD EN SALUD UN PLEONASMO”

¿O NO?

Carlos Alberto Sánchez Quintero
MD. Gerente Hospitalario
Jefe Departamento
Salud Pública Fundación Universitaria
San Martín

La reforma de la Seguridad Social en Salud ha planteado claramente las bases jurídicas y administrativas para que por vez primera el sector salud observe como elemento primordial de la gestión hospitalaria a la población objeto, pues nunca antes los entes hospitalarios y en general el sector salud ha tenido tanta preocupación por conocer la población que le corresponde atender, por caracterizarla, por definir sus grupos etáreos, por conocer su perfil epidemiológico y sobre todo, por agradar y conservar a sus usuarios.

Sin embargo, en Colombia llaman la atención los altos valores de los indicadores de no calidad y la insatisfacción del paciente, cuando evaluamos indicadores como: número de citas canceladas en un periodo de tiempo, tratamientos incorrectos, historias clínicas incompletas o mal diligenciadas, exámenes diagnósticos innecesarios o mal ordenados, cirugías canceladas, equipos e instrumental descompuestos, medicamentos vencidos, infecciones intrahospitalarias, reingreso y reintervenciones, falta de ropa quirúrgica, estamos evidenciando que una cosa es lo que está escrito y otra lo que se está haciendo. Igualmente llama la atención la relación existente entre la calidad de la atención en salud con aspectos como: ¿A que régimen de beneficios pertenece el paciente: ¿es contributivo, subsidiado o vinculado? ¿a qué EPS o ARS pertenece? ¿qué tipo de contrato se ha suscrito con la administradora o intermediaria, por capitación o por actividad? ¿cuáles tarifas se han concertado, las del ISS o las del SOAT? ¿cuánto adeuda ese intermediario y desde cuándo? ¿qué opinión tiene el profesional sobre la Ley 100?

Aunque la calidad, es un sello distintivo de los servicios de salud, los anteriores indicadores nos hacen pensar en que son necesarias las acciones que combinen elementos administrativos, técnicos, de diagnóstico, de tratamiento y de seguimiento que garanticen unos criterios mínimos de calidad, que busquen hacer *correctamente* las cosas *correctas* y que se lleven a cabo continuos perfeccionamientos. Los procesos que satisfacen las expectativas del paciente, del usuario o del cliente en forma eficiente o moderna, son las cosas correctas. El desempeño de las personas y de los departamentos que se articulan y se ajustan a estos procesos, es hacer las cosas correctamente. Afortunadamente los procesos y los desempeños interactúan. Cuando una institución clarifica y perfecciona

los procesos, el desempeño mejora.

Tanto los procesos como el desempeño son importantes cuando se trata de calidad. Los procesos, las políticas y las tareas deben ser diseñados para captar los mejores y más eficientes métodos de realizar una tarea o prestar un servicio, de tal suerte que nos permitan reemplazar los métodos antiguos y las prácticas obsoletas que generan insatisfacciones en el cliente interno y en el externo, por métodos fluidos, modernos y consistentemente efectivos para lograr los resultados apropiados. Al hacer *correctamente* las cosas *correctas* y llevar a cabo el mejoramiento continuo se lograrían: resultados clínicos óptimos para los pacientes, satisfacción tanto para el cliente interno como el externo, viabilidad financiera, personal con talento orgulloso de pertenecer a su institución.

Todos tienen razón

He tenido la oportunidad de preguntarle a grupos de usuarios ¿Qué es para usted un servicio salud de buena calidad? En su inmensa mayoría lo definen como aquel en el cual médico lo atiende oportunamente, que lo llama por su nombre, le permite expresar lo que siente, lo examina, lo deja hablar, le explica lo que padece y cuál es el plan de tratamiento, etc. Este componente de la calidad lo ha definido la Ley 100 como Calidad informal o subjetiva, y es la que percibe el usuario y se garantiza en la medida en que el usuario adquiere la capacidad de elegir. De otro lado también le he preguntado a los profesionales de salud ¿Qué es para usted un servicio de buena calidad? Igualmente la mayoría ha coincidido en que es aquel en que se atiende el paciente oportunamente, en un ambiente adecuado, con buena dotación, etc. Este componente de la calidad lo ha definido la Ley 100 como *Calidad efectiva o formal*.

Es evidente de acuerdo con las anteriores opiniones, que una cosa piensa el paciente y otra cosa piensa el proveedor del servicio en relación con la calidad, lo importante de este fenómeno es que ambos tienen razón. El secreto de un sistema de calidad o de un gerente de la calidad es hacer que esos dos conceptos se acerquen lo más posible.

La calidad efectiva o formal pretende que se garantice mediante el sistema de Garantía de Calidad en el que una entidad oficial competente verifica el cumplimiento de requisitos mínimos en áreas como: Infraestructura Física, Recursos Humanos, Dotación, Procedimientos Administrativos, Sistemas de Información, Transpor-

te y comunicaciones, Auditoría de Servicios. Se dice que hay calidad en la prestación de los servicios de salud cuando los atributos contenidos en dicha prestación, hacen que la misma sea oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en los procedimientos y prácticas profesionales.

Todos los actores e integrantes del Sistema de Seguridad Social en Salud participan en el desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y Mejoramiento de la Atención, para el cual se ha implementado el procedimiento de declaración de los *requisitos mínimos esenciales*, una propuesta que reemplaza el anterior sistema de licencia y que se articula con las directrices nacionales de libertad de creación de empresas; en otras palabras, una institución de salud, podrá ofrecer los servicios que considere, siempre y cuando cumpla con los requisitos establecidos para prestar dichos servicios. Esta afirmación es válida para los niveles de complejidad, aunque esto último poco se cumple; somos testigos de entidades que solicitan inscripción de tercer nivel de complejidad pero en horarios nocturnos y en los fines de semana sólo prestan servicios de segundo o primer nivel de atención.

La acreditación de prestadores de servicios de salud es una fase de la calidad posterior a la declaración de los requisitos mínimos esenciales, dado que es un procedimiento sistémico, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores y más exigentes que los requisitos mínimos. Mediante este mecanismo los prestadores de servicios de salud, podrán solicitar, ante la instancia competente, la verificación y certificación de los servicios que han superado los requisitos mínimos esenciales.

Pienso que estratégicamente el sector salud en nuestro país se debe concentrar en difundir y socializar el mecanismo de los requisitos mínimos esenciales y posteriormente implementar el sistema de acreditación. Es evidente que estamos saturados de normatividad que no se ha cumplido y los mismos entes de dirección aplazan o postergan su cumplimiento. La calidad es un claro ejemplo, hay muchas regiones que no han aplicado aun el 2174 y ahora les llegamos con otra disposición.

BIBLIOGRAFIA:
Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud 1993 Banco Mundial.
Manual de Administradores de Salud para el mejoramiento continuo. Wendy Leebov. Clara Jean Erson. 1998
Que es el control total de la calidad. Kaoru Ishikawa. 1991
Manual de Gestión Hospitalaria. J. L. Temes Montes. V. Pastor Aldeguer. J.L. Díaz Fernandez. 1998.

Con el Centro de Gestión Hospitalaria Se preparan cambios en los requisitos esenciales



“Lo ideal es que se pudieran tener las enfermeras profesionales que señala la norma, pero la pregunta es si existe el recurso disponible en el país o si se puede conseguir en las instituciones”. Foto: Edwin Vélez.

En razón al debate generado frente a la aplicación de los requisitos mínimos que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS -, el Ministerio de Salud y el Centro de Gestión Hospitalaria preparan una actualización de la norma para ajustarse a la realidad del país.

Con base en múltiples inquietudes y en la labor del Ministerio de Salud, se definió la consecución de un crédito internacional, con el Banco Interamericano de Desarrollo –BID- para incorporar “tecnología blanda”. De acuerdo con una serie de necesidades se definieron los temas que deberían estar en el crédito y de ahí se generaron varias licitaciones. Uno de los temas era el de la calidad como fundamento de la reforma. El Centro de Gestión Hospitalaria –CGH-, participó en el concurso de calidad, mediante consorcio con una entidad de acreditación de Canadá y una entidad de México. La licitación le fue adjudicada. El trabajo del CGH es en conjunto con el Ministerio de Salud y la meta es desarrollar el

sistema de garantía de calidad, el cual tiene varios componentes: Sistema de información a usuarios, acreditación de EPS e IPS, auditoría médica, incentivos y requisitos esenciales.

El objetivo es mirar qué está pasando con los Requisitos Esenciales, revisión de sus términos, qué excesos existen, cómo marchan los procesos de vigilancia, su grado de complejidad y detectar los demás elementos a mejorar.

El procedimiento que realiza el CGH tiene una fase inicial, para saber qué está pasando en el país, luego se evaluarán los resultados de ese diagnóstico y se preparará la propuesta de ajuste para trabajarla conjuntamente con el Ministerio. En la fase de recolección de la información se encuestaron las 476 secretarías de salud, se visitaron 16 secretarías, 30 hospitales y se entrevistaron 150 personas de Empresas Sociales del Estado.

Para el CGH, la opinión del sector es muy importante, por ese motivo, se proyectó la realización de un taller con entidades privadas y la colaboración de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

y otras entidades de salud, procurando que haya representación regional del país. Con los resultados del diagnóstico se hará una primera revisión de los requisitos actuales, para emitir el primer borrador y por varias vías buscar la opinión de todas las personas que estén interesadas. La publicación será en la página del Centro de Gestión Hospitalaria, www.cgh.org.co y también en Revista Vía Salud, medio de difusión del CGH. La fase diagnóstica culmina a finales de agosto o principios de septiembre. En noviembre se publicará la primera propuesta de requisitos esenciales ajustados, según información entregada al periódico EL PULSO, por parte del Coordinador de Requisitos Esenciales en el CGH, Sergio Luengas Maya.

El espíritu es de mucha concordia y el ambiente de concertación por parte del Ministerio. Se espera el aporte de toda la comunidad de la salud en el país para recoger las mejores propuestas y vincularlas al cuerpo de la normatividad. Ello permitirá mayor equidad y beneficio para los usuarios.



FABRICAMOS

- Rollos de Papel Kraft o Sulfito para esterilización y camillas
- Resmas de Papel Kraft
- Bobinas de Papel Kraft y Papel Sulfito
- Bolsas de Papel
- Cajas plegadizas para alimentos y para empaques

FABRICA Y OFICINAS

Carrera 45 No. 30-45
PBX-FAX (4) 262 18 62
E-mail: roso@epm.ne.co
Medellín - Colombia



La salud en el Putumayo

Este departamento del sur del país, popular en estos días por el Plan Colombia, tiene tantas urgencias en materia de salud como riquezas naturales.

Bienestar río abajo

Por: Luisa Fernanda Correa Valencia
Periodista

En el departamento de Putumayo, conocido como intendencia de los llamados Territorios Nacionales hasta 1991, se identifican claramente dos regiones: el Alto y el Bajo Putumayo, división que obedece a aspectos geográficos y que marca diferencias en términos de organización, actividad económica y expresiones culturales.

En Mocoa, la capital y sede administrativa, termina el piedemonte de la Cordillera Oriental y lo que se considera el Alto Putumayo, que además de tener influencia nariñense en el aire reposado de su gente y en el acento con el que se habla, marca los límites de una zona donde sus habitantes tienen una calidad de vida relativamente superior.

Por otra parte, el bajo Putumayo – menos organizado pero con muchos ímpetus –, tiene en Puerto Asís el eje comercial del Departamento, hasta ahí es posible el transporte terrestre y es la puerta de entrada a la Amazonía. Este puerto sobre el río Putumayo tiene en la navegación una parte importante de su economía, porque permite el acceso de embarcaciones de considerable calado que llevan combustible, alimentos y demás productos necesarios a las poblaciones que se encuentran río abajo y traen mercancía brasilera desde Leticia.

Al Putumayo se accede por tierra desde Pasto, a través de una carretera que bordea toda la cordillera y que conserva su condición de camino de herradura, o desde Neiva por la ruta Pitalito-Mocoa. Además se encuentran las rutas aéreas, más recomendadas para los visitantes por efectos de tiempo, seguridad y comodidad, rutas que cubren aerolíneas comerciales como Aires y Satena arriban a los aeropuertos de Puerto Asís, Puerto Leguizamo, Orito y Villa Garzón, que presta sus servicios a Mocoa.

Las expresiones del trópico se encuentran ahí reunidas: un clima cálido y húmedo, personas amables y extrovertidas que viven al ritmo del popurrí musical que surge de cada casa y cada fuente de soda y un ir y venir de motociclistas que nunca cesa. "Aquí vivimos como del ambiente" afirma un asisense "porque a duras penas tenemos agua, la luz permanente todavía nos parece una mentira después de tantos años a punta de Coleman, y del alcantarillado, pues la calle sigue abierta desde hace más de tres meses, dizque porque se acabó el presupuesto. Y encima, todo vale un plata!".

Comentario que legitima Manuel Zúñiga Bravo, médico y exgerente del Hospital San Francisco de Asís, cuando afirma que más del 80% de la población del Putumayo no tiene las necesidades básicas satisfechas y que en una región tan particular como ésta, no se debería evaluar la salud por la cobertura en vacunación, sino por la implementación de programas de pedagogía de la convivencia pacífica, campañas contra la violencia intrafamiliar y rescate de valores en los colegios.

Salud Pública

Según información suministrada por el Departamento Administrativo de Salud del Putumayo, Dasalud, en 1999 el 32 % de sus 323.549 habitantes residían en 13 municipios y su distribución geográfica está concentrada en las zonas urbanas y el 68 % en las zonas rurales. La cobertura del régimen subsidiado es

del 50%, con una clara diferenciación entre el Alto y el Bajo Putumayo, el primero tiene una carnetización del 98%, mientras que en el segundo sólo alcanza el 20%.

Los hospitales, por su parte, son precarios física y tecnológicamente. De hecho, sólo existen tres hospitales de segundo nivel en el departamento: el José María Hernández de Mocoa, el Pío XII de Colón y el San Francisco de Asís de Puerto Asís. De este atraso en la infraestructura hospitalaria, el médico y recién nombrado gerente del Hospital de Puerto Asís, Silvio Rosales Conde, señala la falta de voluntad por parte de las administraciones municipales para dar buen uso a los recursos y la ausencia de una verdadera gerencia, especialmente en el Bajo Putumayo.

De acuerdo con un estudio realizado por la Sección de Epidemiología de Dasalud Putumayo, la morbilidad y la mortalidad por enfermedades infecciosas y transmisibles, son todavía muy frecuentes en la población. Además, se presentan problemas de salud como las enfermedades cardio y cerebrovasculares, el cáncer y eventos como la violencia y la accidentalidad asociada al abuso de alcohol, la farmacodependencia y las enfermedades mentales.

Las condiciones de salud se relacionan con la disponibilidad y acceso de la población a los servicios de salud, las condiciones geográficas, ambientales y sociales representada en la dispersión de la población, la limitación para el desplazamiento de los habitantes de las veredas hacia las localidades donde se ubican los centros hospitalarios por los costos en el transporte, el valor de la consulta médica, la insuficiente cobertura de la población al régimen de seguridad social y la limitación en los horarios de desplazamiento por las carreteras intermunicipales.

Es así como durante 1999 se reportaron 1198 defunciones para una tasa de 370.2 por 100.000 habitantes. El sexo masculino con el 74%(884) y el femenino con el 26%(314) de las defunciones, con un promedio de edad de 24 años y una mediana de 30 años.

Para el análisis de las razones de tasa de incidencia en la mortalidad general se tomó a Mocoa como valor de referencia y se obtuvo como resultado que los habitantes de los municipios del Valle de Guamuéz y Puerto Asís tienen un riesgo casi dos veces mayor de morir, con respecto a los habitantes del municipio de Mocoa, mientras que este riesgo disminuye para los habitantes de los municipios de Villagarzón, Puerto Guzmán, Sibundo y, San Francisco y Puerto Leguizamo con diferencias estadísticamente significativas.

El Bajo Putumayo es escenario de una guerra declarada donde la población civil está a merced de los actores del conflicto armado: guerrilla, autodefensas y ejército. "Hoy no cabe duda de la relación entre la guerra y los cultivos ilícitos. La guerrilla y los paramilitares apelan a ellos como fuentes financieras, lo que conduce a enfrentamientos territoriales por el control de los cultivos" ¹

Y esos enfrentamientos, además de las vidas que cobran, han limitado el área de acción de las brigadas de salud, en detrimento del bienestar de la región.

Organizaciones no Gubernamentales-ONG- como la Cruz Roja Internacional



Puerto Asís es la capital comercial del Putumayo y la vía de acceso a la Amazonía. La posibilidad de conjugar el transporte naval, aéreo y terrestre, le han permitido un crecimiento acelerado.

de Suecia y Médicos Sin Fronteras de España tratan de cubrir las poblaciones donde el orden público no permite el acceso estatal. Servicios de odontología, vacunación y consulta médica, además de la promoción y difusión del Derecho Internacional Humanitario, son las principales labores que adelantan estas entidades no gubernamentales, que cuentan con equipos, lanchas y avionetas para desplazarse selva adentro.

Sin embargo, su tarea apenas comienza. La inminente fumigación de los cultivos ilícitos, con sustancias dañinas

para la tierra y las personas, dará bastante que hacer a los organismos de salud. Lo más grave de todo es que sus habitantes apenas si están enterados de lo que significa el Plan Colombia para sus vidas.

Si se pudiera pensar en una salida pacífica y conciliada para esta guerra, el destino del Putumayo no podría ser otro que el de una región próspera, con una calidad de vida en ascenso, llena de gente alegre y trabajadora, con una infraestructura en turismo ecológico envidiable y una muestra para el mundo de la biodiversidad amazónica.

ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD EN EL PUTUMAYO

Instituto de Seguros Sociales E.P.S.

Unimec E.P.S. S.A.

Colseguros E.P.S.

Caprecom E.P.S.

Cruz Blanca E.P.S. S.A

Cajanal E.P.S.

Selvasalud E.P.S. S.A

Fuente: DASALUD Putumayo 1999

Ars	Afiliados	Valor	%Participación
Selvasalud	58.883	9.431.641.263	52,77
Cooposofa	31.739	5.099.282.954	28,44
Unimec	16.937	2.719.007.091	15,20
Caprecom	4.002	642.973.326	3,59
Total	111.581	17.892.904.636	100,00

Consolidado afiliados al régimen subsidiado, vigencia 1999 a 2000.
Fuente: DASALUD Putumayo 1999

La tierra prometida

Con claros atractivos económicos, la historia de la colonización del Putumayo va de la mano de la explotación de sus recursos naturales. Desde la época de la quina, a finales de 1800, cuando este producto vegetal era apreciado por sus propiedades tónicas, astringentes y antipiréticas, pasando por el auge de las plantaciones del caucho, que comprometió a los países que comparten la Amazonía y fue una de las mayores causas de la extinción indígena en la zona. Según investigadores, alrededor de 50 mil indígenas murieron por el maltrato que soportaron por parte de los colonos que controlaban las caucheras.

La aparición de las resinas sintéticas en el mercado mundial, alivió la fiebre cauchera y dio paso a la explotación de oro, madera y pieles. Pero fue a partir de 1940, cuando la Texas Petroleum Company inició la exploración geológica, que descubriría importantes yacimientos petrolíferos alrededor del Valle del río Guamuéz, que comenzó el verdadero proceso de colonización de la región.

Las nuevas oportunidades de trabajo generadas en torno a la industria petrolera, la construcción del oleoducto trasandino y de la refinería de Orito, hicieron del Putumayo la tierra prometida en la década de los setenta. Transportadores, comerciantes, ganaderos y agricultores vieron prosperar sus negocios con el respaldo del oro negro.

La burocracia administrativa, seducida y alimentada por la bonanza, no hizo buen uso de las regalías petroleras, desaprovechando así el momento para invertir en las necesidades de la nueva población, es decir en escuelas, hospitales, servicios públicos, vías de comunicación y programas de bienestar. La crisis en el campo no se hizo esperar, los elevados costos del transporte y la falta de apoyo estatal para obtener préstamos y asistencia técnica para comercializar sus productos fue la puerta de acceso al cultivo de hoja de coca como alternativa de subsistencia.

Y así, desde 1980, se tumban hectáreas de selva para cultivar un producto que tiene ventajas sobre los productos tradicionales: alta rentabilidad, pago al contado, mercado asegurado y no necesita fletes para su transporte. Fenómeno alarmante, si se considera que el Putumayo tiene el 50% de los cultivos de hoja de coca del país y que los procesos sociales que ha traído consigo lo convierten en una de las regiones más violentas de Colombia.

(1) Referencia bibliográfica
Molano Bravo, Alfredo.
"Medio Ambiente, cultivos ilícitos y guerra"
, En Revista Número,
edición No.25. Marzo, abril, mayo de 2000.
Pg. 11-13.



Apartes del concepto de la DIAN 51866 sobre retención en la fuente de los servicios de hospitalización: "cuando se trate de servicios integrales de salud que involucran una serie de actividades calificadas y no calificadas y la entidad prestadora del servicio presenta una sola factura por la totalidad de los servicios tales como hospitalización, cirugía, alimentación, radiología, medicamentos, etc., el agente retenedor deberá practicar retención en la fuente sobre el total del pago por concepto de servicios médicos hospitalarios a la tarifa del 4% (...) a los hospitales que están constituidos como personas jurídicas sin ánimo de lucro, no debe practicarse retención en al fuente. Interesados en el texto pueden solicitarlo a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, teléfonos (1) 312441 ó (1) 2311003

OBSERVATORIO

Lecciones para una reforma en Ecuador

Jairo Humberto Restrepo Zea
Director Centro de Investigaciones Económicas, U de A

<http://www.agustinianos.udea.edu.co/economia/GES>

El 31 de mayo pasado se llevó a cabo en Quito Ecuador un seminario internacional sobre la reforma en el sector salud y la rectoría del Estado. El evento estuvo patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud -OPS- y otras agencias internacionales y organismos no gubernamentales del vecino país, quienes se reunieron durante ese día para escuchar experiencias internacionales (Colombia, Chile y Costa Rica) y plantear visiones por parte de diversos actores nacionales.

Como invitado a este seminario para presentar un balance de la reforma colombiana, sobre la cual se tienen grandes expectativas y se considera en general como un modelo a imitar, centré mi participación en algunos puntos críticos a tener en cuenta para hacer una reforma de este estilo.

Evaluación de los costos

¿Cuánto cuesta una reforma?. En el caso colombiano pueden advertirse tres tipos de costos:

- **Unos costos financieros**, relacionados con los recursos frescos que se adicionaron a partir de 1993, los cuales fueron muy significativos en el país.
- **Unos costos de tipo económico**, es decir, ¿qué se dejó de hacer con aquello que hoy destinamos a la reforma?. En varios casos, se ha estimado que de los recursos nuevos al menos el 60% habría sido absorbido por costos administrativos que no le adicionan valor al servicio de salud y mucho menos a la atención. Los hospitales se encargaron de una nómina administrativa adicional a la que tenían, aparecieron unos agentes intermediarios para administrar el régimen subsidiado, muchos municipios crearon las direcciones locales de salud, en fin, se aumentaron los controles y ese es un primer elemento de análisis

muy importante que hay que soportar.

- **Unos costos sociales** que se relacionan con los efectos distributivos de la reforma. ¿A quiénes se beneficia, cómo se distribuyen los nuevos costos y beneficios? Para el caso colombiano, existen algunas evaluaciones preliminares y es importante reconocer que se trata de una reforma con efectos distributivos importantes, de manera que los sectores de menores ingresos reciben un mayor acceso potencial. Sin embargo, existen dificultades como los mecanismos de identificación y selección de beneficiarios, además del conflicto muy serio en tanto mucha población quedó excluida. Nos referimos a una población cercana a los 10 millones de personas en esa situación, trabajadores informales independientes que tienen una vida no muy pobre pero que tampoco les permite pagar la cotización.

Aspectos institucionales

El sistema colombiano continúa mostrando grandes dificultades que a su vez han ocasionado costos enormes. Por una parte, el desarrollo institucional lo podemos entender, por ejemplo, en aspectos relativos a la información y uno de los grandes líos persistentes se refiere al sistema de información que se vuelve muy exigente para identificar a las personas: si están afiliadas o no, si están al día en los pagos, si realmente son objeto del subsidio, qué servicios reciben; en fin, se tienen debilidades permanentes que no permiten orientar adecuadamente las decisiones y tampoco se cuenta con una buena caracterización de la situación real.

Por otra parte, las reglas de operación constituyen otro elemento muy importante que en el caso colombiano se hace bien complejo dada la inestabilidad de tipo político. A manera de ilustración, en el país no pue-

de ofrecerse siquiera la permanencia de un ministro de salud en el cargo durante dos años de duración y el promedio de los últimos diez años apenas supera ligeramente el año. Entonces, eso hace que una reforma difícilmente pueda progresar porque cada ministro y la rotación de personal directivo y técnico implican cambios de visión sobre la reforma.

Flexibilizar los principios

Es necesario flexibilizar los principios. En un primer caso la separación de funciones, que a nivel abstracto es válida, es importante que sea válida. En el caso colombiano se entendió que la separación entre la política por un parte, en términos de formular un plan local de salud y atender el financiamiento, y la provisión de servicios, por la otra, tenía que aplicarse de manera ortodoxa y esto también ha ocasionado uno de los costos más grandes del sistema. A manera de ilustración, se tiene un municipio con 7000 habitantes en donde hay un secretario de salud y también hay un gerente en el hospital, mientras anteriormente el médico director hacía todo y se le reconocía poco tiempo para administración

La descentralización también merece una visión flexible. Todos estamos de acuerdo en facilitar la toma de decisiones y permitir la autonomía, pero la descentralización también cuesta y en Colombia constituye una de las causas de la crisis fiscal, tanto así que una de las propuestas del gobierno ha sido

La autonomía de los hospitales también puede flexibilizarse, por ejemplo mediante la conformación de consorcios de hospitales

de recortar el número de municipios. La autonomía de los hospitales también puede flexibilizarse, por ejemplo mediante la conformación de consorcios de hospitales, como ahora comienza a hacerse en Bogotá.

De igual modo, la competencia merece ser matizada. Todos creemos en la competencia y en la bondades para alcanzar la eficiencia, pero aquí estamos frente a una discusión entre fines y medios. La competencia es un medio para alcanzar la eficiencia, pero también se convierte en ocasiones en el fin en sí mismo. ¿Competencia, para qué?. En nuestro caso se ha demostrado que cerca del 40% de la población vive en áreas en donde no tiene sentido hablar de competencia, municipios pequeños, poblaciones dispersas; allí no aplica la libre elección, elegir sobre qué, si solo hay un agente prestador?; no puede elegirse a qué parroquia ir, si solo hay una, a qué médico ir, si solo hay uno, a qué aseguradora afiliarse si solo hay una, pero incluso sería ineficiente la situación con varios oferentes en un mercado pequeño.

El principio de cobertura también merece mucha atención. En Colombia se entendió por parte de muchos, al adoptar el seguro, que el objetivo de la Ley 100 era el de asegurar, afiliar población a las aseguradoras (EPS y ARS); entonces, la meta ha sido evaluada comúnmente en términos de número de personas afiliadas y eso puede ser un engaño; hay que establecer realmente qué pasó con el acceso y la situación de salud. Además, es posible encontrar, si adicionalmente se tienen en cuenta las dificultades del mercado, estrategias diferentes al aseguramiento para brindar atención.

Estado y mercado

La última lección es que debemos tener muy claro hasta dónde llega el Estado en salud y dónde puede comenzar el mercado. Philip Musgrove es bastante claro sobre estos aspectos, pero en el caso colombiano, para poner un ejemplo muy claro sobre la confusión de roles, se generaron dos planes de beneficios: uno que pudiéramos denominar como bien público, el plan de atención básica -PAB- que reúne todos los componentes de la política de salud pública; y el otro, el plan obligatorio de salud -POS- sobre atención individual. Aquí comienza un problema y es que el POS contiene un componente de prevención y promoción, de manera que durante los primeros cuatro años quedó una cierta frontera muy nebulosa entre lo que era el PAB, a cargo del estado, y lo relativo al componente de promoción y prevención del POS, a cargo de las empresas promotoras.

En realidad, se presentó una situación cuya tendencia era que nadie hacía nada y ahora se reconoce la reincidencia de ciertas enfermedades y una baja cobertura en vacunación, donde las funciones de la red pública, de carácter ofertista en el buen sentido, quedaron relegadas. Ese fue un error enorme y constituye un fracaso y lo que dice un documento reciente del gobierno es cierto, pues de unas coberturas de vacunación superiores al 90% se habría pasado a un 75% -aquí es muy importante ese punto. Como dijera la profesora Selma Mushin, promotora del concepto de la salud como inversión, si invertimos hoy a través de unas buenas políticas de salud pública, mañana, en el caso colombiano, la unidad de pago por capitación se mantiene constante o incluso la bajamos. Y en Colombia se está viviendo un error muy grave en tanto se descuidó esa política y hoy estamos afrontados a problemas de rentabilidad económica para todo el sistema.



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.

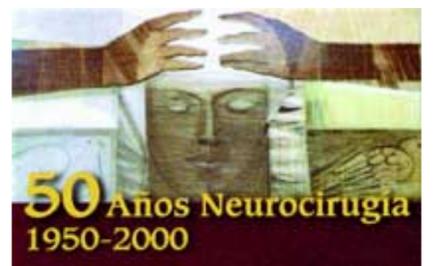
- RECOLECCIÓN Y ENTREGA A DOMICILIO LAS 24 HORAS DEL DÍA.

- DISEÑO, MONTAJE Y OPERACIÓN DE LAVANDERÍAS.

- PROYECTOS DE LAVANDERÍA "LLAVE EN MANO".



La neurocirugía moderna de Colombia se originó en Medellín, en 1894, cuando el dr. Tomás Quevedo en compañía de los doctores Arango y Londoño, operaron un paciente con un tumor cerebral diagnosticado sólo por examen clínico. El 9 de noviembre de 1950, el dr. Ernesto Bustamante fundó el servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario San Vicente de Paul y de la Universidad de Antioquia. Entre el 3 y el 6 de agosto, en el marco del XIX Congreso Nacional de Neurocirugía se realizaron los actos conmemorativos de este 50º aniversario



Brevísima antología de la carne o viaje del ojo hasta la lengua

Por Ana C. Ochoa
Periodista

Es un viernes a las 10 de la mañana en el estudio del pintor, escultor, dibujante Germán Londoño, "el gran augurio para el arte colombiano" según la caldera de los críticos que ya hierve con su paleta caliente. "Color y más color" se lee en una de las paredes del taller de dos pisos que se lo traga todos los días hasta las siete de la noche, más ahora que prepara su exposición para el Museo de Arte Moderno de Bogotá. Pero "color y más color" es lo que se ve desde la entrada, empastada del suelo hasta el techo con sus ensayos de todos los rojos, con fotos nebulosas de revistas viejas, con frases suyas acerca de 'cielos como hielo picado', con bocetos y manchas fantasmagóricas sobre algún pedazo de periódico con noticias infames.

Se oye también una grabación vieja de la voz de Neruda leyendo sus poemas. Y en medio de la ceremonia del poeta, la carajada fácil de Londoño pone a cabalgar la conversación a pelo limpio. Y habla de poesía con un entusiasmo que le infla ese pecho partido de atleta con el que salió desnudo en Semana, abriendo claros entre los despiadados bloques de textos negros: "Hace varios años pienso que ya no puede ser sólo la vida según los colores. Ahora preparo un libro de fotografías y de poemas concebidos por mí, estrictamente prohibido para mayores de 30 años. El tema: El cuerpo. La carne humana. Se llamará Brevísima antología de la carne y tendrá mucha sensualidad". Tal vez la dosis de erotismo y 'perversidad barroca' presente en su obra plástica. "Muchos no lo van a entender, quizá desgarrará la virtud de esta sociedad cerrada. Pero yo me muevo por intuición y mi intuición me dice que ahí hay algo importante. Lo digo sin falsa modestia, porque esa postura es además funesta, es una mueca de la genuina humildad. El esfuerzo ha sido enorme". La poesía es un ejercicio terrible que consiste en pasar la noche en pleno día escribió Jean Cocteau.

Dice el curador del MAM de Bogotá, Alvaro Medina, sobre Germán Londoño:
"Si trataran de identificar a los artistas realmente creativos que dentro de un extinto y envidiable espíritu renacentista han sido buenos pintores, buenos escultores y buenos dibujantes, no surgirían sino dos nombres. Pues bien, el otro nombre es el de Fernando Botero".
Pues bien, el otro nombre es el de Fernando Botero"



"Hombre y mujer contemplando un crimen". G. Londoño. Oleo/lienzo. 1.999

Este libro de poemas forma parte también del intento de existir de otra manera. Gran parte de su obra desploma la noción de exactitud, se burla de los ojos, de las miradas dóciles. Así, mientras tuerce y destuerce las trampas del significado, crea un mundo solvente, con el cual va más allá de la destreza y más allá de la imaginación que da probabilidades a fantasmas pescando ostras, a embajadores perseguidos por enjambres de abejas, a ríos de sangre, a fantasmas de Seurat o de Versace, de Teseo o de Marilyn Monroe... La "pugna", porque es combate, es por el arte. "Me divertía muchísimo al principio" escribía otro artista, el escritor Truman Capote. "Dejé de divertirme cuando descubrí la diferencia entre hacer algo bien y hacerlo mal. Y luego hice un descubrimiento más alarmante aún: la diferencia entre hacerlo bien y el verdadero arte. Una diferencia sutil, pero feroz. Después de eso, cayó el látigo".

Germán Londoño dice además que él no renuncia al misterio, para muchos anacrónico, de la belleza, esa que permite la seducción visual de la obra. Escribe Héctor Abad Faciolince que "Londoño es un evadido...con uno de los más sólidos resultados pictóricos de la última generación de artistas colombianos...su pintura es aire fresco, descanso de puro goce estético después de los montones de sordidez y de feísmo a que nos ha sometido buena parte del arte contemporáneo."

El curador del Museo de Arte Moderno de Bogotá, Alvaro Medina, manifiesta así su opinión sobre Londoño: "Si las revistas dejaran de ser testarudamente light, estudiaran historia del arte colombiano y trataran de identificar a los artistas realmente creativos que dentro de un extinto y envidiable espíritu renacentista han sido buenos pintores, buenos escultores y buenos dibujantes, no surgirían sino dos nombres. Pues bien, el otro nombre es el de Fernando Botero. Tanta versatilidad, tanto talento es una rareza". A propósito de Botero, Londoño manifiesta admiración por su originalidad, por su lenguaje, por el vigor de su estilo único. "Y advierto: mi admiración va más allá del gusto. Sé por qué lo digo. Llevo 23 de mis 38 años estudiando el arte." "Y, por cierto, doy gracias de no

haber pasado jamás por una escuela. No soy ni siquiera bachiller. Tengo las ventajas y las desventajas de ser un autodidacta. Por lo menos he logrado preservar y potenciar mi universo imaginativo." Ese universo suyo templado por la contradicción, por la errante verdad pictórica, por la tensión entre el dolor y la risa ante la que hay que detenerse a veces

como ante una tentación, como decía Baudelaire. Allí, en esa tensión, el color y el vacío; el dato y la ficción; la realidad que no deshace el sueño sino que se mete en él. Allí, el hechizo de las mil lanzas ahuyentando los terrores del arte. Allí, "la razón y la sinrazón" de esa manera suya de vivir que, ya lo expresa él mismo, no es otra cosa que "pintar muriendo".



Germán Londoño.

Aún los dioses tienen sed



"Aún los dioses tienen sed", perteneciente al libro "Brevísima antología de la carne". Foto Tato Gómez.

He oído decir que ciertos dioses, a los que nadie invoca ya habitan aún en el desierto rojo del sur allí, alimentados estrictamente con cenizas y arena son azotados constante y dulcemente por una sed enamorada y lúcida: caminando absortos por el sendero transparente y vacío de sus manos azules, reconocen con infalible instinto el irresistible aroma de la carne nueva.

Sin importar distancias, la buscan afanosos y exaltados estos inmortales, sedientos sonámbulos que no darían por la frescura ardiente de un cuerpo hermoso.

Nadie invoca ya a estos dioses demasiado improbables o demasiado antiguos mientras ellos suplican piadosamente al sol que no marchite su propia piel que no erosione lentamente su terrible y perturbadora belleza.

Se dice también -aunque esto me parece dudoso- que detestan al mar sobre todas las cosas quizá porque sus salados abismos o la nítida perfección de su horizonte los mueve aún a llorar amargamente de nostalgia con la nostalgia de un exilio enorme y atroz y enamorado.

(Del libro, "Brevísima Antología de la Carne", Germán Londoño)

LABORATORIOS FRESENIUS

20 cms X 14cm



Encendamos una luz de esperanza en un niño con cáncer en la sangre adquiriendo desde ahora, con descuentos especiales, la colección de tarjetas y regalos del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín. Gracias al concurso de un importante número de artistas, pesebristas colombianos y entidades privadas, usted podrá presentar un exclusivo saludo de Navidad y año nuevo. Informes: Medellín teléfono: (4)5114555 Ext. 103 Fax: (4)5141085 Bogotá tels. (1)3404092 / 93 / 94 Telefax: (1)2859735

Automedicación responsable

Recientemente se llevó a cabo en Cartagena el VII Foro Farmacéutico de la Asociación Nacional de Industriales (ANDI) con el título "Automedicación responsable: características y perspectivas". Allí el Gobierno Nacional, a través de sus ministerios de Salud y de Desarrollo, presentó una posición favorable para la implantación de una política de "automedicación responsable" en Colombia.

"La automedicación y sus sinónimos, autoformulación, autoprescripción o autodeterminación prescriptiva, se definen como la acción de recurrir a los fármacos sin mediar la prescripción del médico", es decir la automedicación es entendida como la práctica sanitaria en la que el individuo, por su propia iniciativa o por sugerencias de personas diferentes al personal prescriptor, toma decisiones sobre los problemas que afectan su salud (autotratamiento) y los medicamentos necesarios para superarlos.

Los principales argumentos para defenderla, sostienen que esta práctica es una oportunidad para fortalecer la atención primaria en salud, buscando aumentar el grado de autonomía de las personas y optimizando de esta forma los recursos, enfocando los mayores esfuerzos de atención médica a los aspectos más complejos. Algunos autores establecen que la auto-edicación se convierte en el nivel inferior de atención en cualquier comunidad y la destacan como un elemento necesario y útil en la política sanitaria, principal-

mente para las dolencias menores y descomprimir la demanda por los servicios de atención en salud, disminuyendo las necesidades de recursos económicos y de tiempo del profesional médico, necesarios para la atención de enfermedades de mayor gravedad y severidad. En los países desarrollados se ha fomentando, a través de políticas y normas, la automedicación segura con medicamentos de venta libre, como estrategia que beneficia los sistemas de salud, mejorando la accesibilidad, cobertura y calidad del servicio.

El manejo adecuado de la automedicación es respaldado incluso por la Organización Mundial de la Salud en la declaración de Tokio de 1993 sobre el papel del farmacéutico en los sistemas de salud, el cual establece la recomendación para que los medicamentos de venta libre (como los OTC), se apoye a través de un programa de Atención Farmacéutica, que requiere de la existencia de personal idóneo en las farmacias y droguerías.

De otro lado, quienes resaltan sus peligros hacen énfasis en los daños que esta práctica puede generar al individuo, a la familia y la colectividad. Los eventos adversos a medicamentos, agrupados bajo el término síndrome de mala medicación *Bad Med Syndrome* actualmente son considerados un problema emergente de salud pública. Estados Unidos concentra actualmente el 40.2% del mercado mundial de medicamentos; allí fallecieron en 1998 más de



Foto: Edwin Vélez

100.000 personas debido a reacciones adversas a medicamentos, siendo esta la cuarta causa de mortalidad en ese país. Según las estimaciones publicadas por el Dr. Classen en un artículo del Journal of the American Medical Association JAMA, las pérdidas económicas asociadas a problemas relacionados con medicamentos en Estados Unidos fueron de 136 billones de dólares en 1997. En Colombia, desafortunadamente no se conoce la magnitud del problema, en razón a que apenas se tienen los primeros esbozos de un sistema de farmacovigilancia que permita la

obtención de la información necesaria para el seguimiento de este tipo de eventos.

Lo que sí es claro en relación con el tema en cuestión, es que los medicamentos, cuya importancia es innegable para la atención en salud, al punto de que pueden representar la diferencia entre la vida y la muerte; también pueden representar lo mismo cuando son utilizados inadecuadamente debido a potenciales eventos adversos que se presentan con mayor probabilidad cuando se utilizan sin la evaluación de las condiciones fisiopatológicas del paciente y de las farmacológicas y farmacoterapéuticas del medicamento, que es lo que generalmente se presenta en la automedicación. Existen varios factores que conducen y favorecen esta práctica, principalmente de tipo sociodemográfico, entre los que se destacan el grado educativo, las costumbres, las condiciones socioeconómicas, las creencias religiosas y otras como la publicidad farmacéutica, la legislación vigente para comercialización y dispensación de productos farmacéuticos, la capacitación y entrenamiento del personal que normalmente atiende en las farmacias y droguerías y la accesibilidad a los servicios de salud.

Con respecto a la accesibilidad a los Servicios de Salud en Colombia, punto crucial a la hora de hablar de la automedicación, el Informe de actividades 1998-1999 que el Ministerio de Salud presentó al Congreso de la República, tomado de la página de Internet del Ministerio de Salud, indica que "a diciembre de 1998 se encontraban asegurados a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud 24.960.524 colombianos que representan el 60.4% de la población total". Estas cifras, puestas en tela de juicio por algunos, muestran la baja cobertura aún existente en la Seguridad Social en Salud. Además, en infinidad de situaciones, aunque la persona se encuentre oficialmente afiliada al sistema, de todas maneras tiene limitado su acceso a los servicios de salud por deficiencias administrativas, de infraestructura y estrategias de contención de costos de los diferentes actores del sistema. Estos problemas, aunados al alto costo de la atención médica particular, limitan la accesibilidad a los servicios de salud, trayendo como consecuencia inmediata el autotratamiento, el cual normalmente desemboca en la automedicación.

Por diversos factores, entre los cuales cabe destacar la publicidad farmacéutica, en nuestra sociedad se ha arraigado la creencia de que todo problema de salud y de la vida cotidiana se soluciona con el consumo de medicamentos, generando lo que se ha denominado la "medicamentación" de la vida; tanto en la atención médica, donde se produce la prescripción incorrecta, como de la población general

que se receta automedicación incorrecta.

El país no dispone aún de la legislación ni de los mecanismos de control necesarios para garantizar que los medicamentos que requieren de prescripción médica para su venta, cumplan con este requisito al ser dispensados en las farmacias y droguerías, y los médicos prácticamente carecen del apoyo del farmacéutico para orientar la utilización racional de los medicamentos. Este escenario es sumamente propicio para que se revelen con toda su intensidad los problemas relacionados con la automedicación: empeoramiento de la enfermedad, el aumento de la probabilidad en la aparición de efectos no deseados, la generación de resistencia bacteriana y los altos costos para el sistema de salud, generados por las incapacidades temporales, permanentes e incluso la muerte, que algunos medicamentos pueden generar cuando se utilizan sin los criterios científicos necesarios para establecer una farmacoterapia eficaz y eficiente.

Podemos concluir que la automedicación ha existido y seguirá existiendo, pues además satisface necesidades básicas de la persona y llena vacíos sociales importantes; por lo tanto, los esfuerzos no deben orientarse hacia su eliminación, sino hacia su orientación y control adecuados. Para lograr este cometido, no basta con la creencia ciega en las fuerzas del mercado y la confianza en la buena voluntad de los actores del sistema de salud. El Estado debe asumir su papel responsablemente, a través de una política farmacéutica integral que incluya, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la capacitación de la población en general y del cuerpo médico en particular para a la utilización adecuada de los medicamentos, la información veraz y completa sobre los productos farmacéuticos, la revisión continua de los productos comercializados, los mecanismos para garantizar que los dispensadores de los establecimientos sean personas calificadas, la restricción de la facilidad de adquirir medicamentos de venta bajo fórmula médica sin una prescripción que la respalde, la estructuración y desarrollo de servicios farmacéuticos ambulatorios con las condiciones y exigencias para generar y fortalecer una automedicación positiva y responsable. Mientras tanto, queda la duda...

ARBORICEMOS A MEDELLÍN...



"Porque también protegemos el Medio Ambiente"

VIVIR en convenio con



Presentan una alternativa ecológica para enviar condolencias, a través de



El cual consiste en la siembra de un árbol en memoria del ser querido que ha partido*

POR UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA!

Mayores informes:
VIVIR Casa de Funerales
Tel 23196 00

*Árbol marcado con el nombre del fallecido y nombre del donante para su identificación y certificado de siembra de árbol.

Bibliografía:

- Moreno C. Automedicación: Notas para una investigación. Salud y Conciencia. 1987;1:39-42
- OMS. El papel del farmacéutico en el sistema de atención en salud. Tokio, Japon 1993
- Illich I. Némesis Médica, edición 1 Cuernavaca Mexico; agosto 1984. Pp 40-41
- República de Colombia, Ministerio de Salud. La reforma de la seguridad social en salud, edición 1, Santafé de Bogotá 1994 Tomo 1: antecedentes y resultados. Pp5-17 . Machengo M. Las EPS están cercando la salud a los colombianos. Bogotá; Periódico El Tiempo, octubre 27 de 1996 . Drug Utilization Research Group, Latin America. Multicenter study on self-medication and self-prescription in six Latin America Countries. Clin. Pharmacol Ther 1997; 61:488-493

Automedicación Responsable, artículo elaborado por :

Pedro José Amariles Muñoz

Docente Universidad de Antioquia, Especialista en Atención Farmacéutica, Maestro en Farmacia Clínica

Omar de Jesús Correa Cano

Químico Farmacéutico Hospital General de Medellín, Especialista en Atención Farmacéutica

Luis Guillermo Restrepo Vélez

Coordinador Programa de Farmacovigilancia Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Especialista en Atención Farmacéutica

Comfama, bien calificada

Las otras cuentas: los aportes sociales del aseguramiento

El clima polar de la crítica en el sector de la salud cede sus temperaturas cuando, en medio del cálculo frío, aparecen los datos de la calle que se recogen en caliente. Aquí y allá, entre los hospitales y los usuarios, entre las voces oficiales y las espontáneas, se expresa con reveladora coincidencia que algunas entidades como Comfama ARS registran importantes índices de satisfacción en la comunidad usuaria y en el sector en general. Calificación favorable compartida con otras entidades, principalmente con algunas denominadas Empresas Solidarias de Salud ESS, grupo vital de las 229 instituciones que, con Cajas de Compensación Familiar y EPS, la Superintendencia ha autorizado para funcionar como Administradoras del Régimen Subsidiado. Este golpe de opinión aparece interesante, pues ocurre al mismo tiempo que se multiplican los cuestionamientos, transmutados ya en censura, frente a la labor de numerosas Administradoras con políticas erráticas de rentabilidad y audacia, que se han limitado a ser unas costosas intermediarias y cuyo "aporte social" es un mal chiste. Según la directora de Comfama ARS, Clara Inés Puyo, "la experiencia nuestra en salud, que empezó con la Caja de Compensación Familiar mucho antes de la Ley 100, ha sido totalmente diferente a la de ciertas 'intermediarias'. Simplemente porque no lo somos, es decir, somos es 'aseguradores' y nos hacemos cargo de la atención con calidad de unos 63 mil afiliados distribuidos en Medellín y 13 municipios más del Valle de Aburrá, Oriente y Urabá, zona esta muy difícil y en la cual, en convenio con Camacol, ya existen 17 mil afiliados. Afiliados que, además tienen nombre propio. Porque hacemos seguimiento, promovemos las visitas domiciliarias a las familias, enviamos nuestros profesionales a las propias residencias, les damos a conocer sus derechos y deberes, hacemos promoción y prevención...por ejemplo durante 1.999 se visitaron unos 6 mil grupos familiares, que equivalen aproximadamente a 25 mil usuarios." El tema de la carnetización que es, entre otras, la debilidad de las ARS esgrimida por los críticos más mercuriales, presenta en Comfama una altísima oportunidad. En el primer mes de inicio del proceso del año 2.000 se logró una carnetización del 93%.

social, su principal herramienta, se observa que los indicadores socioeconómicos, concretamente los que registran las relaciones de la comunidad con la entidad, sitúan a Comfama en una situación con antecedentes privilegiados. "Desde que se creó la Caja, nuestra filosofía de naturaleza social ha permitido el trabajo en salud con las personas de los estratos pobres. Todavía se recuerdan los programas pioneros en maternidad de hace décadas y hoy los esfuerzos en Promoción y Prevención, nuestro contacto permanente con los usuarios, han reportado grandes beneficios a una comunidad que conoce, repito, sus deberes y sus derechos."

En cifras

- La inversión en actividades de Promoción y Prevención es el equivalente al 20% de la UPC/persona/año. En 1.999 fue aproximadamente de \$1.619.478.000.

- La inversión en el manejo y tratamiento de usuarios con enfermedades catastróficas, es el equivalente al 18% de la UPC/persona/año. En 1.999 fue de \$1.457.530.200

- Carnetización. El haber logrado el 93% en el primer mes del proceso en el año 2.000, garantiza más acceso a los servicios. La agilidad de la entrega fue posible, también, por la multiplicación de las visitas domiciliarias, las concentraciones promovidas por los propios residentes de los diferentes municipios, la convocatoria de los medios de comunicación locales y las parroquias pero, principalmente, de los líderes comunitarios. Esto es un aspecto importante en la gestión de Comfama ARS, pues además de emplear gente de la región, el conocimiento del líder favorece el éxito de la labor en la zona. La actualización mensual de la base de datos es, por ejemplo, una labor que registra mejores resultados en estas circunstancias.

- Logro a destacar: El estudio de morbilidad oral en Medellín, efectuado con 1.150 menores de 14 años afiliados a Comfama ARS.

- Estándares de oportunidad en atención de 2 y 3 nivel:

Consulta especialista: Máximo 5 días después de remisión por médico general.

Cirugías específicas POSS electivas: Máximo 15 días después de la remisión por especialista.

Procedimientos de ortopedia y traumatología: Máximo 7 días después de la evaluación del especialista.

Ayudas diagnósticas y de laboratorio: Máximo 5 días después de ordenados por el especialista.

Procedimiento quirúrgico para el menor de un año: Máximo 7 días después de la remisión por especialista.



Foto: Edwin Vélez

Uno de los indicadores más significativos es la contribución directa al desarrollo regional. Además de la generación de empleo se pretende incidir en el crecimiento del sector. Dice su directora que "Comfama ha dado vida a muchas instituciones prestadoras de servicios de salud. La ARS no ha crecido sola. La relación se dificulta cuando se cambian los lineamientos de contratación con alguna de las partes. Pero el paciente está por fuera de esas concertaciones. A él se le garantiza la atención, incluso en ocasiones la atención a la cual no tiene derecho y que Comfama, en un acto de solidaridad, respalda. Nosotros tenemos la ventaja de ser financieramente muy sólidos. Podemos pagar anticipadamente o cumplir aunque no hayamos recibido los dineros correspondientes."

La amplitud de la red de prestadora de servicios de salud (El 40% contratada con el sector público), así como la consideración de la cercanía al usuario para evitar desplazamientos, la existencia de control sobre los sistemas de referencia y contrarreferencia, el contacto permanente y la formación del usuario, la promo-

Medellín será sede del Primer Coloquio Nacional de Investigación en Alimentación y Nutrición, previsto para el 30 de Noviembre. En el marco de este certamen se otorgará el premio "Escuela de Nutrición y Dietética Universidad de Antioquia 35 años", al mejor trabajo de investigación presentado en el coloquio. El plazo límite para el envío del formulario de inscripción vence el 15 de Septiembre. Organiza: Centro de Investigación en Alimentación y Nutrición - CIAN, Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia. Tels. (4)425.92.30 - (4)425.92.00 de Medellín. Correos electrónicos: cian@pijaos.udea.edu.co donigo@pijaos.udea.edu.co



La mejor prueba diagnóstica

Por: Elkin R. Mesa O. Md.

Las siguientes consideraciones pretenden crear la inquietud en el personal médico que labora en cualquier institución prestadora de servicios de salud, para que en el momento de entrar a tomar la decisión de ordenar una prueba diagnóstica, se tengan en cuenta las características de la misma, su utilidad en el avance diagnóstico y terapéutico del síndrome del paciente y en las repercusiones relacionadas con el costo-beneficio tanto para el enfermo como para el sistema de seguridad social en salud.

El acto del diagnóstico clínico es un esfuerzo realizado por el médico para reconocer el síndrome que presenta su paciente de modo que, sobre la base de su experiencia previa, pueda realizar los subsiguientes actos clínicos adecuados con los cuales busca mejorar su salud si el paciente está dispuesto a cumplirlos. Este acto se centraliza en la búsqueda y especificación de los síntomas y signos para definir el síndrome; con el propósito de identificar la enfermedad o la alteración blanca, mientras se presta atención a su situación, en donde están envueltas las circunstancias sociales, psicológicas y económicas.¹

El proceso diagnóstico ocurre en la mente del médico, iniciándose con el conocimiento del síndrome del paciente y terminándose con la enunciación de un diagnóstico que puede ser sindromático, etiológico o anatomopatológico o ambos.

En cada oportunidad que un médico asiste a un enfermo realiza un examen clínico, es decir, una anamnesis y un examen físico. La exactitud de este examen clínico es crucial, ya que en el mismo se basan la mayor parte de los juicios que sobre el diagnóstico, el pronóstico y la terapia se harán posteriormente. Este examen clínico es mucho más poderoso que la evaluación de laboratorio (o paraclínica) en la mayoría de los pacientes en casi todos los casos. Crombie² documentó que el 88% de los diagnósticos se determinó al finalizar una subrutina consistente en una breve anamnesis y examen físico; Sandler³ demostró que en el 56% de los casos se asignó el diagnóstico al terminar la anamnesis, y que esta cifra se elevó al 73% luego del examen físico.

Los datos recolectados durante el examen clínico tienen los siguientes propósitos:

- 1- Juzgar la causa y la gravedad del síndrome.
- 2- Predecir en el paciente la evolución clínica y el pronóstico del síndrome.
- 3- Determinar la respuesta efectiva al tratamiento en el presente.
- 4- Estimar la respuesta probable al tratamiento en el futuro.

Los datos clínicos que se deben investigar deben recogerse según la utilidad que tendrán para el médico que investiga y para el paciente que los genera. El médico de primera línea es quien decide cuales manifestaciones clínicas síntomas o signo clínico se indagarán en profundidad, y qué pruebas diagnósticas se emplearán, y asumirá la responsabilidad de asegurar su utilidad.

Una prueba diagnóstica es útil cuando:

- 1- Aporta un diagnóstico exacto.
- 2- Sustenta la aplicación de un tratamiento específico eficaz.
- 3- Produce un mejor resultado clínico en el paciente.

La exactitud de una prueba diagnóstica no es garantía por sí misma de su utilidad clínica. Aún cuando sea exacto, el resultado de una prueba puede fracasar en cambiar las posibilidades de un diagnóstico en un grado tal como para alterar el plan de tratamiento; si no existe tratamiento efectivo disponible, los efectos perjudiciales de conocer el diagnóstico pueden exceder a aquellos de la ignorancia que precedían a la prueba, especialmente si se obtiene un diagnóstico precoz de una enfermedad asintomática intratable. Incluso cuando los resultados falsos-positivos y falso-negativos de la prueba son escasos, los mismos pueden ser devastadores, sino considérese las consecuencias de una mamografía falso-negativa para un cáncer de mama tratable, o la serología falso-positiva para VIH.

El procedimiento de la prueba en sí mismo, especialmente si es molesto e invasivo, puede producir ocasionalmente desconcierto y aún puede ofender a pacientes individuales en una medida mayor que la ayuda que se buscaba con su realización. Estas consecuencias adversas pueden ser muy nocivas y opacar las contribuciones que para el estado de salud puede aportar una prueba por más exacta que ella pueda ser.

Por último, no se debe olvidar que con frecuencia los médicos ordenan pruebas que sólo reducen marginalmente la incertidumbre que ellos padecen, con la esperanza de que disminuirán también la ansiedad del paciente y del médico mismo.

¹ Sackett, D.L. Epidemiología Clínica. Segunda Edición. Editorial Panamericana. 1994
² Crombie, D.L. Diagnostic process. J. Coll. Gen. Practic. 6:579. 1963
³ Sandler, G. The importance of the history in the medical clinic and the cost of unnecessary tests. Am. Heart J. 100 (Part 1):928. 1980

Balance de balances

La auditoría social descubre el velo sobre los aportes reales que una entidad de esta índole hace a la comunidad. Definida por Arthur Elkins como la "revisión, supervisión y control del cumplimiento de las metas sociales establecidas por la empresa, tanto a nivel externo como interno", figura como un apartado primordial en la agenda evaluativa. Gracias al balance



El XVI Congreso de Medicina Interna tendrá lugar en Bogotá entre el 11 y el 15 de Octubre. Expertos nacionales e internacionales serán los encargados de exponer los aspectos relacionados con la actualización científica novedosa, gremiales, problemas clínicos frecuentes, tecnologías y estándares de calidad en la atención de pacientes.

Columna jurídica

Dr. Jorge Luis Jiménez Ramírez
Abogado

¿Leyes o Ciudadanos?

Cuando se notifica a las instituciones prestadoras de servicios de salud la iniciación de un proceso judicial en su contra por razones de la prestación de servicios, surge la gran preocupación sobre la manera como los jueces, encargados de la sagrada tarea de administrar justicia, evaluarán las pruebas que se sometan a su consideración, para decidir sobre la responsabilidad o no de las instituciones o de los profesionales de la salud frente a la reclamación que presentan los pacientes o sus familias.

Para nadie en el sector es desconocida la importancia de la historia clínica para el tratamiento del paciente y cada vez más, se hace conciencia sobre su importancia probatoria en los procesos de responsabilidad civil, la que junto con los demás medios de prueba – testimonios, peritajes, conceptos técnicos, etcétera.- conducen al juzgador a dilucidar la verdad de lo acontecido, a fin de dar a cada uno lo que en derecho le corresponde.

Papel importantísimo juegan dentro del proceso, los abogados que representan las partes, pues deben ser verdaderos auxiliares de la justicia; se transcriben aquí, apartes de un reciente fallo de segunda instancia proferido por el Honorable Tribunal Superior de Medellín, Sala Civil de Decisión, donde además del análisis jurídico de los hechos probados a lo largo del proceso, tanto en primera como en segunda instancia, hacen entre otras las siguientes consideraciones: "En el complejo mundo de la asistencia hospitalaria, en el cual campea con significativo relieve la actividad médica, se tiene precisamente uno de los campos específicos de obligaciones de medio. Todos los galenos del mundo sin excepción ostentan características de desinterés y servicio a sus congéneres dotados de la más exquisita ética en la generalidad de los casos. Contadísimas las excepciones en las cuales se pueda hablar de culpa grave en uno de estos oficiantes de la ciencia de Hipócrates y más escasas aún las eventualidades en las cuales se pueda ya calificar de perdulancia la actividad de algún médico.

Claro que no sólo la responsabilidad de una entidad como la convocada a juicio en esta ocasión, sino también la de algún galeno en particular se puede cuestionar, probar y obtener indemnización. Pero siempre el estudio que decida tal responsabilidad tendrá que tomar en cuenta no sólo las anteriores directrices, sino muy específicamente las que se derivan insistentemente de las obligaciones que asumen tanto las entidades de asistencia hospitalaria como los galenos en particular, obligaciones todas de típico tinte de medios.

Como la función judicial también debe modelar la sociedad en sus fallos, observa al menos la ponencia en este y uno anterior, un desorbitado afán de lucro en las personas que acuden a centros asistenciales y que luego se ven castigadas con la muerte de un ser querido, para luego ocurrir a la justicia en demanda de reparación civil. Lo anterior que parece estar haciendo carrera en nuestro medio, debe merecer todo el rechazo de la judicatura especialmente en cuanto toca con los señores abogados que patrocinan dichas causas, recordándoles con todo respeto que ellos, antes que buscadores de guacas jurídicas, son auxiliares de la justicia y que un flaco servicio le están prestando a ellas con reclamaciones como las que resume este punto. No se ordena la investigación disciplinaria porque hasta tales dislates están amparados por la buena fe que pregonan el artículo 83 de nuestra Constitución".

Esto demuestra que en vez de más leyes, necesitamos buenos ciudadanos.

"Hospital Universitario del Valle, es el colchón de la crisis de la salud"

Por: Humberto Pupiales
Periodista

Don Carlos Ortega, de 39 años, llegó al Hospital Universitario del Valle, HUV, víctima de una apendicitis. Fue remitido del Hospital Tomás Uribe Uribe de Tuluá, no obstante tratarse de un caso de segundo nivel. Luis Felipe Ortega, de 35 años, tiene dos heridas por arma de fuego, pero fue remitido desde el Cauca, según la nota médica, porque no había anesthesiólogo.

Los dos casos reflejan la incapacidad del segundo nivel para resolver la situación a sus pacientes y en consecuencia hacen parte de la avalancha de remisiones al HUV, un hospital de tercer nivel. Según las estadísticas del Hospital Universitario del Valle, cada fin de semana ingresan por urgencias 250 pacientes en promedio, cuando la capacidad del área es de 173.

Pero lo más crítico para el hospital es que por cada 100 pacientes, 45 corresponden al segundo nivel y de éstos 20 provienen de los municipios del Valle, Cauca, Nariño e incluso del Eje Cafetero, donde la crisis es aún más aguda.

"Por ser nosotros, el tercer nivel, el último eslabón de la cadena, no podemos contrarremiteir y esto complica nuestra situación que por sí sola ya es crítica. Un problema no resuelto en el nivel dos, viene a triplicar los costos al nivel superior y lo que es peor, pone en riesgo la calidad de la atención y la vida de los pacientes", señaló el director del HUV, Jorge Iván Ospina Gómez. Según el médico, el hospital se ha convertido en el colchón de la crisis, soportando incluso aquella de los departamentos vecinos. Insistió en la urgencia de resolver la crisis de los hospitales de segundo nivel, cómo única alternativa para evitar el colapso del HUV, cuya ocupación en los últimos meses supera el 200 por ciento en algunas salas. "Es urgente rehabilitar la red hospitalaria del Valle y de Cali. Su operatividad permitirá que nosotros podamos ofrecer una atención oportuna de nivel tres, como nos corresponde, sin poner en riesgo los limitados insumos y evitar el colapso definitivo", dijo el Jefe de Urgencias, Diego Rivera.

INSEGURIDAD SOCIAL Y POBREZA

Para el Director del HUV, son múltiples los factores confabulados en la crisis actual, donde los hospitales, "somos víctimas y no culpables de los desaciertos estructurales en el modelo económico y social implementados". De acuerdo con el directivo, las comunidades del suroccidente se han empo-

brecido significativamente. Sólo en Cali, entre el 95 y el 99, la población pobre se incrementó de 570 mil a 850 mil habitantes.

"La gente se quedó sin empleo y sin seguridad social. Hoy ellos también engrosan la avalancha de pacientes sin capacidad de pago que congestionan nuestras salas. El hospital debe atenderlos, facturarlos como vinculados especiales, pero esta situación atenta contra nuestra estabilidad financiera", aseveró el doctor Ospina. Según el informe del hospital, en los tres últimos meses, los vinculados se han incrementado en un 35 por ciento. Para citar un ejemplo, sólo en las salas de hospitalización cirugía hombres y mujeres, cuya capacidad es de 55 camas, el 45 por ciento no tiene seguridad social, es decir que no puede pagar su atención. El año pasado el promedio de vinculados en salas era de 25 por ciento.

Pero las cifras son aún más elocuentes, en el plano de la violencia, otra de las variables que, según los médicos, agudiza la crisis. El desempleo y la falta de oportunidades ha desbordado el clima de inseguridad. La delincuencia se campea por las calles y se traduce en un promedio de 50 víctimas en un fin de semana que llegan con heridas por armas de fuego y blancas, a las urgencias del HUV. Mientras el año pasado, el promedio de ingresos por arma de fuego se sostenía en 140, en lo que va corrido del presente año, este promedio alcanza los 200. Sólo en los meses de abril, mayo y junio, el ingreso de víctimas de la violencia fue de 170, 198 y 195, respectivamente, (ver gráficos 1 y 2). "El riesgo permanente de violencia, las cada vez más bajas coberturas de seguridad social y el colapso parcial o total del nivel dos, han producido un impacto directo sobre nuestro hospital", indicó, finalmente, el director del HUV, Jorge Iván Ospina.

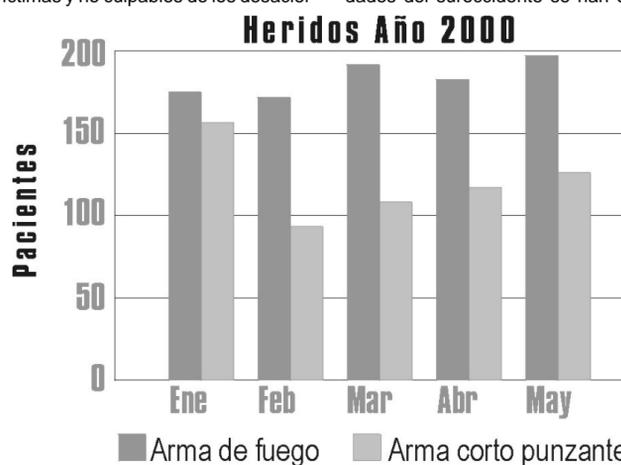


Gráfico 1

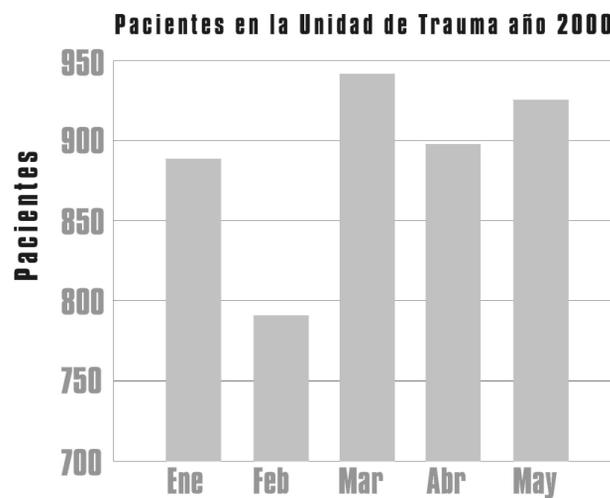


Gráfico 2

Más datos "en rojo"

El sistema hospitalario de Nariño está semiparalizado con un déficit que alcanza los 20 mil millones. En el Cauca la situación es mucho más crítica, pues a su déficit que supera los 18 mil millones, se suma la parálisis del Hospital Universitario San José, el más importante, que

desde hace tres años no ha logrado superar su emergencia y su cierre parece más cercano.

En el Valle el panorama es desalentador. El Hospital de Sevilla cumplió un año cerrado. Buga está en concordato desde mayo del año pasado y sus empleados no reciben salario desde hace 6 meses. Tuluá adeuda a sus trabajadores, por salarios atrasados, la suma de 2.500 millones de pesos y por falta de recursos cerró algunos servicios.

Hacia el norte, los hospitales de Zarzal, Cartago y Roldanillo, están remi-

tiendo sus pacientes a Cali, pues se quedaron sin suministros. El giro de 8.500 millones del situado fiscal, apenas alcanza para cubrir el 30 por ciento de los gastos de funcionamiento.

Sin embargo, los casos más críticos están en los dos hospitales más importantes del segundo nivel, como son el San Vicente de Paul, de Palmira y el Departamental, de Buenaventura. Mientras el primero su déficit supera los 15 mil millones y adeuda salarios a sus trabajadores desde hace 18 meses, Buenaventura podría acumular

los 20 mil millones de déficit al final del año y su cierre es inminente.

Los hospitales de segundo nivel de Cali tampoco pueden con su propia crisis. El San Juan de Dios y el Mario Correa, ayer, los dos grandes baluartes del Hospital Universitario del Valle, hoy sólo son dos pacientes más, en cuidados intensivos. El primero cerró su servicio de recién nacidos y el segundo recibe en forma limitada la cirugía de ortopedia.

"Justicia financiera de la salud en Colombia"

Hace varias semanas, el comen- tario obligado en entidades de salud, en reuniones del sector y en otros círculos no ajenos a él, es el resultado presentado por la OMS, sobre la destacada gestión de Colombia en materia de salud.

Los análisis no se han dejado esperar y por eso el periódico El Pulso convoca para que dirijan sus opiniones y comentarios a estas páginas, a través de las cuales esperamos presentar en un próximo número, un condensado de las muchas voces que quieren hacerse oír al respecto de este prolífico tema. Mientras tanto, sólo se expone aquí un resumen de lo que ha sido la noticia.

La Organización Mundial de la Salud presentó, como producto de dos años de trabajo, el Informe Mundial de la Salud - IMS, un análisis de los sistemas de salud en 193 países, elaborado por un grupo de 50 personas lideradas por dos autoridades académicas en la materia: Julio Frenk de

México y Christopher Murray de Nueva Zelanda.

Objetivos de los sistemas de salud

Según el IMS, son 3 los objetivos que deben cumplir simultáneamente los sistemas de salud:

1. Lograr un mejor estado de salud.
2. Responder sensiblemente a las expectativas de la población.
3. Asegurar un financiamiento justo de la atención.

Indicadores

Con base en los anteriores objetivos, se definieron los siguientes indicadores para medir el logro:

1. El estado de salud.
2. Índices promedio de sensibilidad de respuesta ante el promedio de

la población (sensibilidad de respuesta).

3. La equidad en el estado de salud.
4. Índices promedio de sensibilidad de respuesta ante los más pobres (equidad de la respuesta).
5. La justicia del financiamiento.
6. Indicador global de logro en salud.
7. Indicador de desempeño.

Colombia

En cada uno de estos indicadores, Colombia tuvo una posición que produjo comentarios de entusiasmo entre algunos y de incredulidad entre otros, veamos: en Justicia Financiera en Salud, Colombia ocupa el primer lugar entre los 193 países evaluados. Este indicador se midió con base en un nuevo sistema de cuentas nacionales en salud y con encuestas de hogares que indagaron la desigualdad del esfuerzo de los hogares

para cubrir su atención en salud. En lo referente a expectativas de vida saludable, ocupa la 74 posición en el mundo y la 11 en Latinoamérica; en sensibilidad de respuesta del sistema de salud, el lugar 82 en el mundo y 9 en Latinoamérica. Por el lado del indicador global de logro, se ubica en el puesto 41 en el mundo y 3 en Latinoamérica, superado sólo por Chile y Cuba. Y sigue destacándose en Latinoamérica, al ocupar el primer lugar en la calificación del desempeño del sistema en comparación de logros con recursos, y el 22 en el mundo.

No es tan simple reconocer estas calificaciones sólo por la posición en las tablas, hay que evaluar mucho más y eso precisamente pretende El Pulso: que sus lectores se sumen al análisis y ofrecerles un espacio para sus comentarios. Esperamos su comunicación.

La lactancia materna será promovida en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Para ello se integró un comité, el cual tendrá como función velar por la adecuada difusión y ejecución de la política institucional de la lactancia materna establecida por el centro hospitalario, dando cumplimiento al compromiso mundial de apoyarla como parte de los programas de promoción, protección y de mejoramiento de las condiciones de vida de la mujer y de la infancia.



MEDIO AMBIENTE

Fuentes alternativas de energía,
una realidad cada vez más cercana

Energías limpias para el planeta y el bolsillo

Por Carmen Elisa Chaves
Periodista

Primero fue la leña, luego el carbón y más adelante el petróleo. Y con cada una de estas fuentes de energía el ser humano estaba dando un paso bastante grande en la capacidad de toda una sociedad para mover su desarrollo. Ahora, el imperativo mundial es la búsqueda de otras alternativas que además de reemplazar al petróleo pues las reservas comienzan a escasear sean menos contaminantes.

Por eso, en la mayoría de países del mundo se está investigando la manera de hacer cada día más eficientes a ciertas fuentes de energía que han demostrado ser ambientalmente adecuadas. El viento, la luz solar, el agua, la biomasa, el hidrógeno, entre otras, son formas de generación de energía tan antiguas como la humanidad, pero que siempre habían perdido la batalla frente a las fuentes convencionales por los costos del mercado.

Sin embargo, según el profesor de la Universidad de Antioquia, Rafael Darío Muriel, las diferencias económicas entre la energía convencional y la alternativa no son tantas, pues el consumidor, en el caso de la energía eléctrica convencional, por ejemplo, no está pagando, lo que cuesta realmente es la producción y distribución de la misma. "En la actualidad, la política energética lleva subvenciones y no refleja, por tanto, el costo real de producción o importación de energía y muy pocas veces se valoran los daños a la propiedad o al medio ambiente. Los subsidios gubernamentales hacen que las fuentes convencionales parezcan más baratas al consumidor, pero no ofrecen ahorros globales porque empresas y familias están pagando los subsidios por medio de impuestos", afirma el investigador.

Pero uno de los grandes retos tiene que ver con la generación de otras fuentes de energía para el transporte y la industria. En Colombia, solamente, el consumo de energía para el transporte



La mayoría de los proyectos apuntan a solucionar necesidades individuales o de pequeños colectivos, como en el caso de esta vivienda campesina donde el GEA de la Universidad de Antioquia instaló un aerogenerador de energía eólica y un panel fotovoltaico de energía solar.

puede ascender a cerca de 47 mil toneladas de calorías al año. En este caso, las posibilidades de uso eficiente tienen que ver con mejoras tecnológicas en los procesos de combustión, mejoramiento de los vehículos y combustibles y zonificación adecuada. Sin embargo, ya se puede encontrar en el mercado vehículos que funcionan con gas natural y a un mediano plazo se puede pensar en autos eléctricos o movidos por hidrógeno.

La contaminación, la escasez de petróleo, el calentamiento global y los efectos ambientales de las hidroeléctricas, son algunos de los factores que están llevando a la humanidad a investigar otras fuentes de energía.

Energía "made in" Colombia

Para el fundador del Grupo de Energías Alternativas, GEA, de la Universidad de Antioquia, Luis Javier Chamorro, en relación con la energía se avcina un período crítico para la humanidad e influyen factores como los niveles de contaminación y el calentamiento global, los altos costos del petróleo y los efectos ambientales de megaproyectos como las grandes hidroeléctricas. Por ello, este grupo trabaja con el apoyo de Cornare y Colciencias, en la experimentación y cualificación de formas alternativas de energía que satisfagan, sobre todo, las necesidades de pequeños colectivos o familias campesinas que no tengan acceso a la red de energía eléctrica.

Según Sergio Agudelo, actual coordinador del GEA, el trabajo que se realiza está dirigido sobre todo a solucionar necesidades individuales. En este momento se trabaja con energía eólica, por medio de la instalación de aerogeneradores construidos directamente en la Universidad de Antioquia; con energía solar por medio de celdas fotovoltaicas y con estructuras minihidráulicas que aprovechan caídas de aguas cercanas a los sitios de instalación. "La instalación de uno u otro sistema depende del sitio donde se vaya a instalar, el clima, la topografía, etc. Igual pasa con los costos, hay que tener en cuenta todas las variables para escoger cuál es la solución más económica en determinado lugar".

Por su parte, para el investigador de la Universidad de los Andes, Alvaro Pinilla, quien coordina un proyecto de aprovechamiento Eólico, esta es una fuente de vital importancia para Colombia por la topografía del país y el sistema de vientos. "En los comienzos de los ochenta sólo Estados Unidos y Dinamarca

contaban con programas nacionales de utilización de energía eólica para el suministro masivo de energía eléctrica. A finales de esa década eran más de catorce países los que habían observado las ventajas de este sistema de generación de energía"

El proyecto dirigido por el profesor Alvaro Pinilla, está orientado a la energización rural de una finca por medio de energía eólica, en una región de Cundinamarca, cercana a Bogotá "Se analizan los beneficios de este tipo de conversión energética en esta finca de La Calera con el fin de construir todo un sistema de conversión de energía en la capital", afirma el ingeniero Carlos Andrés Pérez, uno de los investigadores del proyecto.

En Empresas Públicas de Medellín también se están investigando nuevas formas de energía para soluciones futuras. Actualmente se desarrolla un proyecto que analiza el nivel de eficiencia de la energía eólica con el fin de generar programas de generación por este medio que puedan ser articulados a la red eléctrica nacional Para ello se escogió a la Guajira y se instaló una estación de medición de las velocidades del viento en esta zona del país con miras a construir un parque eólico de unos 20 mil kilovatios de potencia.

"La instalación de uno u otro sistema depende del sitio donde se vaya a instalar, el clima, la topografía, etc. Igual pasa con los costos, hay que tener en cuenta todas las variables para escoger cuál es la solución más económica en determinado lugar".

Agua, viento, sol...

- El agua sigue siendo una de las fuentes de energía con mayor potencial en el mundo. Sin embargo, los costos sociales y ambientales son demasiado altos, cuando se trata de grandes proyectos. Por ello, la alternativa, en caso de pequeños colectivos o soluciones individuales, es el aprovechamiento de fuentes o caídas naturales de agua para generar potencias menores sin contaminación ambiental.
- La utilización del viento es tan antigua como el ser humano. El dios Eolo es generoso en la mayoría de los países del mundo y los molinos viento ya son una figura mítica en la historia de la humanidad. De los aparatosos molinos de grano contra los que peleó don Quijote se ha pasado a unas elegantes torres plateadas y cuya tecnología los hace cada vez más competitivos.
- Colombia está ubicada en una zona privilegiada para la generación de energía solar y según datos de la Universidad de Antioquia, en Colombia puede haber alrededor de 700 mil paneles fotovoltaicos. No hace ruido, ni genera desechos y se puede almacenar. Además, cuándo la necesidad crece se agrega otro panel, y listo. Energía limpia para consumir.

Historia Clínica

Paciente masculino de 74 años, indigente, que estuvo hace tres meses en una institución*, por presentar necrosis distal de todos los dedos de su mano derecha, "dolor de espalda" e intenso frío con el baño; también sufría de escabiosis y dermatitis seborreica costrosa en cuero cabelludo.

Como antecedentes se registraba que dos años antes fue necesario hacerle desarticulación bilateral de cadera por severas necrosis de sus miembros inferiores por enfermedad arterial obstructiva, acompañada de gangrena.

En la última hospitalización, el cirujano vascular le amputó la mano derecha por necrosis. Posteriormente fue necesario hacer cuidadosa reparación del muñón, por un proceso infeccioso que requirió tratamiento con antibióticos de última generación, lo cual a su vez le produjo una severa toxicodermia medicamentosa.

Dos meses después, aún hospitalizado, el paciente se quejaba de dolor dorsal y de mucho frío con el baño; el cirujano plástico decidió pedir interconsulta al ortopedista de columna y éste al internista, quien solicitó otros estudios complementarios con lo cual llegó al diagnóstico de mieloma múltiple con alta presencia de crioglobulinas. El paciente pasó a manos del hematocólogo quien le inició primer ciclo de quimioterapia, a pesar de su pésimo pronóstico. A causa de la toxicodermia, y por continuar con signos de conjuntivitis severa, el internista remite al oftalmólogo quien además diagnosticó pterigios bilaterales y le programó para cirugía. La toxicodermia fue tratada por el dermatólogo quien también decidió aplicar tratamiento para la escabiosis y para la dermatitis seborreica.

Ante las dificultades de comunicación con el paciente, el internista solicitó evaluación por el otorinolaringólogo, quien advirtió, por otoscopia, la presencia de tapón ceruminoso en ambos conductos auditivos externos, pero además solicitó se practicaran pruebas de audiometría, impedanciometría y potenciales evocados.

A los dos meses y medio de hospitalización, alguien habló con el paciente y observó que él desconocía porqué le habían amputado sus piernas y su mano derecha; el anciano aún pensaba que había tenido una varicela, que su dolor de espalda era por cansancio, y manifestó que sólo quería encontrar quién le cuidara sus últimos días. Atendiendo su solicitud se le ubicó en un centro de atención de ancianos; los médicos le formularon medicamentos para evitar el dolor.

Esta historia es para reflexionar: escuchar y respetar la decisión del paciente de cómo vivir su enfermedad y de morir con dignidad.

*El nombre del paciente y de la institución que lo atendió se reservan.



La naciente Sociedad Colombiana de Neonatología programó el Primer Congreso Panamericano de Neonatología que se cumplirá del 26 al 28 de Octubre en Cartagena de Indias. En este certamen se discutirán los problemas del recién nacido latinoamericano. El Proyecto Genoma Humano: Impacto sobre el Futuro de la Práctica Clínica perinatal, será uno de los temas a tratar en este congreso.

NOTICIAS

Hospital Pablo Tobón Uribe

El Premio Colombiano a la Calidad 1999, categoría de empresa de servicio y comercio mediana, del Ministerio de Desarrollo Económico con la orientación técnica de la Corporación Calidad, fue otorgado al Hospital Pablo Tobón Uribe de la ciudad de Medellín. Este galardón es un reconocimiento a las empresas que se distinguen por su enfoque práctico en el desarrollo de procesos de gestión integral hacia la calidad y la productividad. En el presente año, el Hospital Pablo Tobón Uribe celebra su 30º aniversario de fundación, con un nuevo motivo de orgullo y satisfacción.

III Conferencia

Del 30 de agosto al 1 de septiembre en el Hotel Intercontinental de Medellín se realizará la *III Conferencia Hospital Universitario San Vicente de Paúl*, con dos seminarios simultáneos. El primero, dirigido a médicos generales y especialistas, tratará los temas: "Infección Nosocomial y resistencia a los antibióticos - riesgo cardiovascular: hipertensión arterial-diabetes-dislipidemias" y el segundo dirigido a enfermeras profesionales, sobre "Enfermería en el cuidado de la persona con procesos crónicos e infecciosos". Las personas interesadas en obtener mayor información pueden llamar al teléfono: (4)-2637810 de Medellín. E-Mail: comunica@elhospital.org.co huvsp@md.impsat.net.co

La mejor EPS

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, y su medio de información, la revista HOSPITALARIA, realizó una encuesta entre las IPS del país, para conocer su opinión sobre el desempeño de las 28 EPS que a finales del 99 estaban en funcionamiento. Colpatria con 8.05 puntos fue la EPS que obtuvo el más alto promedio, seguida por Susalud con 8.02 puntos.

El tercer y cuarto lugar, casi con empate, los obtuvieron Colseguros con 7.72 puntos y Compensar con 7.71; el quinto lugar fue para Cruz Blanca con 7.45 puntos.

Medicamentos Efectivos

Colombia se tiene que comprometer a mejorar la calidad de los medicamentos en circulación sometiéndolos a pruebas de bioequivalencia y biodisponibilidad que aseguren su óptima calidad y eficacia. A esta conclusión llegaron los asistentes al Primer Seminario Iberoamericano sobre Intercambiabilidad Segura de Medicamentos realizado en Bogotá. En Colombia circulan cientos de medicamentos sin antes haber sido sometidos a un estudio que compruebe que sean verdaderamente efectivos. Para contrarrestar este fenómeno el INVIMA viene trabajando junto con el Ministerio de Salud para lograr que los laboratorios nacionales utilicen los mismos estándares de calidad requeridos en la fabricación de medicamentos.

Andrología

La infertilidad y la disfunción sexual en el hombre serán algunos de los temas a tratar en el Encuentro Iberoamericano de Andrología, que se efectuará en Cartagena de Indias del 4 al 7 de Diciembre. La andrología es una ciencia que cada día despierta un mayor interés en los profesionales de la medicina y especialistas en Medicina Reproductiva, así como también entre la población general. Este certamen tiene como objetivo reunir al mayor número posible de profesionales de habla española y portuguesa para compartir conocimientos y experiencias en un acto de hermandad entre la península Ibérica y el continente americano.

La Asociación Española de Andrología, ASESAs como organizadora reiteró su invitación al encuentro de representantes de las sociedades de Andrología, Urología, Medicina Reproductiva y Biología, entre otras, y miembros independientes. También se tratará de avanzar en lo que se relaciona con la reproducción asistida, sexualidad en la tercera edad y genética.

La salud
infantil
amenazada

Crónica imperdonable del abuso

Por Ana C. Ochoa
Periodista

Con sólo 17 meses, Daniel murió por falta de oxígeno en la silla de un taxi. Otra niña, Luisa, con una pavorosa historia de maltrato, llegó con signos de violación y enfermedad venérea. No le reconocieron la atención porque, a pesar de haber cumplido con los trámites de rigor, faltaba un sello. El niño Héctor García tuvo que desplazarse a más de cinco centros diferentes porque la ARS no había pagado. Carlos Daniel, con sus riñones arruinados, necesitó una cirugía que los administradores de la arbitrariedad no juzgaron urgente. Así, mientras los padecimientos de miles de niños se decretan subterráneamente por legisladores con posgrados, pero sin remordimientos, no ha faltado la entidad que invierta millones en gastos administrativos, y hasta en repulir publicitarias "imágenes corporativas" cuya pompa, al lado del dolor desatendido, se convierte en una muestra más del abaratamiento de los principios y del sentido de servicio. "Están llegando al descaro" dice Margarita Ruiz, voluntaria de la Clínica Infantil Santa Ana, con una experiencia de 43 años de trabajo en instituciones de salud, que le permite calcular del abandono. "Los niños están peor porque nadie quiere hacerse responsable de los costos que implican las atenciones, ni siquiera se asiste debidamente la desnutrición conociendo sin embargo todas las complicaciones que ella puede generar en la salud. Muchos funcionarios no alcanzan a intuir el daño que hacen con su cinismo, con su indiferencia." Según la UNICEF, en su informe del estado mundial de la infancia, "cada día que los países dejan de satisfacer las obligaciones morales y políticas de dar vigencia a los derechos del niño, hay 30.500 niños y niñas menores de cinco años que pierden la vida por causas susceptibles de prevención y hay cantidades aún mayores de niños y jóvenes que sucumben a enfermedades, descuidos, accidentes y ataques que no tendrían por qué ocurrir". Pero cuando se rastrea el abandono, y cuando sacan sus balances universales los financistas de la guerra, se demuestra que el costo de dos submarinos nucleares del tipo "Seawolf" -5.000 millones de dólares- equivale al costo de vacunación de los niños que se encuentran desprotegidos por falta de dinero. Y es, nada más ni nada menos el Banco Mundial, el que concluye que cada 4 segundos muere alguien de hambre en el mundo. En una ciudad como Medellín un 42% de la población escolar mayor de cinco años padece desnutrición global. Y el estado de desprotección se acentúa ahora con el conflicto armado que deja cada día, según la Defensoría del Pueblo, unos 250 niños sin hogar. Las historias de los menores de edad involucrados en la guerra, irritan frente al concepto redondo de los "estilos de vida saludables", que se desmoronan en los libros cuando se conoce que un 60% de estos niños ha visto matar, un 18% ha matado alguna vez, un 78% ha presenciado secuestro, un 18% ha visto torturar, un 40% ha disparado alguna vez contra alguien...

Es doloroso empatar estos datos con otros, sobre todo con aquellos que revelan los incalculables costos del cinismo disfrazado a veces de "gestión", muy propio de la dictadura contradictoria del trámite. Cuenta Margarita Ruiz que "son enormes los problemas que se tienen, concretamente, con algunas ARS. No todas, es cierto, pero sí suficientes para causar un desgaste injusto a un niño enfermo, a su familia y a las instituciones que los atienden. Son muchas las que entorpecen las cosas y no ayudan, confunden y dan órdenes descabelladas. Después, uno descubre que la verdad es que no quieren pagar". Según la Supersalud, en el Sistema actual no sólo las ARS incumplen, pero en numerosas ocasiones sí han generado un comprobable descontento. Expresa la Contraloría General de la República que el papel de las ARS "es cuestionado ante el incumplimiento de sus obligaciones contractuales... estas son intermediarias en el flujo de recursos del régimen subsidiado entre quienes entregan los recursos y quienes prestan los servicios de salud. Para muchos esta figura es innecesaria, hace más costosa la prestación de esos servicios y causa demora en la entrega de dineros a las I.P.S." Y que no funcione de manera correcta el régimen subsidiado en Colombia es la expresión más peligrosa del descontrol del sector, pues de este sistema depende la salud de los pobres, el 55% del total de la población colombiana según la OIT, Organización Internacional del Trabajo. Unos 20 millones de personas cuya cobertura no es tan real, afirma la Academia Nacional de Medicina. Esta es enfática en sus pronunciamientos sobre las bondades de la ley pero también sobre sus frustraciones en la práctica y recomiendo que se debe definir, ante todo, si la atención en salud es una empresa social, o sea un servicio público, o una oportunidad de negocio. "El exministro Juan Luis Londoño, gestor y autor de la Ley 100 ha dicho que el sistema recibe hoy más recursos que nunca, pero que la mitad de la plata se pierde. Y dice esto a los seis años de vigencia

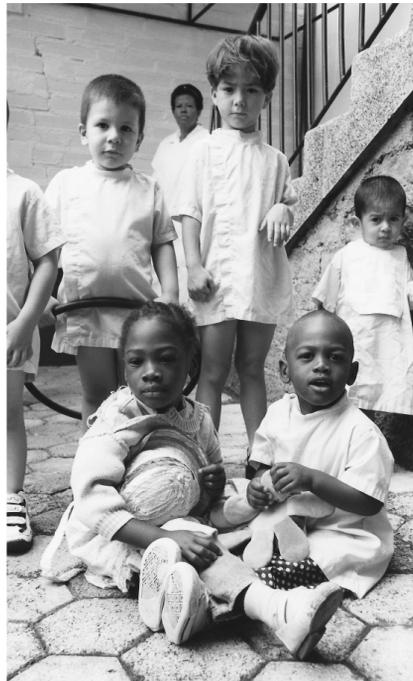


Foto: Archivo

del sistema, ello significa que Colombia lleva seis años desfilando sagrados dineros públicos mientras la red de hospitales colapsa, su tecnología perece en la obsolescencia y la medicina sufre un grave problema de despersonalización", agrega la Academia. Cuando se visita una Clínica como la Infantil Santa Ana, en Medellín, con sus pabellones desocupados por muerte económica, se piensa en los descalabros de un sistema de salud que exige dosis mayores de justicia, de sensatez para evitar, mínimamente, que un niño deje de ser asistido, con peligro para su propia salud, por la arbitrariedad de funcionarios enfrascados en administrar su propia confusión, consagrados al desventurado oficio de evadir mañosamente la responsabilidad de las atenciones, mejor dicho de esos pagos que, como ya se dijo, calculan con pudor, pero sin remordimiento.

El abandono continúa y los padecimientos de miles de niños se decretan subterráneamente por un abuso disfrazado de "gestión".

Gases Industriales de Colombia S.A.

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

CALL CENTER

CRYLINEA

"Servicio Fuera de Serie"

9800 9 14300

Fax

9800 9 14003

ó a los siguientes Teléfonos:

373 69 50 (Medellín)

405 1010 (Bogotá)

668 5859 (Cartagena)

885 2400 (Manizales)

330 11 03 (Pereira)

642 55 10 (Bucaramanga)

644 22 10 (Cali)

371 22 11 (Barranquilla)

OFICINA PRINCIPAL (094) 230 06 00

CRYOGAS



El XXIII Congreso Colombiano de Dermatología tendrá como sede, en esta oportunidad, la ciudad de Pereira, del 10 al 13 de Agosto. La organización está a cargo de la Sección de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Hospital Universitario San Vicente de Paul, y Sociedad Antioqueña de Dermatología, SADE. Mayores informes: Tel. (4)251.56.31 E-Mail: ihoyos@epm.net.co



CRUCIPULSO

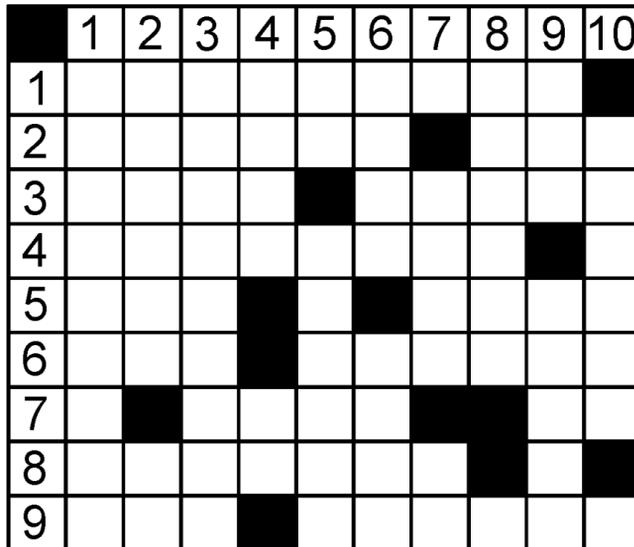
Por Julio Ramiro Sanín, md

HORIZONTALES

- Este mono nos tiene Jodidos.
- Monte de Turquía - Llegadero de arcas - Alumbró a los antepasados
- Nombre de Mujer (hoy muy usado para bautizar perras). Escucharse a si mismo
- Que aúlla (le cambiaron la E por la O)
- Lloro porque me robaron las vocales - El oriente-
- El mejor horario de la televisión En los bambucos hay mujeres con la piel así, cómo serán de peludas.
- Antes dábamos... Hoy hacemos el oso.
- Dos veces cinco mil.
- Arte - Latino - La flor y nata (pl.)

VERTICALES

- El patrón del mono, 1 (uno) horizontal.
- Lado - desplazarse de un lado a otro -
- Pase del toreo con la mano izquierda (pl.)
- Por la boca. Tierra con mago
- Media risa Porción pequeña de algo.
- Nombre de emperador alemán - Riel -
- Cada objeto de un inventario - Litio-
- Se agrega en un documento para aclarar o adicionarle algo.
- Sí - dice el gringo- Al gran Antonio - le robaron una O-
- Que van por el aire.



SOLUCIÓN AL ANTERIOR



Encuentre la solución en el próximo número.

¿ Necesita Empleo ? ¿ Necesita empleados ?

Anuncie en el Periódico el Pulso. Mayores informes: (4)263 43 96, (4)263 78 10.

CMS
CENTRO MEDICO LA SAMARITANA
LA SALUD A SU ALCANCE
20 AÑOS DE SERVICIO

- Consulta Médica General 24 horas
- Quirófano y Sala de Partos
- Laboratorio Clínico
- Odontología
- Urgencias 24 horas
- Ecografía Obstétrica, Abdominal, Pélvica, Renal y de Próstata
- Electrocardiograma
- Enfermería 24 horas
- Sala de Observación

carrera 45 No.83-46
233-45-76 233-37-64 233-94-38
Medellín - Colombia

La Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia está celebrando su 50º aniversario de fundación, con las siguientes actividades: Salón de Artistas del 8 al 18 de agosto; concierto de música colombiana el 24 de agosto; Jornada de Integración el 22 de septiembre; IV Encuentro de Egresados el 29 de septiembre en el Country Club de Ejecutivos de Medellín. Informes en el teléfono 4-510 63 35



Foto: Edwin Vélez

CLASIFICADOS

Anuncie en los clasificados del periódico **EL PULSO** TARIFAS ECONÓMICAS Mayores informes, teléfonos: (4)263 43 96 / (4)263 78 10

HOSPITAL & EMPRESA. De venta en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, dirigido al personal de las áreas administrativas del sector de la salud. Mayores informes en el teléfono (4)263 78 10 ó en el correo electrónico: elpulso@elhospital.org.co // comunica@elhospital.org.co

La Fundación Ximena Rico Llano necesita en calidad de donación, una planta telefónica de segunda, en buen estado. Se acreditará un certificado de donación valido para efectos fiscales. Mayores informes en el teléfono (4)2161815 de Medellín.

La Clínica Infantil Santa Ana, requiere una Bomba de Infusión en calidad de donación. Favor comunicarse con los teléfonos (4)2669560 y (4)2665490 de Medellín.

ALLEGRO: Grupo Vocal e instrumental. Eucarístias, conciertos de música popular y de Navidad. Representante. Gloria de Toro. Tel: (4)571 01 88

LA CORPORACIÓN ANTIOQUEÑA DE DIABETES VENDE: Electrocardiografo digital 1/3 canales. Marca: Cardioline. Modelo: delta 1 plusd. Mayores informes: (4)263 78 10.

JAGOMEL. Fábrica de muebles. Gran variedad de muebles decorativos para el hogar en madera. Calle 48 No 53 28. Teléfono (4)272 24 14.

Rebobinado de cintas de impresoras, remanufactura de cartuchos para impresora láser y recarga de cartuchos de impresión de tinta. Teléfono: (4)2340261.

El Cisne Blanco

Uniformes para: Médicos, Enfermeras, Odontólogos, Laboratorios, Estudiantes. Calzado blanco, tocas y accesorios DOTACIONES, ROPA HOSPITALARIA

Tarjetas de Crédito y débito

PLAZOLETA NUEVA VILLA DE ABURRÁ

Carrera 81 No 32 136 Local 137
Tel:250 57 38 Fax: 411 59 75
Medellín

Suscríbase

"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 Neurocirugía y suscripción al periódico El Pulso por un año \$ 79.000.00

Promoción 2: Libro Pautas de tratamiento en pediatría y suscripción al periódico El Pulso por un año \$ 44.800.00

Promoción 3: Libro Urgencias: guías de manejo y suscripción al periódico El Pulso por un año \$ 42.200.00

Hospital ofrece donación

A continuación se relaciona material con sus respectivas características, con el fin de donarlos a la Institución que esté interesada en éste. Informes en el teléfono (4)2639864 ó (4) 2635333, del Departamento Comercial del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín

RELACIÓN DE PRÓTESIS DONACIÓN CLUB ROTARIO

DESCRIPCIÓN	TAMAÑO	REFERENCIA	CANTIDAD
Prótesis acetabular	26 x 61 x 34,5 mm	11939	64
Prótesis acetabular	32 x 58 x 33.0 mm	11968	9
Prótesis acetabular	32 x 61 mm	11969	19
Prótesis acetabular	32 x 49 x 20.3 mm	11985	96
Prótesis femoral	32 x 150 x 35 mm larga	11518	10
Prótesis femoral	32 x 41 x 150 mm Medium	11519	36
Prótesis femoral	32 x 150 x 48 mm Medium	11520	15
Prótesis femoral	32 x 150 x 35 mm larga	11522	11
Prótesis femoral	32 x 41 x 150 mm larga	11523	37
Prótesis femoral	32 x 150 x 48 mm larga	11524	3
Prótesis femoral	32 x 190 x 35 mm Medium	11530	13
Prótesis femoral	32 x 190 x 35 mm Medium	11531	2
Prótesis femoral	32 x 35 x 240 mm Medium	11538	7
Prótesis femoral	32 x 35 x 240 mm Medium	11539	2
Prótesis femoral	32 x 290 x 41 mm Medium	11548	2
Prótesis femoral	26 x 150 x 35 mmMedium	11718	6
Prótesis femoral	26 x 150 x 48 mm Medium	11720	4
Prótesis femoral	26 x 150 x 41 mm larga	11723	17
Prótesis femoral	26 x 150 x 48 mm larga	11724	3
Prótesis femoral	26 x 190 x 35 mm Medium	11731	2
Prótesis femoral	26 x 190 x 41 mm Medium	11733	2
Prótesis femoral	26 x 240 x 35 mm Medium	11738	4
Prótesis femoral	26 x 240 x 35 mm Medium	11739	4
Prótesis femoral	26 x 240 x 41 mm Medium	11740	1
Prótesis femoral	26 x 240 x 41 mm Medium	11741	1
Prótesis femoral	26 x 290 x 35 mm Medium	11746	6
Prótesis femoral	26 x 290 x 35 mm Medium	11747	4
Prótesis femoral	26 x 290 x 41 mm Medium	11748	2
Prótesis femoral	26 x 290 x 41 mm Medium	11749	5
PRENSAS			2
PUSHER RINGS	32 mm	31202	7
PUSHER RINGS	26 mm	31212	7
TPL - G FEMORAL RASP SMALL STEM		9900-31-155	1
CALCAR REAMER INSTRUMENT		30520	1
CUP POSITIONER	22 mm	31109	1
PUSHER HEAD	26 mm	31214	12
PUSHER HEAD	22 mm	31224	1
ALAMBRE QUIRÚRGICO x CR 0.0056		301019	15

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: _____

El Pulso invita a todas las entidades del sector a enviar información sobre sus novedades, actividades, opiniones y logros. Este es el periódico del sector de la salud y nuestras páginas están abiertas a ustedes.

E-Mail: elpulso@elhospital.org.co - husvp@md.impstat.net.co

Teléfonos: (4) 263 78 10 - (4) 263 43 98 Fax.: (4) 263 44 75

El genoma humano

Una reflexión desde la bioética Por: Jaime Bedoya
Médico psiquiatra

Fue una gran noticia para el mundo científico y para toda la humanidad el anuncio en 1990 de la iniciación del Proyecto Genoma Humano. Los descubrimientos anteriores de Watson y Crick sobre la doble hélice de la estructura del ADN posibilitaban la investigación del llamado mapa genético y la secuencia del mismo. Con ello, la humanidad ingresaba a la era dorada de la genética.

Es indudablemente alentador el informe conjunto de los equipos investigadores liderados por el NIH de los Estados Unidos, con colaboración científica de varios países y la empresa privada Celera Genomics. La abundante información suministrada por los medios de prensa han calificado el suceso con muy variados adjetivos, todos, sin duda, exaltando el logro como un verdadero hito en toda la historia de la civilización.

Los investigadores estarán capacitados ahora para la localización y el análisis de los errores por medio de las secuencias genéticas que pueden causar enfermedades o producir vulnerabilidad de aparición de ellas. Con la mayor información disponible será posible la elaboración de pruebas de diagnóstico prenatal, en neonatos o en las parejas que consideren la reproducción. La empresa privada ya ha invertido grandes capitales en la investigación del genoma y las empresas de biotecnología ya han iniciado inversión



Foto: Edwin Vélez

para la elaboración de pruebas diagnósticas que habrán de ser utilizadas por empresas de salud y compañías aseguradoras.

Por la anterior consideración, es oportuno promover una reflexión sobre los siguientes aspectos de debate alrededor de las aplicaciones médicas de lo revelado en el genoma humano.

¿Posibilita la lectura de nuestro mapa genético mayores beneficios que riesgos para la humanidad?

¿La cercana posibilidad de pruebas de diagnóstico de genes responsables de enfermedad hereditaria o de portadores (heterocigotos) obligaría a su realización previa al acceso a un empleo, o a la suscripción de una póliza de salud o a la

conformación de una vida marital con planes de paternidad?

¿Bajo cuáles mecanismos de protección se garantizaría la confidencialidad de la información genética obtenida?

¿Existen desde ya suficientes mecanismos de control que prevengan la instrumentación de las células germinales con propósitos de eugenesia?

¿Cómo se seleccionarán los pacientes en forma justa y equitativa?

Además de los anteriores, otros interrogantes habrán de plantearse una vez estén disponibles las aplicaciones de la identificación de nuestro código genético. No existe fundamento válido para considerar como moralmente inaceptable la intervención sobre nuestros genes, si el objetivo último es el bien de la persona, entendido como el disfrute de la salud con atenuación o supresión del sufrimiento.

Es inconsecuente pensar que la búsqueda del conocimiento pueda detenerse. Lo que importa es considerar la moralidad de la sociedad en la cual ese conocimiento se aplica. De ello se sigue que tanto para los científicos como para los médicos en la investigación biomédica y la práctica clínica respectivamente, debe existir un ethos donde impere el respeto por la dignidad humana y la convención moralizadora que la Bioética ha fundamentado en los principios de respeto de la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia.

Uno de los riesgos que puede derivarse del trascendental anuncio sobre el Genoma Humano es el aliento para corrientes biológicas reduccionistas. Ser humano es más que toda la información disponible en los genes. El determinismo biológico acariciado por algunos investigadores es tan insuficiente como, atinadamente se ha dicho, considerar que la belleza de un concierto reside solamente en la partitura. De ahí que no sería justo descartar de una opción de empleo a una persona asintomática cuya prueba genética descubra un gene de una enfermedad específica. En el supuesto de que así fuese ¿cuáles serían los mecanismos para cautelar la confidencialidad de la información obtenida de tal forma de ahorrar a la persona el estigma de un rótulo que le ce-

rraría la opción de desempeño de sus potenciales?

Más aún, ¿habrá oportunidad de acceso, al menos para el mayor número de personas, preferiblemente aquellas en mayor desventaja social, a alguna de las formas de terapia genética previsible? Si en el momento actual de la tecnología médica existen amplios sectores de población sin acceso a ella, con la más sofisticada tecnología ¿se ampliará la brecha entre los favorecidos y los rechazados?

El Acto Médico y El Avance Tecnológico

Los dilemas éticos y legales que esta avanzada genera podrían mirarse desde una perspectiva del encuentro del médico con su paciente.

Resulta además indispensable el refuerzo de la formación del médico, de tal manera que, su mayor acervo moral lo capacite para un acto médico fundado en virtudes como la prudencia, la mesura y la justicia y lo habiliten así para contrarrestar los riesgos de deshumanización del acto médico, que puedan resultar inherentes al avance tecnológico.

Las declaraciones de los gobernantes y las legislaciones de los estados en materia de aplicaciones de la investigación biomédica, por su carácter coercitivo, no superarán en eficacia a la norma moral autónomamente introyectada y ejercitada por quienes tienen a su cargo definiciones sobre la vida y la muerte de las personas y ahora, con ocasión del desciframiento del Genoma Humano, el destino genético de quienes nos han de suceder. No es juzgar a ser Dios; simplemente es el poder que confiere el conocimiento.

Ese poder puede llegar a ser amenazante si no está debidamente armonizado con la dimensión moral de su aplicación, garantía indispensable para el aseguramiento de nuestra continuidad como seres individuales y como sociedad civilizada.

El trabajador social en salud De la asistencia social a la intervención familiar integral

Por: Sandra L. Zapata Vallejo
Periodista

La intervención del trabajador social en los servicios de salud en nuestro país, desde sus inicios, estuvo marcada por la asistencia social hospitalaria que se desarrollaba con los pacientes de clínicas y hospitales. Así mismo, su labor jugaba un papel primordial a la hora de descubrir la capacidad de pago y la clasificación socioeconómica de un paciente, lo que en cierta medida encasilló al profesional del trabajo social como un intermediario de los más pobres.

"Hay una idea vaga y que de pronto hace parte de la historia del área nuestra y es, que las trabajadoras sociales son muy queridas y nos van a rebajar las cuentas. Realmente, esto existió en el inicio de la carrera. Ya nuestro quehacer fundamental es exclusivamente la intervención familiar..." afirma Adriana Agudelo, Trabajadora Social del Hospital Mental de Medellín.

Si bien esta situación, que en esos momentos tenía una serie de implicaciones importantes desde lo social, obligó también a los profesionales de esta área a definir su labor y a plantear la necesidad de lograr un perfil acorde con las necesidades de salud, mas desde los condicionamientos sociales y la participación comunitaria.

Desde 1974, cuando se rediseñó el Sistema de Salud colombiano, se definía la profesión del trabajador social en salud como la "encargada de desarrollar programas sociales para el sector, aplicando las etapas de estudio, diagnóstico, planeación, tratamiento social y evaluación a los niveles de atención al individuo, grupo, comunidad y familia en los casos que sea necesario, sujetos a la atención en salud...". En este sentido, al trabajador social se le empezaban a dar unas áreas de acción mucho más amplias, que le permitirían ser el complemento y apoyo a las instituciones en las cuales se desenvuelven.

Con la ley 23 de 1977 se reglamenta la profesión de Trabajo Social en Colombia y se ubica dentro del área de las Ciencias Sociales que cumple con actividades relacionadas con las políticas de bienestar y desarrollo social.

Desde sus inicios y conforme a la reglamentación de la ley, las funciones del trabajador social han ido evolucionando de acuerdo con las transformaciones que también ha sufrido el sector de la salud. Según la ley 10 de 1990, como en la ley 100 de 1993, cada día se hace más importante "la intervención de los profesionales de esta área, ya que tiene una estrecha relación entre todos los factores de orden social, emocional, y ambiental y el mantenimiento del equilibrio físico y síquico del organismo...".

La ley 100 contra la proyección profesional

El espectro que abrió la ley 100 para los trabajadores sociales es mucho más amplio. El bienestar de los pa-

cientes lo logran estos profesionales en el desempeño de sus funciones no sólo en clínicas y hospitales, sino también en las Entidades Promotoras de Salud, EPS; las Administradoras de Régimen Subsidiado, ARS; las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP y Administradoras de Pensiones, donde sus funciones van más allá del servicio asistencialista y de clasificación económica de los pacientes.

En muchas de las Instituciones Prestadoras de Salud, IPS, consul-

tadas por EL PULSO, la labor del trabajador social está encaminada a la atención integral del enfermo y de su familia, pues al paciente se debe mirar desde su integralidad y desde la relación con todos los aspectos del contexto que lo rodean. En ese sentido, su tarea de acompañamiento se convierte en un factor

esencial para el tratamiento de la enfermedad y en una manera más fácil de rehabilitar al paciente y a su vez mejorar su calidad de vida y la de su familia. En el caso de los pacientes de alto riesgo doméstico todas las pacientes nuevas deben pasar por Trabajo Social y Psicología con el fin de ahondar más, preguntar sus dificultades, qué problemática vive, pues quizás el alto riesgo no sea sólo de la parte física, sino que se deba a su entorno familiar." Comentó Diana Soley Garcés, trabajadora social de esta Institución.

En el caso de las EPS, consultadas en Medellín, se encontró que sólo una entidad ofrece a sus usuarios la atención de Promotores Sociales, que se encargan de funciones administrativa, y que se convierten en el soporte a los auditores médicos para los pacientes que están hospitalizados. Su labor no comprende la asistencia familiar.

Hacia el futuro

Si bien la reglamentación de la ley 100 abre un espacio importante para el ejercicio de la profesión, no es un factor determinante para que los mismos trabajadores sociales ratifiquen la importancia y el aporte significativo hecho durante muchos años al sector de la salud. En algunos casos la modificación de sus actividades no se da por desconocimiento de las mismas posibilidades que les da la ley, en otros casos, les ha faltado adoptar una actitud más proactiva para el ofrecimiento de unos servicios integrales de atención y de administración de la salud.

Sin embargo, a pesar de que muchos se quejan del deterioro de su perfil porque les ha faltado mostrar el valor agregado a la hora de prestar sus servicios, coinciden en afirmar que sólo asumiendo nuevos roles y agrupándose como gremio podrán reivindicarse en un medio que cada vez más demanda de su tarea.

* Información consultada en el trabajo de grado "Análisis del posicionamiento del trabajador social en el área de la salud en el marco de la ley 100 de 1993," realizado por Patricia Echeverry Mejía.



Lo invitamos ...

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.:(4)263 44 75

Si lo prefiere, puede realizar el pago de la suscripción en la caja general del

Hospital Universitario San Vicente de Paúl

Calle 64 con Carrera 51D

Teléfonos: (4)263 43 96 - (4)263 78 10.

e - mail: elpulso@elhospital.org.co

Medellín - Colombia



Los hospitales están en venta

Por: Julio Ernesto Toro Restrepo

La medicina colombiana, se ha hecho al amparo de los hospitales sin ánimo de lucro, de las instituciones hospitalarias públicas y de las clínicas tradicionales. Estos centros han prestado un invaluable servicio al país, han sido generosos, dedicados a su propósito de ofrecer excelente medicina y han sido verdaderos valores que tiene la sociedad, además de que han servido a las diferentes universidades para formar en el área de la salud, hombres igualmente, entregados a sus credos y al servicio. Se puede asegurar que la grandeza de la medicina colombiana, tan de mostrar, tiene mucho de la fortaleza y de la lucha de todos ellos. Sin embargo el lenguaje ahora es que la tarea realizada de servir, de ayudar, de estar presente en los malos momentos de la gente, ya no tiene mucho mérito y ese trabajo se debe hacer, mejor por otras vías: las de la competencia, las de la compra - venta o cualquiera otra, pero donde cobren menos, aun que se arriesgue con indiferencia la infraestructura física exis-

tente en el país, la dotación tecnológica y hasta la vocación y el deseo de servir. Con ello, Colombia parece estar dispuesto a perder mucho dinero ya invertido, pero sobre todo a desconocer la importancia de salvar muchas vidas de gentes pobres, de ancianos y de adultos de ese 30% de colombianos que viven de la economía informal y de ese, casi, 50 % que no tienen seguridad social. El país, en el lenguaje de la economía actual, viene diciendo a clínicas y hospitales que su modelo de atención, útil por muchos años así haya tenido fallas, pero útil al fin y al cabo, se puede tirar a la basura y no pasa nada. Le viene diciendo que la moda ya es otra y que el esfuerzo económico, se hace con otros pacientes, con los que son limpios, ninguno recogido de las aceras o de debajo de los puentes, porque esto dizque es la ley de la oferta y la demanda, así el espíritu de la ley sea otro. El país le esta diciendo a estos centros asistenciales que compitan con otros, en los cuales todos sus pacientes tienen EPS, su

propia EPS, la que les orienta el mercado, porque así es como se ve a los enfermos: mercado. Pero a quien se le está ayudando con esto? A la llamada red pública? A las entidades abnegadas, serviciales, que desde hace años atienden a los que nadie quiere? A las clínicas que por esfuerzo y aporte de sus socios han servido por años? Sin embargo clínicas y hospitales, aunque parezca raro, siguen empeñados en que se les deje trabajar, que se les ayude para ayudar, que se les dé una opción, una oportunidad. Ruegan, además, que no se le dejen perder a la sociedad los símbolos y las tradiciones que ellos representan. Es verdad que la salud hace parte de la vida y en consecuencia ellos también quieren defender el derecho a ésta, a al salud de los que parece que no lo tienen, porque para ellos no alcanzó la cartulina del SISBEN.

Y así, poco a poco, imperceptiblemente los hospitales y centros asistenciales de toda la vida, van cambiando su vocación y su desti-

no. Lentamente se va desdibujando su misión, su estructura filosófica y su carácter. Y entonces se pondrán en venta, uno a uno. Lo estarán para el ISS que impone sus tarifas y los obliga, por las circunstancias, a firmar contratos repletos de condiciones, de las que él diga. Para las aseguradoras que fijan las suyas avaladas por el gobierno en nombre del SOAT. Lo están para las EPS que les quitan lo que es rentable para hacerlo ellas mismas y ofrecerles a cambio dizque volumen y si acaso del trabajo complejo, difícil y mal costado. Se venderán cerrados y a buen precio. Es cuestión de tiempo, ya todo el mundo lo sabe. Ya hay síntomas. Se encimará, a quienes los comprenden, el renombre, el prestigio, la credibilidad, el futuro de los programas académicos en las áreas de la salud y la historia de su fracaso que se contará entre burlesca y triunfalmente. Eso sí, no entrará en el negocio la vocación, la generosidad, la actitud, la persistencia, el compromiso, la valentía, el heroísmo ni la solidaridad. No, la ley de oferta y demanda no dice que también hay que entregar los valores. Debe ser que no son de interés de los compradores. O puede ser también que hoy por hoy ellos, simplemente, ya no valen nada.

Pero que importa que se acaben los hospitales con todo y su grandeza. ¿Quién lo lamentará?. Se dirá que fue sólo el resultado de las leyes económicas o de la ineficiencia de ellos mismos. Cualquiera de las dos razones, ya el público las asimila. Qué importa que no haya más renombre de la medicina, si lo importante es producir y bien barato. Eso es lo que sucederá: se acabarán y con ellos, el modelo de formación médica, no en lo académico, sino en lo humano, al fin y al cabo el éxito de todo está en éxito de los negocios y ellos ya están por encima del hombre.

IATM:
23 cms x 17 cms.

**Hospital Universitario
San Vicente
de Paúl**
de la ciudad de Medellín,
requiere
Oncólogos Clínicos;
interesados, favor enviar hoja
de vida con aspiración salarial o
propuesta de vinculación al
A.A. 6509 de Medellín o
al correo electrónico
comunica@elhospital.org.co

CORPAÚL
31 X 15.5 cms