

# EL PULSO

Periódico  
para el sector  
de la salud

MEDELLÍN, COLOMBIA AÑO 2 N° 25 OCTUBRE DEL AÑO 2000 ISSN 0124 - 4388 VALOR \$ 1.500 e-mail: [elpulso@elhospital.org.co](mailto:elpulso@elhospital.org.co)

## Avance y retroceso El ritmo accidentado de la inmunización en Colombia



Foto: Archivo

Esta es la historia de una curva peligrosa. La vacunación infantil en Colombia más que la escasa vacunación de adultos- había tenido un ritmo ascendente, con coberturas del 98% en algunas ciudades. Siguen siendo evidentes los aciertos de Programa Ampliado de Inmunización PAI, proyecto gratuito del gobierno, iniciado en 1974 con la ayuda de organismos internacionales y con el cual se ha logrado reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles en la primera infancia y en las mujeres embarazadas. La Poliomielitis ha sido erradicada desde el año 1994, según informaciones del Ministerio de Salud. Se ha avanzado en la erradicación del Sarampión, meta fundamental para este año 2000 en el que, hasta la

fecha, la incidencia es de 0.2 por 100.000 habitantes. La Viruela también ha sido eliminada. Y se ha tenido un control importante de la Difteria, la Tosferina, el Tétanos, la Tuberculosis, la Parotiditis, la Fiebre Amarilla, la Rubeola y, cada vez más la Hepatitis B y las infecciones causadas por Haemophilus Influenzae. La labor de producción de vacunas del Instituto Nacional de Salud ha tenido méritos innegables, a pesar del cierre de planta y el cruce de cables con el Ministerio de Salud que, según anuncios de la nueva ministra, tendrán favorable resolución al integrar todas las acciones en el Instituto.

El caso es que a partir del año 97 se inicia un notorio retroceso en las coberturas, atribuido por el Ministerio de Salud a in-

convenientes de índole administrativo y técnico, aparecidos justo en el momento en que se intensifica la descentralización municipal, con la cual se le brinda autonomía a los gobernantes para manejar los fondos de los programas de salud pública. Además de eso, con la aparición de la Ley 100 intervienen nuevos actores que implican una redefinición de competencias no siempre clara. A su vez, los problemas de orden público han limitado las acciones. En fin, en medio de todo este laberinto en el que siempre brillan los desajustes presupuestales, surgen

grandes dificultades como la escasez e irregularidad en el suministro de biológicos por parte del Ministerio. Esos períodos de desabastecimiento, agudizados particularmente en el año 1999, han sido definitivos en el retroceso. Sobre éstos y otros temas, EL PULSO hace una primera exploración, en momentos en los que el País registra alarmado varios casos de Difteria en el Valle y el recrudescimiento de la problemática de la Tuberculosis.

Debate Páginas 2,3,5,6 Y 10

## Código Penal: Novedades para la comunidad médica



Foto: Archivo

Los recientes cambios incluidos en el Código Penal, y que regirán a partir del 24 de julio del año próximo, están relacionados esencialmente con la manipulación genética y los delitos contra personas y bienes protegidos por el Derecho Internacional Humanitario. En los aspectos que comprometen a la comunidad médica, las responsabilidades por imprudencia, por lesiones o por homicidio no sufrieron modificaciones. Mientras que sí se incorporaron nuevos delitos por lesiones al feto, que contemplan pena de prisión e inhabilidad en el ejercicio profesional.

PÁG. 15

## Monitoreo al sector de la salud en Antioquia



Foto: Archivo

Existe una evidente ambivalencia frente al nuevo sistema de salud en el departamento de Antioquia. Los diferentes actores reconocen, a la vez, aportes e indiscutibles inconvenientes. Un buen período se registra hasta 1997 con la llegada de nuevos recursos, servicios y beneficios. Luego aparece una traumática etapa con déficit creciente en todos los órdenes y confusas promesas de mejoría. El monitoreo, coor-

dinado por el director del Centro de Investigaciones Económicas de la Universidad de Antioquia, Jairo Humberto Restrepo Zea, fue efectuado en convenio con la Dirección Seccional de Salud, durante más de un año, en 117 municipios. Una vez terminado el estudio se pudo concluir, entre otras cosas, la Ley 100 es una propuesta muy ambiciosa que, más que desmonte, requiere ajustes y aplicabilidad.

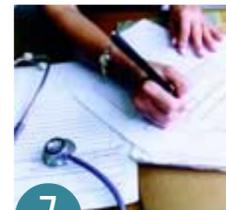
PÁG. 8

## La salud en las cárceles El fantasma de la muerte

Los 45 mil presos que constituyen la población carcelaria de país, protagonizan una de las historias más caóticas del sistema de salud en Colombia. Muchas de las prisiones ni siquiera cuentan con un médico. En 1998, el Inpec suscribió con el Ministerio de Salud un acuerdo para atender a los reclusos. Se diseñó una red pú-

blica prestadora de servicios de nivel de complejidad II y III. El plan recibió recursos por \$5.5000 millones pero aún no ha dado resultados. La Contraloría encontró que hasta el momento sólo se han ejecutado \$1.341 millones, cerca del 24% del total asignado al proyecto. El abandono, otra forma de violencia.

PÁG. 11



## Avances del Sistema de Seguridad Social en Salud

7

Un informe sobre los principales aspectos, relacionados con cobertura y financiación, que hacen parte del reporte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, presentado al Congreso de la República.

## Comentarios sobre la Capitación

16

Comentarios y propuestas sobre uno de los temas más polémicos del sistema de salud.

Que reingrese al Sistema de Seguridad Social el dinero que generen las EPS por el manejo financiero de las cotizaciones, ya que el origen de los intereses es en recursos públicos y porque las Unidades de Pago por Capitación (UPC) serían exclusivamente para pagar servicios de salud.

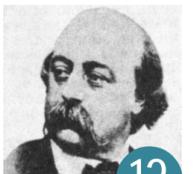


## Juan Luis Londoño Alto voltaje

13

Más allá de la polémica sobre la Ley 100, el exministro de salud aparece ahora como el capitán de uno de los proyectos políticos de más seguro puerto, el de la doctora Noemí Sanín y como uno de los hombres fuertes del periodismo en Colombia. Apuntes sobre una conversación.

## Flaubert y la medicina



12

Su obsesión por el dolor, las descripciones clásicas de las alucinaciones, su obra y los relatos de padecimientos físicos, los 200 libros de salud de su biblioteca... "Es curioso cómo me atrae la medicina", escribía el escritor francés Gustave Flaubert (1821-1880), autor de la reconocida obra Madame Bovary, así como de la "Tentación de San Antonio", "Salambó", "La educación sentimental" y los famosos "Tres cuentos".



## Premio a la Facultad de Medicina de la U. de A.

15

El premio Alejandro Angel Escobar fue concedido al Grupo de Inmunología Celular e Inmunogenética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, coordinado por el doctor Luis Fernando García.

## Tuberculosis, una emergencia epidemiológica

15

Carta abierta a las autoridades de salud y conclusiones de la jornada de actualización, efectuada por el Hospital San Vicente de Paúl de Medellín, la Universidad de Antioquia y la Secretaría de Salud de Medellín.

4

## EDITORIAL

"En los últimos seis años se observa un progresivo aumento de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes. Es triste tener que admitir que hay zonas del país donde se ha presentado un deterioro en materia de coberturas de vacunación y que, seguramente, como en tantas otras cosas que requieren que se identifique un responsable, nadie aparece."



## Colombia enfrenta las más bajas coberturas de inmunización de la década

# Del cielo al suelo

Por Ana C. Ochoa  
Periodista

La alarma sobre el retroceso en materia de coberturas de inmunización ha tenido un ritmo contenido, de tolerancia forzada y diplomática protesta. No obstante, y para sólo mencionar dos puntos de este escenario de errores perfectos, la problemática de la Tuberculosis (aparentemente en disminución, pero debido al dato falso derivado del abandono y el no registro) así como la aparición de Difteria en el Valle, han operado como un detonador, y el diálogo sobre el tema aparece hoy con el acento enfático de una inconformidad justificada. Hasta hace 5 años las coberturas del PAI estatal, Programa Ampliado de Inmunización en Colombia –gratuito para niños y mujeres embarazadas– estaban por encima del 85%, hoy están entre el 28% y el 30%. Y ni qué decir de las deficiencias en vacunación de adolescentes y adultos, por tradición abandonada.

En relación con el PAI, los expertos consultados por EL PULSO expresan que los desajustes presupuestales, administrativos, técnicos y operativos del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud han ocasionado el desgarrón de un programa cuyos resultados venían en ascenso. A la confusión de responsabilidades de los diferentes actores del sistema de salud y a las deficiencias de años anteriores en el suministro de biológicos por parte del Ministerio, se le añade el azufrado componente de la corrupción. Abunda el ejemplo de muchas instituciones contratadas no idóneas para desarrollar el programa de vacunación: no tienen capacitado su personal para la buena utilización de los recursos, no hacen vigilancia y restringen, numerosas veces por razones de costos, la aplicación de estrategias eficaces como la de vacunación casa a casa. De otro lado, es innegable que las regiones desprotegidas van en aumento también por la intimidación de los grupos armados en conflicto, que impiden la penetración de las misiones de salud. De tal manera que la crisis del país colabora en la cerrazón del panorama.

Pero retornando al accidentado tema de las responsabilidades, todos los actores del sistema son víctimas y, en ocasiones, agentes de la confusión. Por manejos irregulares, existen inequidades evidentes en el acceso de la gente, no sólo a la vacunación sino al tratamiento de estas enfermedades inmunoprevenibles. Basta ver el caso de la Tuberculosis. Los pacientes afiliados al régimen contributivo no sufren tanto la precariedad en la atención como los del régimen subsidiado, que están perjudicados por el coleccionamiento del "techo presupuestal" impuesto por la UPC subsidiada, mucho menor que la UPC para el contributivo.

De otro lado, y sobre el tema concreto de la inmunización, todo el sistema ha estado cuestionado en su eficiencia. Desde el Ministerio que, como se verá más adelante, cruza sus cables con el Instituto Nacional de Salud, hasta las direcciones loca-

les de salud, las aseguradoras y las instituciones prestadoras que hacen la aplicación del esquema de vacunación. Sobre el primer asunto mencionado, al parecer la nueva Ministra de Salud, doctora Sara Ordóñez, propone acabar con la maraña de competencias en acciones de salud pública, concentrando la labor del Ministerio en el Instituto Nacional de Salud que, por cierto, tiene una sólida trayectoria en la fabricación de vacunas.

También en relación con el Ministerio, existe un tema que ha sido particularmente polémico y es la escasez e irregularidad en el suministro de los llamados biológicos a las entidades territoriales, por problemas, generalmente, de desarreglo presupuestal. Este hecho, aunque no es la única justificación del retroceso en la cobertura, ha sido asunto de insatisfacción y de reclamo. En reciente carta a la Ministra de Salud, doctora Sara Ordóñez, miembros de un comité interinstitucional de trabajo creado en Antioquia por las direcciones –local y departamental– de salud, algunas aseguradoras, Instituciones Prestadoras de Servicios y académicos, expresaron su preocupación por el recorte del 95% que, en el año 99 tuvo el presupuesto del Programa Ampliado de Inmunización, PAI, eje del trabajo, y solicitan un efectivo compromiso gubernamental que garantice los insumos necesarios para desarrollar el programa.

Circula una información interesante en relación con la vacuna contra Fiebre Amarilla de la cual, por ejemplo Antioquia sólo ha recibido el 7.49% (67.870 dosis de las 906.619 requeridas para este año). Frente a este asunto existe, al tiempo, inquietud y buenos augurios, pues el país, que es uno de los cuatro productores de vacuna en el mundo, podrá contar de nuevo con su planta productora, cerrada anteriormente por problemas de competencia y falta de presupuesto, según expresó la doctora Ángela González, Subdirectora del Departamento de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud.

Pero si bien es cierto que han sido evidentes estos conflictos con el Ministerio, también es cierto que tal razón no puede esgrimirse en todos los casos para explicar el descuido de otros actores del sistema que, tantas veces, no tienen ni siquiera personas destinadas a hacer un trabajo responsable. Algunas direcciones locales de salud, que deberían al menos hacer vigilancia epidemiológica y distribuir los biológicos con el mayor rigor, presentan muestras absurdas de negligencia. Aunque, la verdad, otras sí han hecho esfuerzos comprobables para incluir personal estructurado y para mejorar la capacitación en los diferentes municipios, los programas de trabajo, la llamada cadena de frío, los sistemas de información, la vigilancia epidemiológica...en fin, lo propio se ha dado también con ciertas aseguradoras que, comprometidas con el acceso de la población a estos programas, han fortalecido sus políticas y han potenciado, entre otras cosas, sus campañas de promoción y pre-

vección. Las ARP, aunque en principio se han mostrado reticentes, empiezan a entender el deber de proteger a los trabajadores contra enfermedades de alto riesgo y ya se valora más, por ejemplo, la importancia de vacunar contra la Hepatitis B y de incluir la Td (toxoides tetánico diftérico) y la vacuna contra Fiebre Amarilla en zonas de amenaza. La infección por Hepatitis es uno de los problemas de salud pública más importantes en el mundo y Colombia ha sido catalogada como un área de mediana endemicidad, aunque, según informaciones del Ministerio, en algunas zonas la prevalencia de portadores de antígenos de superficie es similar a la encontrada en países endémicos.

Con el denominado Programa Ampliado de Inmunización PAI –ver cuadro ilustrativo– que es un programa estatal, gratuito y universal, se procura garantizar la vacunación de los niños hasta

106.582 millones de pesos fue la suma destinada para garantizar la cobertura en salud de 1.888.278 colombianos afiliados al régimen subsidiado, en el periodo de contratación que se inicia el 12 de octubre y se extiende hasta el 31 de marzo del año 2001. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, reiteró que el dinero aprobado es únicamente para la continuidad de las personas que ya están afiliadas y que a partir del año próximo se unificarán los dos periodos de contratación en uno solo, contemplado entre el 1 de abril al 31 de marzo del año siguiente.

los cinco años y de las madres o mujeres en edad fértil. Se inició en el año 1974. Y en Colombia se han alcanzado metas tan importantes como la erradicación de la Poliomielitis desde 1.994. En medio de las restricciones mencionadas de los últimos años, el llamado PAI se ha fortalecido en diversos aspectos. El principal, tal vez, tiene que ver con la inclusión de nuevas vacunas como la de Haemophilus Influenza tipo B y la de Hepatitis B. De igual manera se aplica la vacuna contra Tuberculosis (BCG) Poliomielitis (VOP), Difteria-Tosferina-Tétanos (DPT); Triple Viral contra Sarampión, Rubeola y Paperas, Rabia y, como se señaló, Fiebre Amarilla. Al parecer están en estudio nuevas adiciones.

El Programa Ampliado de Inmunización es una acción conjun-

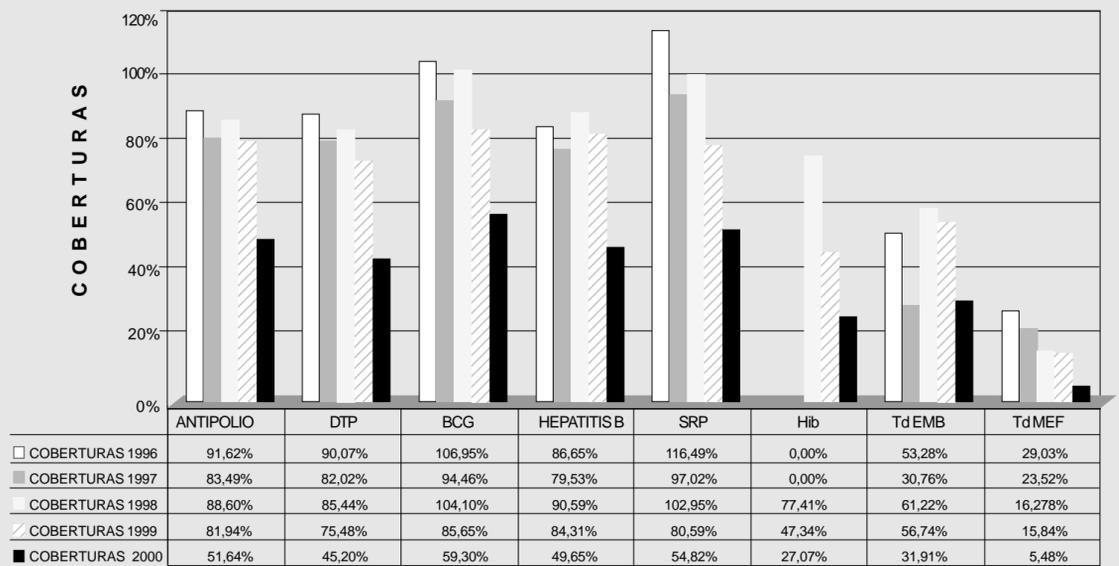
ta de las naciones del mundo y de organismos internacionales tendiente a lograr coberturas universales. Según la Unicef, diariamente en el mundo 30.500 niños y niñas menores de cinco años pierden la vida por causas susceptibles de prevención y hay cantidades aún mayores de adultos afectados por enfermedades que no tendrían por qué presentarse. La doctora Desiree Pastor, consultora internacional de la Organización Panamericana de la Salud para el Programa en Colombia, destaca los grandes logros en materia, por ejemplo, de Sarampión, enfermedad prácticamente erradicada. Actualmente la tasa de incidencia es de 0.2 por 100 mil habitantes. La doctora Pastor insiste en la necesidad de capacitar a la comunidad y estimularla para completar los

esquemas de vacunación. La desinformación ha causado también prejuicios y hay quienes le atribuyen todavía efectos peligrosos a las vacunas. Este es otro de los problemas, agudizado ahora por la imposibilidad de hacer educación en muchas zonas de conflicto armado. Situación de guerra que también ha ocasionado otro tipo de dificultades, como el robo y la pérdida de biológicos. Con estas circunstancias adversas, y estando siempre con un pie en los logros y otro en la restricción, muchos se preguntan por la suerte de 1084 municipios colombianos y, obviamente, por la suerte de tantas buenas ideas de futuro impredecible en las que, debido a la desatención, comienzan a detectarse los signos aterradores del fracaso.

### Aciertos y desaciertos del Programa Ampliado de Inmunización

## Antioquia, ejemplo regional de una problemática nacional

COBERTURAS DE VACUNACIÓN DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA 1996 - JULIO DE 2000



### BIOLOGICOS

Antioquia es un espejo en el que se refleja el claroscuro de un sistema nacional que aparece, a la vez, con las luces prometeedoras de enormes esfuerzos y los opacos panoramas de la incomprensión y la precariedad. De acuerdo con la información suministrada por la Coordinadora del Programa Ampliado de Inmunización de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, la enfermera Blanca Isabel Restrepo, se concluye que la crisis generalizada del país y los problemas financieros y operativos generados a partir de la implementación del nuevo sistema de seguridad social, han desatado un alarmante descenso en los niveles de cobertura. Iniciativas importantes para contrarrestar las fragilidades del desarrollo de la inmunización, se han visto amenazadas por otros factores relacionados, ya no con el sistema, sino con los problemas de orden público, entre ellos la migración poblacional, el aislamiento de muchas zonas y el ataque a las misiones médicas, como ocurrió con el helicóptero derribado del Programa Aéreo de Salud. Todo esto ha hecho desfilarse hasta el abismo muchos buenos propósitos. Algunos datos son ilustrativos: en 1996 había 17 municipios de alto riesgo, por bajas coberturas. Para el año de 1997, había 31. Para 1998, había 40. Y para 1999, había 68 municipios de alto riesgo. Ante la falta de capacitación de muchos actores del sistema en cada municipio, se han emprendido programas de capacitación. Pero hay que reconocer que estas no han sido las únicas limitaciones, pues en 1.999, por ejemplo, no hubo vacunas suficientes. No obstante, ese vacío no disculpa el abandono de muchos programas.

**DPT:** Difteria, Tosferina, Tétanos

**BCG:** Tuberculosis

**SRP:** Triple Viral: Sarampión, Rubeola, Paperas.

**HIB:** Neumonías, Meningitis por Haemophilus, Influenza tipo B

**Td EMB:** Toxoides tetánico diftérico para mujeres embarazadas

**Td MEF:** Toxoides tetánico diftérico para mujeres en edad fértil

### Fortalezas de Programa en Antioquia:

- El sistema de vigilancia epidemiológica, Sivigila.
- El denominado Paisoft, software que permite a cada municipio y a cada institución conocer la historia de vacunación de las personas. Existe otro software que permite el registro de todos los casos de sarampión (en Antioquia no se tienen casos desde abril de 1999, pero no se puede bajar la guardia, lo mismo que con la poliomielitis). Estos Programas son respaldados por la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud. Hay que concientizar a los funcionarios de su buen manejo.
- Los indicadores han mejorado: las coberturas están bajas aunque han subido poco a poco, la captación de los casos ha mejorado al igual que la toma de muestras.
- El fortalecimiento de la cadena de frío es evidente. Se entregó dotación a cada municipio.
- Plan estratégico año 2000. Campaña de promoción con la comunidad través de diferentes medios masivos. La gente debe saber que el PAI es gratis, que es un derecho, que es necesario completar el esquema de vacunación y guardar el carné.
- Plan de intensificación en los últimos tres meses del año, entre otras cosas con visitas domiciliarias.
- Programas de capacitación a los diferentes actores del sistema.
- Centralización de entrega de suministros.
- Apoyo del Laboratorio Departamental de Salud Pública.
- Disponibilidad de vacunas.



La EPS Coomeva cuenta con una población afiliada de 1.151.510 usuarios, de los cuales el 84.1% pertenecen al Régimen Contributivo y el 15.9% restante al Régimen Subsidiado. En el área comercial, en el Régimen Contributivo se ha generado un crecimiento neto durante el primer semestre de 121.177 afiliados, representando un 14.4% de incremento respecto de la población existente en diciembre 31 de 1999. En el Régimen Subsidiado se finalizó sin mayor variación, en cumplimiento de la política de mantener alrededor de 200.000 usuarios. La gestión financiera de Coomeva presenta unas utilidades netas de \$ 1.223 millones acumulados a junio 30, cifra que se espera mejorar en este segundo semestre, con la estabilización del nuevo sistema Coopeps Siglo XXI.

## Debate

### Supersalud Mapa crítico

Con base en información de 13 departamentos, se concluye que las situaciones que afectan en forma significativa el funcionamiento del Programa Ampliado de Inmunización, PAI, son:

- Reestructuraciones o cambios constantes de personal, que ocasionan la pérdida de recurso humano capacitado.
- Diversidad de funciones a cargo de un solo funcionario, lo que no permite una dedicación exclusiva al programa.
- Deficiencia en capacitación y actualización del personal.
- Deficiencia en suministros.
- Deficiencia en equipos.
- Situaciones de orden público.

Asuntos conocidos por la Dirección de Calidad de la Supersalud hasta el 14 de septiembre:

Entidad	Motivo	Estado de la investigación
ISS	Ausencia de vacunación POS	Preliminar
Guaviare	Pérdida de biológicos	Preliminar
Atlántico	Pérdida de biológicos	Archivado (el departamento repuso las vacunas). La Contraloría inició las actuaciones de su competencia.
Valle	Pérdida de biológicos	Preliminar
EPS-ARS-IPS. Aproximadamente 10 asuntos conocidos por oficios y copias de oficios dirigidos al Minsalud e información de prensa.	Falta de oportunidad en la entrega de biológicos.	Archivado. Esta situación fue general en todo el país debido a los problemas de orden presupuestal del Ministerio de Salud. Éste ha ido sufriendo los biológicos.

## OPS El exigente reto de acertar

En opinión de la doctora Desiree Pastor, Consultora Internacional de la Organización Panamericana de la Salud para el Programa Ampliado de Inmunización PAI, las dificultades más grandes de los programas de inmunización tienen que ver, por un lado con la oferta y por el otro con la demanda, y esto último compromete también a los padres. En relación con la oferta se sabe que el país ha tenido problemas para abastecerse de algunos biológicos, por falta de presupuesto fundamentalmente. No obstante el Ministerio de Salud ha puesto todo de su parte

para la consecución de vacunas, incluso muchas veces a altos precios, para que los niños puedan continuar con sus esquemas de vacunación. Por el lado de la demanda existe, no sólo desconocimiento de los padres de familia acerca del tema, sino temor derivado del prejuicio de algunas personas que le atribuyen hechos fatales a las vacunas, por ejemplo la muerte de los menores. Pero deben entender que interrumpir los esquemas de vacunación en los niños es lo que realmente puede traer consecuencias fatales. Así mismo vale la pena decir que, a pesar de los problemas existentes con las coberturas de vacunación, hay varios avances. Entre ellos el exitoso Plan de Erradicación del Sarampión en Colombia, desarrollado también en otros países de América por iniciativa de los ministros de salud desde 1994. Las estrategias han sido diversas y se ha insistido en la vacunación a los niños y en la vigilancia estricta de todos los casos que presenten síntomas afines a esa enferme-

dad. En Colombia, la meta de erradicación para el año 2000 está por cumplirse. Es necesario que toda la comunidad entienda la importancia de vacunar a sus niños con este esquema de vacunación que es uno de los más completos que tiene América Latina y que el Gobierno Colombiano tiene la obligación de ofrecerlo en forma gratuita a todos los niños del país a través de sus EPS, ARS y a los vinculados a través de las IPS públicas. Ellos tienen que asumir sus responsabilidades. El propósito es evitar epidemias de enfermedades, algunas de las cuales ya están erradicadas como la Poliomielitis y la Viruela, otras están a punto de ser eliminadas como el Sarampión y eliminadas como el Tétanos Neonatal. Es vital seguir controlando la Difteria, la Tosferina, la Tuberculosis y las enfermedades meníngeas producidas por bacterias para las cuales ya hay vacuna y cuyas consecuencias, se sabe, son incapacitantes y en algunos casos pueden producir la muerte.

## Instituto Nacional de Salud Más allá de la polémica

Opinión de la doctora Angela González, Subdirectora del Departamento de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia, del Instituto Nacional de Salud: "Es innegable que hemos observado con preocupación el retroceso en materia de coberturas. Tenemos los más bajos niveles de los últimos años. De ahí que sea indispensable, por ejemplo, revisar la estrategia de atención primaria en el país, aclarar responsabilidades y acondicionar el trabajo al nuevo sistema de seguridad social en salud. Es preciso estructurar una organización municipal que permita, al menos, la vacunación de todos los niños colombianos y las mujeres embarazadas. Y la responsabilidad no puede estar diluida. Cuando no se vacuna ¿Quién es el culpable? ¿La EPS, la ARS, la dirección local de salud? Esa confusión no puede seguir y son las direcciones locales de salud las que deben asumir

tales acciones de salud pública, independientemente de que la ejecute la IPS o cualquiera de los actores del sistema. Debe clarificarse todo, porque hoy en día se transfieren de manera errática las responsabilidades. El Estado debe garantizar el acceso de los niños y las mujeres embarazadas a la vacunación, independientemente de si están o no afiliados al régimen de seguridad social. Claro que, en relación con este tema del acceso, vale la pena señalar otras dificultades. Entre ellas la que se deriva de los grandes desplazamientos humanos existentes en el país. Es evidente que la crisis social ha multiplicado la inequidad en este sentido.

Sobre el tema de la reaparición de enfermedades -como la Difteria o la Tosferina en la zona de la Sierra Nevada en Magdalena a principios de año, para sólo mencionar dos casos- debe existir coincidencia en la voluntad de fortalecer las acciones.

Se está trabajando muy fuerte para mejorar. Y ahora hay una gran expectativa, luego de que el Ministerio propuso trasladar al Instituto el manejo integral de todo este programa. Como se sabe, el Instituto es uno de los actores más importantes en el Plan Ampliado de Inmunización, PAI, y en la perspectiva de prevención de enfermedades por vacunación. Primero como productor de vacunas y, segundo, como pionero de programas de inmunización. El Instituto ha producido, entre otras cosas, la vacuna contra la fiebre amarilla. Desafortunadamente por problemas de competencia y de falta de tecnología, el Instituto ha tenido que cerrar la planta, productora además de DPT (Difteria, Tosferina y Tétanos) y BCG (Tuberculosis). La idea es reabirla, incluso para exportar a otros países. El Programa Ampliado de Inmunización, PAI, es uno de los pilares más importantes de la acción en salud pública en el país. El esquema de vacunación es excelente, no sólo por la cantidad de biológicos que ha incorporado -el último fue el Haemophilus Influenza- sino porque ha demostrado su inmenso aporte, a pesar de los problemas operativos y de financiación presentados con el nuevo sistema de salud."

**"Las direcciones locales de salud deben asumir la responsabilidad de la vacunación, independientemente de quien la ejecute"**



## Vacunación de adultos En busca del tiempo perdido

Según el doctor Juan Manuel Gómez Muñoz, Jefe Sección de Enfermedades Infecciosas Fundación Santa Fe de Bogotá, la vacunación en el país ha mostrado cifras líderes en América Latina y el mundo. Pero estrictamente en vacunación infantil pues, en vacunación del adulto, el adolescente y del trabajador en Colombia apenas se ven los primeros esfuerzos. Los Estados Unidos y Canadá han sido pioneros de vacunación en edad geriátrica, lo cual ha permitido la reducción de un número de muertes innecesarias. Se estiman, por lo menos, 40.000 muertes anuales a causa de la Influenzae y Estreptococo Pneumoniae. La vacunación en esta

edad de la vida igualmente redunda en reducción de costos por hospitalización y otros gastos. Igualmente se ha demostrado que la vacunación en la adolescencia es ideal para evitar la transmisión de enfermedades tanto vertical como horizontalmente, ejemplo representado por la Hepatitis B o la Rubeola. En general nos movemos lentamente, pero el simple hecho de reconocer nuestras dificultades es importante.

El Ministerio de salud debe hacer un gran esfuerzo por mejorar las cifras de vacunación a nivel nacional y reconocer como inaceptables las ausencias periódicas de biológicos.

Frente a la Difteria, hay que decir que por fortuna es una enferme-

dad de poco riesgo para la población general, pues el Gobierno ha sido fuerte en la vacunación infantil. Sin embargo, ya que en el último quinquenio por diferentes razones se ha presentado escasez en la disponibilidad de biológicos, existen reportes pobres de coberturas de vacunación en Polio y Tétanos y Triple Viral. Si existiese escasez de DPT -Difteria, Tosferina, Tétanos o de Td para la vacunación del adulto, nos podríamos encontrar en la situación vulnerable a la que llegaron, por ejemplo, varias de las nuevas repúblicas soviéticas en la década de los 90. Se reportaron entre 1990 y 1994 más de 47 mil casos y alrededor de 5 mil muertes. Esta es, entonces, una enfermedad que en cualquier momento pudiera ser reemergente si las condiciones así lo propician.

## Programas de Minsalud se trasladarían al Instituto Nacional de Salud

### Las buenas nuevas de la Ministra

Expresa el doctor Jorge Boschell, director del Instituto Nacional de Salud, que, si bien es cierto por efectos adversos de la Ley 100 no se ha dado el progreso que era previsible según los logros de años anteriores -no sólo en inmunizaciones sino en los programas de vigilancia-, se abre paso, en medio de las dificultades, una buena noticia para el país: "La nueva Ministra

de Salud tiene el proyecto de unificar los programas de salud pública que hacen el Ministerio y el Instituto Nacional de Salud. Estos ven duplicadas sus funciones y, en ocasiones, afrontan una competencia destructiva. La idea es concentrar el trabajo en el Instituto Nacional de Salud que, además, es donde está la cabeza de la red nacional de laboratorios, apoyo



Foto: Edwin Vélez

que resulta clave para esta labor. Se tendrá entonces una especie de "brazo armado" para

la salud pública del país. Dentro de los programas operativos fundamentales se destacan el

Programa Ampliado de Inmunizaciones, el de enfermedades transmitidas por vectores, Tuberculosis, Lepra, enfermedades diarreicas, enfermedades respiratorias y Zoonosis. La idea es reestructurar el Instituto para fortalecer todas sus acciones operativas, de epidemiología, laboratorio... Se intentará impulsar la vigilancia epidemiológica y, obviamente, la fabricación de vacunas. Una fortaleza, como se sabe, es que el Instituto produce ciertas vacunas del PAI, por ejemplo la vacuna Triple que, por cierto, se volverá pentavalente cuando se le agregue la Hepatitis B y el Haemophilus Influenza. Otra de las grandes ventajas que tiene Colombia es que

ha sido uno de los cuatro países productores de vacuna contra la Fiebre Amarilla en el mundo. Pero esa fortaleza tiene una amenaza: el desgaste de la planta de producción. Por eso se está buscando la financiación para renovarla. Sería importante lograr este propósito pues, gracias a esa disponibilidad de vacuna, Colombia es el único país que se ha salvado en América Latina de las epidemias selváticas de Fiebre Amarilla. Otro objetivo es agilizar la vacunación y en eso nuestro gran apoyo ha sido la Organización Panamericana de la Salud. De igual manera se reciben otros respaldos internacionales."

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

# Fíjese y verá que sí

No sólo la prensa da cuenta del creciente número de casos de enfermedades infecciosas en el país; también lo hacen los documentos oficiales. Ellos registran que en los últimos 6 años se está viendo un progresivo aumento de casos de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes.

Cuando en el Informe Quincenal Epidemiológico Nacional publicado el pasado enero ni siquiera se reportaba la difteria, ya hoy tenemos noticia de un número importante de casos ocurridos en el Valle de Cauca.

Igualmente el crecimiento de la Tuberculosis, dentro de las llamadas enfermedades reemergentes, es gravísimo; máxime si se tiene en cuenta que hoy por hoy no hay búsqueda activa de casos y es espantoso que se están diagnosticando por año, cerca de 10.000 nuevos, muchos de ellos ya con resistencia a los medicamentos.

Pareciera que en la práctica la salud pública ha dejado de existir y aunque ello parezca una de las consecuencias indeseables de la ley 100, el país tiene que atender con juicio tan delicado y preocupante problema.

Hay epidemiólogos y salubristas que pueden hablar con toda propiedad sobre lo científico y lo técnico de este asunto y es preciso escucharlos con atención so pena de caer en un problema mayor.

Es triste tener que admitir que en el país sí hay áreas donde ha habido un deterioro en las coberturas de los programas de vacunación y que seguramente y como en tantas otras cosas que requieren que se identifique un responsable, nadie lo es.

Resulta por lo menos curioso, por no decir irresponsable, que hasta hace solo un lustro, el país no tenía el problema que ahora afronta en materia de cobertura de vacunación, y este problema además de lo dramático en lo humano, es vergonzoso.

La OMS señaló al sistema de seguridad social colombiano como el más equitativo, aunque tiene buenas intenciones, particularmente en el aspecto redistributivo, así el médico no tenga paciente y el paciente no tenga médico, así toda la fuerza del dinero se esté yendo al asistencialismo, así su capacidad de impactar se haya quedado exclusivamente en la compraventa de servicios, así las acciones de promoción y prevención no reporten ningún beneficio económico a quien las realice y por eso no se hacen, así genere que se mire solo a lo que tiene perspectivas de dejar dinero a corto plazo como es el control de los precios y de las autorizaciones de atención.

Con la ley 100 y sus derivados hay tal vericuetos, que para lo elemental, lo más sencillo, lo de verdadero futuro para el país y sus gentes, lo de la prevención de la enfermedad, nadie sabe donde acudir para encontrarlo y de esta situación se aprovechan muchos. Se sabe de un número importante de Administradoras del Régimen Subsidiado que nunca han destinado nada o si acaso muy poco, para estas actividades.

Aquí al Ministerio de Salud y a la Superintendencia del ramo les cabe responsabilidad. Sería bueno saber qué acciones ha tomado la Supersalud ante el conocimiento que ella tiene de la omisión que, en la materia, presentaron más de la mitad de las ARS; y el Ministerio de Salud, por su parte, sólo hasta ahora comprometió al Instituto Nacional de Salud a estar al frente de la solución de semejante problema, que, aún aceptando lo que dijo la OMS de lo bueno y bonito del sistema, ésta falla si nos deja muy mal parados a nivel mundial. Y no es la ley 100, pero fíjese y verá que sí.

## Cartas a la Dirección

Santafé de Bogotá, septiembre 15 de 2000

**Doctor JULIO ERNESTO TORO RESTREPO Director Periódico EL PULSO**  
Me refiero a la entrega número 24 del Periódico EL PULSO, correspondiente al mes de septiembre del presente año, el cual he leído con toda atención. Destaco en primer lugar el material publicado en esta entrega en relación con "La salud mental abandonada", "Salud mental un grave problema de salud pública", "Salud mental y seguridad social" y, en general, todo el abundante material que está dedicado a la crisis de la salud mental en Colombia y su deficiente atención y falta de información en los programas de salud pública del país.

Estoy perfectamente de acuerdo en que la salud mental ha sido muy abandonado y tratado con despreocupación en los programas preventivos y asistenciales de la salud pública.

Felicito a usted por haber incorporado esta inquietud en las páginas de su importante periódico y deseo animarlo a seguir preocupado y tratando este tema de gran necesidad para la salud pública.

**Cordialmente HUMBERTO ROSELLI, Director Area Psicosocial, Facultad de Medicina, Universidad El Bosque, Bogotá**

Señores, Periódico EL PULSO

Como profesional de la salud y, más aún, como egresada de la Universidad de Antioquia, me siento supremamente orgullosa cuando leo los artículos publicados por ustedes.

En el número 23 –ejemplar que he ubicado en las carteleras de la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca- aparece el artículo sobre el Hospital Universitario Evaristo García de Cali. Es una fiel radiografía de la situación hospitalaria del sur occidente colombiano. Además, el sello lo da el artículo del doctor Julio Ernesto Toro relacionado con "la venta de los hospitales". Pero me preocupa que estemos viendo pasar el entierro y sólo estemos asistiendo al velorio. Qué será de la salud pública que en ninguna parte la vemos?, cuando hay un sistema que reduce la salud pública a un plan denominado de Atención Básica. A esto se le suma el lamentable ejercicio de las instancias de vigilancia y control, que ni delegan ni hacen, estando absolutamente centralizadas. ¿Qué hacer para construir algo entre aquellos que seguimos soñando, no sólo con un país en paz, sino con una población sana que tenga fuerzas para reivindicar su derecho al bienestar?

**Una fiel y agradecida lectora FLOR CUADROS OTERO, Cali**

## Las cooperativas de trabajo asociado en salud

Por: John Jairo Gómez Bernal

Especialista en Gerencia Social y en Gerencia para el Desarrollo de las PYME

Las Cooperativas de Trabajo Asociado son empresas **sin ánimo de lucro** y que por lo tanto no permiten la intermediación; son empresas autogestionadas donde el aporte más importante de los asociados es el **trabajo personal**. A propósito de las relaciones laborales en estas entidades, el pasado 1° de marzo del año 2000 se conoció la sentencia C-211/2000, mediante la cual la H. Corte Constitucional declara exequible en su integridad el artículo 59 de la ley 79 de 1988 que precisa: "En las cooperativas de trabajo asociado en que los aportantes de capital son, al mismo tiempo, los trabajadores y gestores de la empresa, el régimen de trabajo, de previsión, seguridad social y compensación, será establecido en los estatutos y reglamentos en razón de que se originan en el acuerdo cooperativo y, por consiguiente, no estará sujeto a la legislación laboral aplicable a los trabajadores(...)" Esta sentencia presenta una importancia enorme para el cooperativismo de trabajo asociado, ante los casos cada vez más numerosos de inconsistencias y atropellos por parte algunas de estas organizaciones con sus asociados y del mismo Ministerio del Trabajo para con las cooperativas en mención.

Tal situación obedece al aumento desbordado de este tipo de empresas no con fines de

autogestión, sino con el propósito de evadir responsabilidades de tipo prestacional y tributario, además de la obtención de lucro a través de la intermediación laboral, crecimiento tristemente promovido hasta por el mismo Estado.

Al declarar exequible el artículo en mención se reconoce de manera explícita la gran diferencia entre los trabajadores asociados y los empleados de una empresa. Así se abre el camino para que nosotros -que como asociados somos al mismo tiempo trabajadores, administradores y dueños de nuestra empresa asociativa y autogestionaria- defendamos nuestro derecho a regular las relaciones entre la cooperativa y sus asociados trabajadores, sin quedar inmersos en el Código Sustantivo del Trabajo que regula la legislación laboral por tener una característica totalmente diferente de los empleados de otros tipos de empresas. "**Declarar inconstitucional el trabajo asociado sería defender el trabajo propio de la economía de mercado o capitalista, que es al que se contraponen precisamente el cooperativismo como una alternativa para mejorar las condiciones de sus asociados frente a las que tendrían en una empresa con ánimo de lucro de la cual no son propietarios ni gestores, y en las que no se dan ni la democracia industrial ni la económica**".

Al reconocer que somos diferentes tanto en la concepción como en la clase de trabajo aportado, implícitamente tenemos la obligación moral y legal de defender nuestros regímenes de trabajo asociado, no sólo ante el ente regulador sino también denunciando a las cooperativas que falten al acuerdo cooperativo, y que no se sustentan en la filosofía, principios y valores del movimiento y que se comportan como empresas de empleo temporales o bolsas de empleo, explotando para el beneficio de unos pocos a los trabajadores que deberían ser considerados como asociados, pues "**deberá atenderse a la realidad de las relaciones laborales, de tal manera que si se verifica que lo que en apariencia es una relación derivada de la naturaleza de las cooperativas de trabajo asociado, es en verdad una relación laboral, es decir, contiene los elementos constitutivos de ésta, deberán aplicarse las normas generales del derecho laboral y no la regulación especial de estas cooperativas**".

Para el sector salud sí que es importante que nuestros asociados, directivos y administradores cumplan con este mandato de ley, so pena de ser sometidos a las disposiciones que para el efecto dicta la ley de "**imponer sanciones administrativas personales sin perjuicio de la responsabilidad civil a que haya lugar, cuando cualquier director, gerente, revisor, fiscal u otro funcionario o empleado de una entidad sujeta a la vigilancia del Superintendente (sic) de la Economía Solidaria autorice o ejecute actos violatorios del estatuto de la entidad, de alguna ley o reglamento o de cualquier norma legal a que el establecimiento deba sujetarse, el Superintendente de la Economía Solidaria podrá san-**

**cionarlos, por cada vez, con una multa de hasta de doscientos (200) salarios mínimos a favor del Tesoro Nacional. El Superintendente de la Economía Solidaria podrá, además, exigir la remoción inmediata del infractor y comunicará esta determinación a todas las entidades vigiladas**".

No continuemos disfrazando empresas de intermediación del trabajo, bajo el modelo cooperativo, como se está haciendo en la realidad con algunas cooperativas de trabajo asociado del sector salud, en donde la cooperativa contrata prestación de servicios profesionales y especializados, pero recurre a personal **no asociado** para evadir responsabilidades de tipo prestacional y tributario, teniendo la misma especialidad de trabajo que los asociados, violando la ley en forma sistemática y colocándose en un peligro inminente de ser intervenidas por un justo reclamo ante las inspecciones de trabajo de estos profesionales **no asociados**. Estos abusos efectivamente ocurren con ciertas cooperativas de servicios de salud de primer nivel que tienen profesionales médicos permanentes laborando sin ser asociados. A las cooperativas de trabajo asociado les está prohibido enviar trabajadores en misión. Esto es labor exclusiva de las empresas de servicios temporales.

La invitación es pues a que corrijamos estos "pecados" filosóficos y procedamos a enriquecer el movimiento fortaleciendo el sector del trabajo asociado, infiltrando los circuitos económicos con este tipo de empresas cuya racionalidad económica es más equitativa y justa que las actuales y rechazando el fomento de entes híbridos que sólo logran enturbiar y desacreditar al movimiento cooperativo.

## El marketing en los servicios de salud

**"Marketing es el conjunto de actividades humanas dirigidas a facilitar, crear, consumir y mantener relaciones de intercambio" Kotler**

Las razones por la que un artículo tan simple comienza con una definición son por un lado el hecho de que la palabra marketing es muy mal utilizada como sinónimo de ventas, relaciones públicas y otros conceptos vinculados más bien con la publicidad y la propaganda. Lo otro es la injustificada resistencia por algunos de este anglicismo, realmente imposible de traducir. Ya en España, cuna de nuestro idioma o en un país tan resistente a las innovaciones lingüísticas como Francia tienen muy claro que la palabra para *marketing* es *marketing*.

Paso seguido a estas claridades se esboza de la teoría del marketing y luego se tratará del marketing especializado, aplicado a los servicios de salud. El propósito final es relevar la importancia de este instrumento ya que ha jugado un papel muy secundario en las organizaciones no comerciales, especialmente aquellas dedicadas a la prestación de servicios, sobre todo en el sector salud a pesar del modelo gerencial,

tal vez por deficiencias en la formación de los administradores. Las actividades del *marketing* pueden entonces clasificarse en tres grupos: el mercado, la llamada mezcla de *marketing* o cuatro P y el proveedor, del servicio en nuestro caso.

Para el reconocimiento del mercado hay varias técnicas. Las más simples son la segmentación del mercado (conformación de un perfil del mercado) y los mercados objetivo.

El conocido anatema de las cuatro P se refiere a: el *Producto*, el *Precio*, el *Punto de venta* y la *Promoción*. Tal vez las ideas erróneas más comunes acerca del marketing surgen del hecho de confundirlo con la promoción (relaciones públicas, venta personal, publicidad, eventos, imagen, propaganda), que como queda claro es uno de los apartes de esta disciplina.

El estudio del proveedor enlaza con la toda la teoría administrativa. El gerente hace uso de las he-

ramientas gerenciales del ciclo de PODER (Planear, Organizar, Dirigir, Evaluar y Reestructurar). Pero el *marketing* ofrece por sí mismo una visión sistémica propia o Modelo de Sistema de *Marketing*, en que se analizan unas causas y unos efectos. Las causas se agrupan como controlables de parte del proveedor o mezcla de *marketing* (las cuatro P) y los factores situacionales, fuera de control de la organización, que se clasifican en seis grupos: demográficas, económicas, políticas, sociales, ambientales y tecnológicas. Los efectos a partir de las variables anteriores son las respuestas de comportamiento y las medidas de desempeño.

Este compendio teórico se refiere al *marketing* para fines de lucro de una organización. Partamos ahora entonces de la idea de transacciones monetarias y sociales, las primeras mediadas por el capital. En los intercambios sociales no se generan utilidades o beneficios mutuos, y allí surge

la idea de marketing especializada que se aplica a las organizaciones en que el capital no es la categoría económica organizadora. Se habla entonces de *marketing* de instituciones no lucrativas, *marketing* social, público, político, educativo, ecológico, deportivo, religioso, etc. En estos casos el estudio del Precio se dirige a la valoración de resultados intangibles que se obtienen como contraprestación como son el empleo del tiempo, esfuerzos, cambios en el estilo de vida, la psique de los individuos objetivo, etc.

Una de las confusiones más comunes cuando se aborda este tema es considerar el *marketing* social desde una perspectiva equivocada. En los textos de *marketing* corporativo se habla erróneamente de la utilización de causas sociales como estrategia publicitaria para aumentar las ventas y se llama a esto marketing social. Tampoco es lo mismo *marketing* social que marketing para instituciones no lucrativas, ni

menos aún se puede confundir con el *marketing* de servicios como suele ocurrir en el sector salud. El bagaje instrumental de toda la gerencia del servicio está enfocado a la consecución de lucro por venta de servicios como preconiza el modelo actual, en que la famosa facturación es un objetivo primordial sobre la salud de los usuarios.

El marketing social se refiere concretamente a una tecnología de gestión que persigue estimular y facilitar la aceptación de ideas o comportamientos benéficos para la sociedad por medio de campañas sociales. La utilidad de este instrumento se focaliza en el sector salud en la parte de la promoción y prevención de la salud y en la aplicación de medidas de salud pública. Bajo el modelo vigente los prestadores del servicio no están destinados a cumplir con estas funciones, sino que esto lo hacen determinadas ramas del ejecutivo en los niveles nacional, departamental y municipal.

Entretanto corresponde a los directivos del sector salud bajo el modelo gerencial apropiarse del discurso del *marketing* de servi-

cios, al igual que los prestadores particulares del servicio de salud y en cierta medida las aseguradoras. El estudio de esta modalidad de *marketing* no corresponde a este espacio, pero sí vale la pena aprovechar la inquietud que se haya podido generar con la lectura de este artículo para hacer dos recomendaciones finales: no confundir el *marketing* con lo que no es y desarrollar estrategias de *marketing* en las instituciones prestadoras de servicios de salud tratando en lo posible de razonar bajo una lógica no del todo monetarista, no colocando la humanidad o la equidad como fríos principios impracticables como se hace en la ley 100, sino haciendo de la práctica médica todo un desafío ético para las personas implicadas. Aunque finalmente, bajo el modelo y bajo la teoría como está concebida es muy difícil.

(Para elaborar este texto fueron muy útiles las notas y artículos de los profesores Efrén Barrera Restrepo de la Universidad de Antioquia y Carlos Salazar Vargas de la Universidad Javeriana).



El Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta, en un documento elaborado por consenso de más de un centenar de científicos, médicos, investigadores e instituciones internacionales recomendó aumentar el uso de los macrólidos y los beta-lactámicos como tratamiento para los casos de neumonía, causados por el 'streptococcus pneumoniae', ya que este microorganismo, comúnmente conocido como neumococo, ha ido aumentando su resistencia a la penicilina.

## Debate

### Posición del Ministerio de Salud

Según el Ministerio de Salud el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), es un programa bandera del Estado desde el año 1974 y ha respondido a retos tan importantes como la erradicación de la Poliomielitis. No obstante, se reconoce que las coberturas de vacunación han venido decreciendo, sin ser útiles desde 1997, año en que el proceso de descentralización municipal empieza a intensificarse, y se le brinda autonomía a los alcaldes para manejar los fondos de los programas salud pública a través de las secretarías de salud municipales y distritales. De la misma manera aparecen nuevos actores con la reforma del sector, que se convierten en administradores de los fondos del Estado para brindar las atenciones en salud a sus asegurados.

Otro factor difícil ha sido el desabastecimiento de algunas vacunas por la escasez en la producción mundial por ejemplo de la Antipoliomielítica (VOP), la vacuna contra la Difteria, Tétanos y Tosferina (DPT), y contra Sarampión Rubeola y Paperas (Triple Viral). Esta situación ha retrasado el suministro oportuno de insumos a nivel nacional.

Además de estos obstáculos de índole administrativa y técnica, la situación de orden público, y el recrudecimiento del conflicto armado que vive el país en más del 50% del territorio nacional, han limitado la accesibilidad a los servicios de vacunación. Existe para el personal de salud imposibilidad de ingresar a numerosas zonas. Teniendo en cuenta que la vacunación permite ganar muchos años de vida saludable, debiera estar por encima de toda confrontación, de tal forma que se pueda garantizar la protección permanente, no sólo de niños, sino de mujeres en edad fértil, comunidades alejadas, grupos indígenas y, en general, población vulnerable. Ya que en estas zonas, con alto Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, se favorece la aparición de brotes y epidemias de enfermedades prevenibles por vacunación.

### Metas

1. Alcanzar coberturas útiles de vacunación con todos los biológicos, en la totalidad de los municipios del territorio nacional, por encima del 95 %.
2. Erradicar el Sarampión en el año 2000. Actualmente la tasa de incidencia es del 0.2 x 100.000 habitantes. La meta es cero casos en el año 2000 y el 95% de cumplimiento en la jornada de seguimiento contra el sarampión. Erradicar el Sarampión constituye el principal reto del programa en este momento.



Foto: Archivo

Durante el año 1999 se llevó a cabo la jornada de seguimiento de la puesta al día de la vacuna Triple Viral para niños de un año de edad, y colocando refuerzos con antisarampionosa a niños menores de 5 años y a grupos de riesgo. También se hizo una búsqueda activa en 10 de las principales ciudades del país, para determinar la circulación del virus del sarampión, con resultados muy satisfactorios pues no existe virus circulando en territorio nacional. Hasta la semana 36 del año en curso no se ha reportado ningún caso y se intensificando la vacunación.

3. Consolidar la certificación de erradicación de la Poliomielitis. La tasa nacional es del 0%. Para tal efecto se lleva a cabo la vigilancia de las Parálisis Flácidas Agudas en menores de 15 años, cuya tasa es del 1.3 x 100.000. El monitoreo permanente de los indicadores de vigilancia y de coberturas de vacunación con VOP ha permitido mantener el territorio nacional libre de circulación de Poliovirus Salvaje desde 1991, año en que se presentó el último caso de Poliomielitis en Colombia.

4. Eliminar el Tétanos Neonatal. La tasa de incidencia observada para el país es del 0.015% en 1999. Para el logro de esta meta es necesario alcanzar coberturas de vacunación con Toxoide Tetánico Diftérico del 95% en mujeres en edad fértil en los municipios de riesgo. La estrategia de focalización y la vigilancia de los casos, ha permitido una disminución de esta enfermedad del 91% al finalizar la década de los 90. En el año anterior se presentaron 19 casos de Tetano Neonatal.

5. Mantener el control sobre las demás enfermedades inmunoprevenibles, que hacen parte del Programa Ampliado de Inmunizaciones como: Meningitis causadas por Haemophilus Influenzae, Hepatitis B, Rubéola y síndrome de Rubéola congénito, Tosferina, Difteria, Tétanos, Tuberculosis, Paperas y Fiebre Amarilla.

La infección por Hepatitis es uno de los problemas más importantes de salud pública en el mundo. El Ministerio de Salud incorporó al esquema regular la vacuna contra Hepatitis B desde 1994. La estrategia de control está basada en la vacunación a los menores de 10 años, recién nacidos en áreas reconocidas como endémicas y menores de cinco años en el resto del país. El monitoreo de las coberturas es una de las actividades claves en el proceso de control de la enfermedad.

Las infecciones causadas por Haemophilus Influenzae tipo B (Hib), son causa de Meningitis y de infección respiratoria baja en la niñez. En Colombia la incidencia de estas enfermedades es difícil de determinar debido a la ausencia de un sistema de vigilancia nacional sobre este germen, previo a la introducción de la vacuna. Sin embargo, un estudio del Instituto Nacional de Salud de Colombia ha reportado que aproximadamente el 50% de las meningitis bacterianas en menores de 2 años, son producidas por Hib. El Ministerio de Salud introdujo esta vacuna en mayo de 1998 como componente del esquema regular de vacunación. Actualmente el Ministerio, la Organización Panamericana de la Salud y el Instituto Nacional de Salud, adelantan un estudio para medir la efectividad de la vacuna Hib en Neumonías bacterianas.

Colombia es uno de los países donde aún existe transmisión de Fiebre Amarilla Selvática. El último brote urbano ocurrió en 1929, y el último brote selvático ocurrió en 1979. En Colombia el comportamiento endémico de esta enfermedad, registra un promedio de 3.7 casos en la última década. La alternativa más importante de prevención sigue siendo la vacunación. El país cuenta con una vacuna producida en el Instituto Nacional de Salud, cuya eficacia es cercana al 99% y brinda una inmunidad hasta por 30 años. Se aplica desde 1937. Actualmente se vacuna a la

## No se ha perdido la partida

**Erradicar el Sarampión constituye el principal reto del programa en este momento. Actualmente la tasa de incidencia es del 0.2 x 100.000 habitantes. La meta es cero casos en el año 2000 y el 95% de cumplimiento en la jornada de seguimiento**

población mayor de un año en zonas de riesgo y en las grandes ciudades a viajeros.

En el presente año, se inició una campaña de intensificación de vacunación del programa regular, el cual se está llevando a cabo en todo el país. El proceso de reforma del sector salud a partir de la

Ley 100 de 1993 ha generado grandes vacíos. Falta compromiso de muchos alcaldes quienes se constituyen en la principal autoridad de salud en el municipio, falta compromiso de las aseguradoras en el cubrimiento de la totalidad de la población... Con las Empresas Promotoras de Sa-

lud, por ejemplo, y con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se ha tratado de aumentar las coberturas a través de procedimientos de demanda inducida de obligatorio cumplimiento y se han adoptado normas técnicas y guías que permitan mejorar el trabajo.

### Tuberculosis

## Gravedad subvalorada

La incidencia de Tuberculosis, que en la era prequimioterápica (1850-1945) era de 600 por 100.000 habitantes en los países más desarrollados, descendió en la época postquimioterápica a 10 por 100.000 habitantes. Esta disminución que venía haciéndose progresiva en todo el mundo, y en especial en los países industrializados, se estancó a partir de 1984 debido aparentemente a la pandemia creciente del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. En ciertos países como los Estados Unidos, la enfermedad no solo detuvo su declinación sino que por primera vez, en la segunda mitad del siglo, produjo un aumento significativo de casos nuevos. Por tal razón se habla de la Tuberculosis como una enfermedad reemergente. Situación completamente cierta para ese país, pero no válida para el resto de países subdesarrollados, en donde no reapareció, debido a que nunca se había controlado. En estos países la Tuberculosis siguió ganando terreno en la medida en que las condiciones sociales y económicas de la población se deterioraban y que el interés por parte de los gobiernos para hacerle frente a esa patología se debilitaba.

● En Colombia, a diferencia de la mayoría de los países del mundo, no ha aumentado la Tuberculosis en el curso de los años, por el contrario se aprecia un descenso permanente a partir de 1970, cuando era de 58.6 casos por 100.000 habitantes, hasta 26.5 en 1999. El número de casos fue de 12.522 en 1970 y de 10.999 en 1999. Esta tendencia hacia la disminución no es cierta y se debe a que desde esa época se ha reducido la búsqueda de Sintomáticos Respiratorios con la consecuente rebaja de número de casos diagnosticados.

● Vale la pena destacar que durante los últimos 12 años se ha estancado la búsqueda de casos mediante las baciloscopias de esputo, pues de 206.577 se pasó a 181.825 personas examinadas, a pesar del aumento de la población.

● La Tuberculosis, en la actualidad, es la enfermedad infecciosa más importante en el mundo. Se considera que anualmente aparecen en los países de 8 a 10 millones de individuos con la enfermedad y que de éstos fallecen alrededor de 3 millones. Se calcula en cerca de 2.000 millones la cifra de afectados, es decir la tercera parte de la humanidad. Para el año 2000 se esperan 11 millones de nuevos casos por año y una mortalidad anual de cerca de 4 millones de enfermos tuberculosos.

● Según todo esto se concluye que la Tuberculosis constituye un grave problema, existiendo, no obstante, métodos preventivos para evitar su incremento en la comunidad, como el de cortar la cadena de transmisión de enfermo a

sano mediante la búsqueda y localización precoz de los casos y mediante su tratamiento adecuado y oportuno.

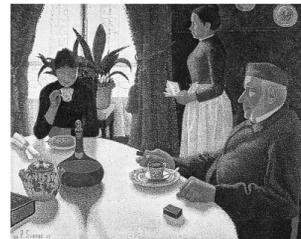
● En Colombia la transición hacia el nuevo sistema de salud ha ocasionado una disminución en el uso de los servicios de salud por parte de los pacientes pertenecientes a los programas de salud pública, dado que no hay claridad en relación con las competencias y responsabilidades en cuanto a atención, existe desconocimiento por parte de los nuevos actores para el manejo de la tuberculosis en el Plan de Atención Básica (PAB) y en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Ha existido también una falta de claridad en las normas vigentes debido, entre otras cosas, a la continua expedición de nueva reglamentación y al enfoque eminentemente financiero, a las dificultades en la contratación y la oportunidad en los pagos. El manejo de la Tuberculosis era completamente vertical desde el Ministerio de Salud hasta los Centros y Puestos de Salud, lo que aseguraba una responsabilidad estatal exclusiva y un manejo menos disperso.

● El recrudecimiento en el país se ha relacionado también con el incremento de la pobreza, el crecimiento de poblaciones marginales, el aumento de migraciones, el debilitamiento de los programas de control, la falta de voluntad política y la precaria educación de los pacientes. El programa de prevención y control de tuberculosis exigió un replanteamiento y se estableció un enfoque gerencial para su manejo dentro del nuevo sistema. El compromiso es de todos los sectores de la sociedad, con una mayor participación comunitaria en la regulación, control y ejecución del mismo.

● Si equidad es "igual acceso a los servicios disponibles ante una necesidad igual; igual utilización ante una necesidad igual, igual calidad de atención para todos", sería previsible que todas las personas obtuvieran una atención similar. Sin embargo, los pacientes afiliados al régimen contributivo son atendidos en un contexto en el que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tienen una mayor capacidad de negociación con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), y una Unidad de Pago por Capitalización (UPC) mayor que la del régimen subsidiado. Los pacientes que son atendidos en este último régimen, al estar sometidos al techo presupuestal impuesto por la Unidad de Pago por Capitalización Subsidiada (UPC-S), pueden no recibir todos los servicios según su necesidad. Por último, la prestación de los servicios de los pacientes vinculados, depende del subsidio a la oferta que todavía funciona en esta etapa de transición, en momentos en los que hay crisis hospitalaria y dificultades en la facturación de los servicios.

**“Los pacientes afiliados al régimen contributivo son atendidos en un contexto en el que las EPS tienen una mayor capacidad de negociación con las IPS, y una Unidad de Pago por Capitalización mayor que la del régimen subsidiado. Los pacientes que son atendidos en este último régimen, al estar sometidos al techo presupuestal impuesto por la Unidad de Pago por Capitalización Subsidiada (UPC-S), pueden no recibir todos los servicios.”**

Los bebedores de café en exceso integran el grupo de riesgo de desarrollar artritis reumatoide, según un trabajo publicado en *Annals of the Rheumatic Diseases*. Éste es el resultado de investigaciones hechas por un equipo de científicos del Instituto Nacional de Salud Pública, en Helsinki, Finlandia, sobre la relación entre el consumo de café y el anticuerpo principal que marca el riesgo de artritis, denominado factor reumatoide.



## Debate

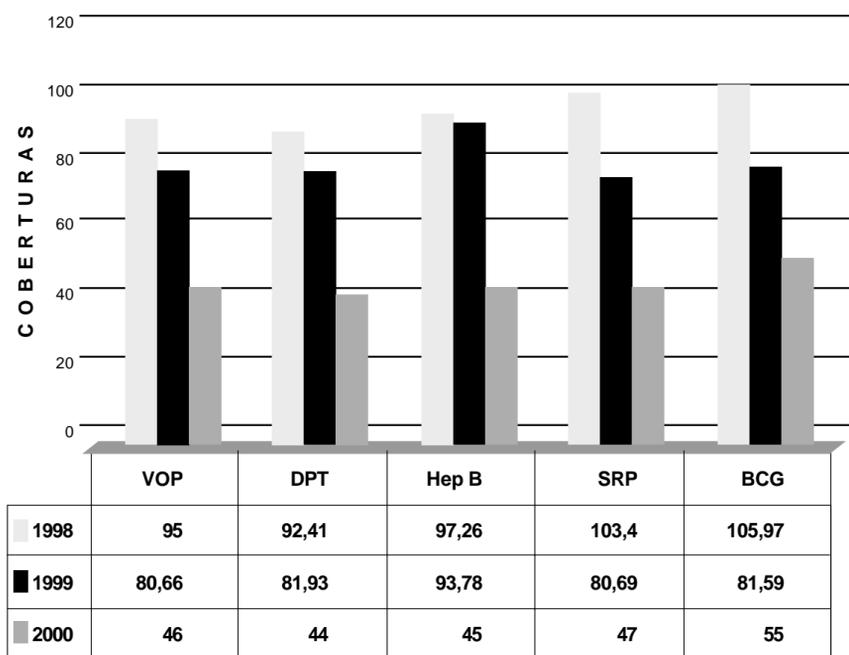
Municipio de Medellín

# De la crítica a la propuesta

Según el doctor Antonio Abad, director de Salud Pública de la Secretaría de Salud de Medellín, se redoblan esfuerzos para un mejoramiento general del Programa Ampliado de Inmunización, haciendo énfasis especial en la unificación de criterios de trabajo de los diferentes actores del sistema. En coincidencia con este propósito, se creó un comité interinstitucional del que participan, además de la Secretaría, la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, representantes de las aseguradoras, de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de la academia. De otro lado, la doctora Angela Gaviria, coordinadora del PAI en la Secretaría, comenta se proponen cumplir con la meta de vacunación del 95%, siempre y cuando el Ministerio de Salud se comprometa a enviar el 100% del pedido de biológicos. La Secretaría hace énfasis en la importancia de varias estrategias de trabajo: La vacunación casa por casa, la vacunación institucional, la vacunación por concentración en establecimientos educativos y otros lugares similares, y la inducción de la demanda por parte de las aseguradoras. Un punto crítico es el análisis de la información. En este sentido se sugiere:

- Mejorar el análisis de las coberturas. Este se realiza teniendo en cuenta la dosis aplicada y lo ideal es poder hacerlo por esquemas de vacunación terminados. El dato que suministra

### EVOLUCION DE LAS COBERTURAS MEDELLÍN 1999 - JUNIO 2000



El acumulado a junio de 2000 es de 47.49%

VOP: Polio

SRP: Triple viral: Sarampión, Rubeola, Paperas.

DPT: Difteria, Tosferina, Tétanos

BCG: Tuberculosis

Hep B: Hepatitis B

el software sobre esquemas de vacunación terminados es subjetivo, ya que las instituciones no hacen un reporte completo.

- Para mayor certeza de las coberturas "reales" debe fortalecerse la Historia Individual de Vacunación en todas las instituciones que la efectúan, acorde con el Registro Individual de Atención, RIA.

- Al elaborar la base de datos de la Historia Individual de Vacunación puede haber un mejor análisis, ya que se dispondrá de coberturas por comunas o barrios (georeferenciadas), esquemas de vacunación por grupos de edad, análisis del programa de vacunación por cada aseguradora, esquemas terminados etcétera.

- El reporte mensual que realizan algunas instituciones se hace por escrito y no por medio magnético, por lo cual se espera que la Dirección Seccional de Salud del Departamento capacite a todas las instituciones en el manejo del software denominado Paisoft. Eso agilizaría los procesos.

## Versión de Metrosalud: "Deben garantizarse los biológicos"

Según Miriam Melguizo Yepes, Coordinadora del Programa Ampliado de Inmunización, PAI, en la ESE Metrosalud, Medellín, en la última década la ciudad alcanzó cobertura de vacunación del 90% de todos los biológicos con excepción del tóxico Tetánico y Diftérico. Se ha tenido un significativo impacto sobre el control de las diferentes enfermedades principalmente la Poliomielitis, el Sarampión y el Tétanos Neonatal. A la luz de la Ley 100 de 1993, empieza a cambiar el panorama en cuanto a cobertura de vacunación se refiere dado que la oferta de biológicos se restringe dependiendo del régimen de afiliación a la seguridad social que se tenga. Además, el suministro de vacunas por parte del Ministerio de Salud es irregular, afectando la continuidad en los esquemas de vacunación y por lo tanto ocasionando la pérdida del impacto logrado durante años mediante la utilización de estrategias como la vacunación casa a casa, la canalización, las jornadas de vacunación y principalmente el programa regular de vacunación institucional con suministro permanente. Actualmente, Metrosalud es una Empresa Social del Estado del Municipio de Medellín, prestadora de servicios de salud y que por lo tanto debe cubrir la población vinculada no afiliada a los regímenes contributivo o subsidiado, por convenios suscritos con la Secretaría de Salud. La dificultad mayor que actualmente se afronta es el escaso e irregular suministro de biológicos por parte del Ministerio de Salud, con la pérdida en la continuidad en los esquemas de vacunación y por lo tanto del control alcanzado sobre las enfermedades objeto del programa. La vacunación ha controlado nueve enfermedades mayores: Viruela, Difteria, Poliomielitis, Sarampión, Pertusis, Tétanos, Fiebre Amarilla, Parotiditis y Rubeola; de las cuales ha erradicado una, la Viruela y se encuentra en vía de erradicación otra, la Poliomielitis. Se calcula que la vacunación evita dos millones de muertes infantiles cada año. Los programas nacionales de inmunización en las Américas han tenido y siguen teniendo un gran impacto en la reducción de la morbilidad y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles. El Plan Ampliado de Inmunización es un componente fundamental dentro de las estrategias de atención básica de la salud de la población. Entre sus prioridades están erradicar del Sarampión, mantener los países libres de la circulación del poliovirus salvaje, controlar el Tétanos Neonatal como un problema de salud pública y la accesibilidad de toda la población a las vacunas existentes. Actualmente la mayoría de los países administran por lo menos 6 vacunas para prevenir algunas de las principales enfermedades que son causa de morbilidad y mortalidad en los países en desarrollo (Polio, Tosferina, Tétanos, Sarampión, Difteria, Tuberculosis, Rubeola y Haemophilus Influenzae). Durante la última década, a nivel regional y hasta 1997, las coberturas de vacunación alcanzaron niveles hasta del 98%. Durante 1999, las coberturas de vacunación para menores de un año, sólo alcanzaron un 81% para Antipolio, DPT Y BCG en la ciudad de Medellín. Los procesos de descentralización y la reforma del sector salud exigen, según Miriam Melguizo, la reformulación de las estrategias de inmunización y vigilancia en relación con las enfermedades inmunoprevenibles, a fin de mantener y aumentar las coberturas de vacunación y llevar las vacunas tradicionales a personas que viven en las zonas alejadas y a sectores subatendidos de la población de zonas urbanas y periurbanas. La creación de una red de servicios sin importar el régimen de afiliación, con oferta del mismo en forma permanente, mejoraría la accesibilidad y garantizaría la protección y recuperación del impacto alcanzado en años anteriores.

## Alerta de Difteria

El doctor Helí Salgado Vélez, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, hace las siguientes consideraciones para inducir la acción oportuna del sector de la salud:

1. El Cali se ha comprobado la presencia de Difteria.
2. Es posible la diseminación de la infección.
3. El período de incubación de la Difteria es de sólo 2 a 5 días y el período de respuesta a la vacuna es de 7 a 12 días.
4. La morbilidad de la Difteria es alta pues exige dos semanas de reposo en caso de diagnóstico clínico, debido al riesgo de miocarditis.
5. La mortalidad general de la Difteria en la población es como mínimo del 5% y, entre los mayores de 15 años, es cercana al 18%
6. No se dispone en el mundo de una sola dosis de antitoxina diftérica, único tratamiento.
7. Existe una vacuna barata, eficaz y disponible en el medio.

## Sugerencias

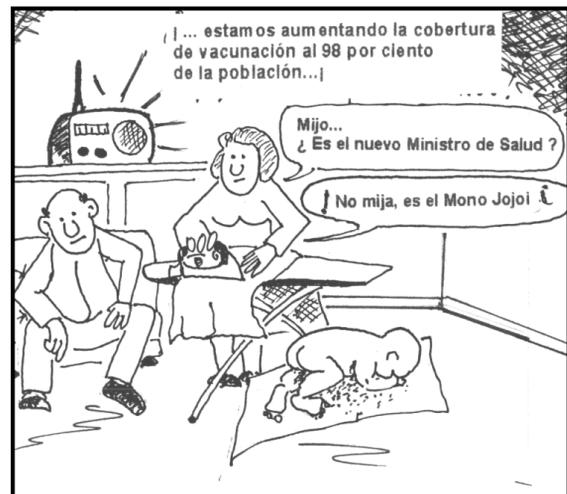
Iniciar una motivación para la vacunación con el biológico Td (combinación de los toxoides tetánico y diftérico para adultos) teniendo como pautas generales las siguientes:

1. Las personas que recibieron el esquema inicial de las tres dosis o el refuerzo en los últimos cinco años no necesitan vacunarse, están bien protegidas.
2. Las personas que se vacunaron o recibieron el refuerzo hace más de cinco años pero menos de 10 años, deben recibir una dosis Td de refuerzo.
3. Aquellas personas vacunadas hace más de 10 años, o que no saben si han sido vacunadas, deben recibir una dosis inicial de Td y una segunda dosis al cabo de un mes.

## Resistir no es un mérito, es necesario generar un cambio

Según expresa el doctor Carlos Aguirre, médico infectólogo del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, en el desarrollo de las acciones de vacunación, concretamente las referidas al Plan Ampliado de Inmunización, han existido diversas dificultades, entre ellas, la ya conocida escasez de suministros de los productos biológicos esenciales, debido, entre otras cosas, a desequilibrios del nuevo sistema de salud. No ha existido la solvencia económica necesaria e, igualmente, ha fallado en la parte técnica y operativa. Así mismo, el conflicto armado ha ocasionado grandes movilizaciones y el crecimiento de los cinturones de miseria. En varias ocasiones se ha presentado también el robo de los biológicos. Por todo esto la inmunización de muchos niños sigue incompleta. De no garantizarse la permanencia de estos suministros podrían resurgir enfermedades que estaban relativamente controladas. En el caso concreto de Antioquia se está presentando una epidemia de Tosferina, aunque los medios para diagnosticarla con certeza también han escaseado. Tenemos igualmente alerta por Difteria. El Programa Ampliado de Inmunización es muy importante y se ha fortalecido con la inclusión de nuevos biológicos. Hacia el futuro se estudia la posibilidad de contar con vacunas contra varicela y meningococo. Es importante que estas preocupaciones confluyan en un diseño adecuado de políticas y desempeños que permitan, al menos, recuperar los buenos niveles de cobertura que existían en el país.

## Aumentos de cobertura en vacunación





El Gobierno designó como nuevo presidente de ECOSALUD al abogado bogotano Daniel Hernández Galindo, quien se desempeñaba como presidente de IFI Leasing. El funcionario, de 38 años, es egresado de la Universidad Pontificia Javeriana donde cursó Derecho y especializaciones en Derecho Financiero y en Socioeconomía. Ha sido presidente de Multileasing S.A, gerente administrativo y financiero de Confinanciera, gerente jurídico y secretario general del grupo Seguros Bolívar, gerente de Inversiones Delta Bolívar, vicepresidente de la Corporación Financiera y abogado, entre otras, de diversas compañías de financiamiento comercial.

## OBSERVATORIO

# Avances del sistema de seguridad social en salud

Jairo Humberto Restrepo Zea

Centro de Investigaciones Económicas U. de A.

El Observatorio está dedicado en esta oportunidad a presentar una síntesis sobre los principales aspectos, relacionados con cobertura y financiación, que hacen parte del informe del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud -CNSSS-, presentado en julio pasado al Congreso de la República.

### Balance global del Consejo

El informe presentado este año no ofrece un panorama global sobre los avances del sistema ni el balance de actividades del propio Consejo, como se había hecho en otras ocasiones; de igual modo, el informe carece de conclusiones y recomendaciones. Solamente en la introducción se presenta lo siguiente, a manera de una declaración sobre las bondades del sistema, pero que no aparecen bien documentadas ni están demostradas en el informe, y las mismas son objeto de algunos matices y discusiones técnicas:

"En términos generales, se puede afirmar que en la actualidad se tiene un aumento real en cobertura tanto de la población contributiva como de aquella sin capacidad de pago (...); mayor solidaridad, reflejada en la contribución de los trabajadores dirigida a garantizar la afiliación de la población pobre; y, en relación con la eficiencia, en la medida que las diferentes entidades promotoras de salud han venido introduciendo modelos de organización y prestación de servicios dirigidos a incentivar una mejor calidad con una mayor racionalidad del gasto." (sic.)

### Cobertura de EPS: Estancamiento, ¿sí o no?

Aún se requiere mayor claridad en el país acerca de la cobertura en el régimen contributivo. Si bien por primera vez se admite oficialmente que la cobertura solo llega a 13.6 millones de personas, contrario a los 16.7

pleo, unidas a la financiación del régimen contributivo (contribución sobre nómina e ingresos declarados), hacen que la cobertura se mantenga anclada sobre la población urbana y ocupada en los sectores y empresas más formales de la economía.

Si se comparan las cifras sobre población compensada, que es la información más importante para determinar quiénes realmente pueden recibir atención en salud a cargo de las EPS, los dos últimos informes del Consejo permiten afirmar que hay un estancamiento y, más aún, que se registró un reducción en el número de cotizantes del 2.7%, mientras el grupo familiar aumentó de 2.31 personas por cada cotizante en 1998 a 2.4 en 1999.

### La misma gente que se cambia de EPS

La información suministrada este año por el Consejo también enseña que si bien la población

sigue siendo la misma en términos numéricos, continúa una recomposición de la oferta con la participación creciente de las EPS privadas y la caída en las EPS públicas, particularmente el ISS. Igualmente, se observan cambios importantes dentro de las EPS privadas, los cuales merecen ser analizadas en términos de las preferencias de los afiliados y los resultados que ofrecen estas entidades en términos financieros, de mercadeo y prestación de servicios.

### Salud para los pobres

En cuanto al régimen subsidiado, el Consejo informa una cobertura de 9'376,376 personas en abril de 2000. Se destacan dos hechos importantes sobre la estructura del régimen en cuanto a su financiación y gestión: por una parte, el costo anual de esta cobertura asciende a 1.24 billones de pesos, de cuyo monto el 38% es financiado con recursos de la subcuenta de solidaridad del Fosga, el 34% con las transferencias municipa-

les, el 16% con el situado fiscal, el 3.4% con las rentas cedidas, el 3.9% con recursos propios de las entidades territoriales y el 4.81% con recursos de las Cajas de Compensación Familiar.

Por otra parte, la oferta de aseguramiento en este régimen es muy diversa y se reúne en los siguientes grupos de entidades: 9 EPS privadas, 8 públicas y 1 mixta, las cuales en conjunto reúnen al 40.2% de la población afiliada; 178 Empresas Solidarias de Salud, con el 39.5% de la población y un promedio de 20,723 personas por entidad; y 38 Cajas de Compensación Familiar con el 18.7% de los afiliados.

### ¿Cuánta plata... hasta dónde?

La lectura del informe deja varios hechos preocupantes que amenazan la estabilidad financiera del sistema y la continuidad del mismo en las condiciones actuales. En primer lugar, se acentuó la tendencia de reducción en el saldo de la compensación en el régimen contributivo (la diferencia entre recaudos de la cotización y pago por capitación en EPS), de manera que luego de haber obtenido un superávit cercano a los \$ 500,000 millones, en 1999 el resultado positivo solamente ascendió a \$ 43,000 millones y en los primeros cuatro meses de 2000 se alcanzó un déficit de \$ 68,000 millones.

Esta situación hace que el propio Consejo reconozca que es una "tendencia que debe ser monitoreada permanentemente, y tenida en cuenta para definir la conveniencia de disponer nuevas erogaciones con cargo a la subcuenta de compensación (...) se hace necesario analizar los contenidos del Plan Obligatorio de Salud, evaluar los costos para los grupos etáreos y definir las nuevas realidades del Régimen

Contributivo sobre la base de su equilibrio y sostenibilidad".

En estos términos, la amenaza sobre el régimen contributivo es doble: por una parte, el equilibrio del sistema a nivel macro está en peligro por la reducción o estancamiento de los cotizantes y por la caída en el ingreso real de los mismos; para 1999 se encontró un ingreso promedio de 2.09 salarios mínimos para la población cotizante, cifra que merece ser contrastada con los cálculos iniciales que sirvieron de soporte a la reforma y con la proyección para los próximos años. Por otra parte, a nivel micro las EPS están amenazadas frente a la evolución del gasto en servicios y el comportamiento de la UPC, previniéndose entonces ajustes de diverso tipo: aumento de copagos y cuotas moderadoras y mayores limitaciones en los contenidos del POS, entre los más destacados.

En cuanto al régimen subsidiado, el informe también apunta unos hechos básicos que constituyen llamados de alarma para dar continuidad a la cobertura:

"En la actualidad el aumento de la cobertura en el régimen subsidiado tiene serias limitaciones financieras, lo cual no permite garantizar en un corto plazo la universalidad de la cobertura. Estas limitaciones tienen relación con la disminución de los aportes del Presupuesto Nacional a la Subcuenta de Solidaridad y en concreto lo aprobado en el PND en relación con dejar sujetas nuevas apropiaciones a la disponibilidad presupuestal, la evasión de aportes en el Régimen Contributivo que afecta directamente los recursos de solidaridad, y las dificultades presentadas en relación con la transformación de subsidios de oferta en subsidios a la demanda".

jairo@catios.udea.edu.co

### Régimen contributivo: Población compensada 1998, 1999

Entidad	Afiliados 1998	Afiliados 1999	Var. %	Densidad Salarial	Grupo Familiar
<b>EPS PÚBLICAS</b>					
ISS	7'330,463	6'349,957	-13.4	1.90	2.24
Cajanal	549,196	559,883	1.9	2.90	2.25
Caprecom	129,087	117,366	-9.1	4.06	2.55
Otras EPS públicas	293,688	344,586	17.3		
Subtotal EPS Públicas (*)	8'302,434	7'371,792	-11.2		
<b>EPS PRIVADAS</b>					
Saludcoop	693,621	1'171,587	68.9	1.39	2.84
Coomeva	448,698	670,669	49.4	2.08	2.62
Famisanar	366,186	482,085	31.6	2.29	2.64
Susalud	801,391	466,850	-41.7	2.54	2.42
Unimec	410,285	314,501	-23.3	1.99	2.95
Salud Total	n.d.	250,440		1.36	2.85
Cafesalud	139,273	243,482	74.8	2.25	2.61
Cruz Blanca	173,851	241,814	39.1	1.47	2.53
Salud Colmena	194,191	220,010	13.3	3.12	2.59
Sanitas	139,273	203,267	45.9	4.30	2.35
Otras EPS privadas	760,671	926,751	21.83		
Subtotal EPS privadas	4'127,440	5'191,456	25.8		
<b>TOTAL</b>	<b>12'429,874</b>	<b>12'562,848</b>	<b>1.1</b>	<b>2.09</b>	<b>2.40</b>

(\*): Incluye entidades adaptadas.

Fuente: Informes del CNSSS, julio 1999; julio 2000.



### 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.

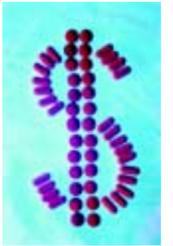
#### - DISEÑO, MONTAJE Y OPERACIÓN DE LAVANDERÍAS.

#### - PROYECTOS DE LAVANDERÍA "LLAVE EN MANO".



Conmutador: (4) 381 22 11 Cl. 25A No. 43B - 61 Fax: (4) 26242 54

Frente a la problemática de la evasión al sistema de seguridad social, calculada en 264 mil millones de pesos anuales, el Ministerio de Salud adoptará varios sistemas de control, entre ellos, la constitución de un Registro Único de Aportantes (RUA) que permita vigilar los pagos de los ciudadanos; la conformación de una central única de recaudos que tenga, entre otras funciones, la búsqueda activa de nuevos afiliados y la sanción a las entidades de prepago que no exijan la afiliación y el pago al régimen contributivo.



La reforma al sector salud generada con la aplicación de la Ley 100 de 1993 tiene en Antioquia dos períodos bien diferenciados: una luna de miel de 1995 a 1997, y una amarga luna de hiel a partir de 1998, con serio peligro de prolongarse. Esta afirmación la hizo el director del Centro de Investigaciones Económicas de la Universidad de Antioquia, Jairo Humberto Restrepo Zea, también coordinador del "Monitoreo local de la reforma al sector salud en Antioquia", al presentar este trabajo realizado mediante convenio con la Dirección Seccional de Salud, durante más de un año de investigación en 117 municipios, con menos de 50.000 habitantes.

Por: Olga Lucia Muñoz López  
Periodista

## Monitoreo al sector salud en Antioquia Una reforma con luna de miel y de hiel



Foto: Edwin Vélez

### De miel

La gran conclusión es que después de cinco años de funcionamiento del nuevo sistema, se ha demostrado que la reforma sí partió en dos momentos la historia del sector salud: antes y después de la Ley 100, y desde el momento en que entró en vigencia la reforma, Antioquia ha atravesado dos períodos típicos: uno de ilusión presupuestaria o luna de miel, y otro de déficit creciente.

El primero de ellos se caracterizó por un aumento en todos los órdenes: en recursos públicos disponibles, cobertura, oferta y prestación de servicios, personal asistencial, hospitalizaciones, consultas, ayudas diagnósticas, partos institucionales, atención de urgencias 24 horas, compra de suministros y salarios para personal asistencial del sector oficial.

● El aumento de 72% en recursos públicos con destinación a salud, no tiene antecedentes en América Latina, ya que pasó de \$212.509 a \$366.000 millones de pesos en 1997; en cobertura, a 1'120.000 personas afiliadas en el régimen contributivo se adicionaron sus familiares, elevando la cifra hasta 1'940.782 personas, y manteniéndola relativamente estable hasta hoy.

● La planta asistencial de los hospitales pasó de tener 3.103 plazas en 1993 a tener 509 nuevas plazas, de las cuales 262 son médicos.

● Las hospitalizaciones aumentaron un 82%, al atender patologías no tratadas con este protocolo, y el número de consultas también creció, pero con un índice de concentración por persona de 2.2 a 2.7% por año.

● En análisis de mercados, se detectó que en el 80% de los municipios antioqueños hay más de tres EPS, pero que en todos ellos hay una dominante, que atiende la mitad o más de la población, en régimen contributivo; en régimen subsidiado por su parte, aparentemente hay más concentración, porque un 82% está afiliada a una ARS.

● También se detectó que el 80% de la oferta de médicos generales es de instituciones públicas y el 19% es privada, y que en el 74% de los municipios sólo existe uno o dos prestadores de servicios de salud.

● Entre 1993 y 1999, el personal asistencial copaba el 52% de la planta total de un hospital típico, y sus salarios aumentaron en un 38% (médicos 49%,

odontólogos 31% y enfermeras 20%); entretanto, como el nuevo sistema de salud demandaba administración, el personal no asistencial aumentó en 885 plazas, con gran alza en salarios por corresponder a cargos directivos, entre gerentes, subgerentes y otros. Los médicos jefes aumentaron de 31 a 117, los auxiliares administrativos de 491 a 1.028, y en saneamiento 103 plazas pasaron a depender del municipio.

● Los ingresos aumentaron de forma importante: en 1993, todas las ESE de Antioquia tenían ingresos por \$101.000 millones de pesos, y en 1997 ascendieron a \$191.000 millones, o sea casi un 90%. Por consiguiente, aumentó el gasto: un hospital necesitaba en 1993, por ejemplo \$98.000 millones de pesos para su funcionamiento, y hoy día, \$260.000 millones, o sea casi 3 veces más; el gasto ha crecido en forma importante en financiación de suministros y atención de urgencias (que representan casi el 80% del gasto total en funcionamiento). Por procedencia de los recursos financieros, casi el 90 por ciento procedía del situado fiscal, y hoy día provienen considerablemente de la venta de servicios.

### De hiel

Este halagador panorama empieza a desdibujarse hacia 1997, y al año siguiente comienza la que se ha denominado la luna de hiel, que todavía no culmina, y que tiene diversas manifestaciones.

El ingreso de nuevos recursos financieros se estancó o disminuyó, y se consolidó la concentración del mercado en cinco EPS dominantes (Susalud, Saludcoop, Coomeva, Comfenalco y el ISS), con 80% de todos los afiliados en el régimen contributivo, y la presencia limitada de ARS en los municipios. El déficit financiero de los hospitales se agudiza, y la calidad y el acceso a los servicios de la población vinculada sufre limitaciones; también se estancó el número de afiliados, tanto en el régimen contributivo como subsidiado, con muy leves aumentos hasta 1999, y peor aún, con buena parte de la población trabajadora cotizante adscrita al régimen subsidiado y no al contributivo.

En recursos asistenciales, hacia 1998 hubo ligera reducción del número de plazas, y disminuye la contratación de enfermeras por desmonte de los equipos regionales de promoción y

prevención; sin embargo, en el período siguieron aumentando los cargos administrativos que demandaban salarios más altos, y contribuían así al déficit financiero. En concepto de Jairo Humberto Restrepo, la crisis de los hospitales apenas comienza, especialmente en los de segundo nivel, porque desde 1998 se han visto abocados a déficits de funcionamiento, y han arrojado un comportamiento negativo para todo el período; éste déficit viene siendo cubierto en parte por transferencias, pero ya que se anuncian nuevos recortes en este rubro, las perspectivas no son las mejores.

### Conclusiones

El monitoreo permite varias conclusiones:

1. La reforma ha tenido dos caras: un aumento de recursos nuevos para salud a partir de 1995, con \$145.000 millones de pesos (en pesos de 1999), y de otro lado, una transformación institucional bastante costosa, mientras los

ingresos se estancaban o se reducían. Las ARS creadas absorbieron como mínimo \$21.000 millones de esos recursos para el régimen subsidiado; la creación de Direcciones Locales de Salud absorbe otra buena porción en costos administrativos, y la adopción del modelo de ESE en los hospitales, absorbe casi \$13.500 millones de pesos, también en costos administrativos. La adecuación de nuevos protocolos y las nuevas cotizaciones a seguridad social también cuestan, y la nivelación de salarios está costando más o menos \$30.000 millones de pesos cada año. En resumen: al menos 60% de esos \$145.000 millones de pesos, fueron absorbidos por costos administrativos del nuevo sistema de salud. La pregunta es: ¿Cuánto se gana en términos de servicios? Y ¿Hasta dónde se puede continuar con los gastos de este sistema, mucho más costoso que el anterior a la Ley 100?

2. Se plantean dilemas de cobertura: ¿Cubrimos más población u ofrecemos más servicios? En Antioquia ya hay 1'100.000 per-

sonas en régimen subsidiado, pero falta por lo menos otro millón de personas por afiliar, que técnicamente tienen seguridad social o está vinculada, pero que en realidad no es así. ¿Cómo afiliarlos? ¿Con un nuevo mecanismo que asegure su atención? Se mantiene así el dilema clásico: ¿Ofrecemos unos servicios para todos? ¿O todos o al menos muchos servicios para unos pocos? Otro dilema es el de aseguramiento y prestación de servicios en la población afiliada al régimen subsidiado: ¿Procuramos afiliarlos pese a las dificultades, o se crea un mecanismo para que aseguren su acceso de otra manera?

3. En caracterización de mercados, debe atenderse la regulación y la creación de los llamados "cuasi-mercados" o de alternativas mediante contratos de gestión, donde las Direcciones Seccionales de Salud se fortalezcan como compradores de servicios y negocios, ya que se acerca un período largo de 3 a 5 años como mínimo, de grandes dificultades para el régimen subsidiado.

4. En cambios presentados en los hospitales, ya se advirtieron los graves riesgos financieros, porque durante el período de aumento de ingresos se adquirieron grandes costos fijos, aunque los ingresos estuviesen condicionados por la capitación y otra forma de pago; no se observan perspec-

tivas de crecimiento de los ingresos, y no bastan soluciones coyunturales como los convenios de desempeño, porque la crisis es estructural: hay hospitales con superávit, otros que se sostienen y los más con una situación muy complicada, ya que aunque recuperen todas las cuentas por cobrar pendientes, no alcanzan a superar su problema económico.

Una vez terminado este monitoreo, se concluyó que la propuesta ahora es continuar el trabajo de investigación con base en las llamadas Fichas Municipales, donde se registre la información básica del sistema de salud, año a año. Y en materia de Ley 100, estima que por tratarse de una propuesta muy ambiciosa, no requiere de modificaciones sino de aplicabilidad y ajustes, no para regresar al estado de luna de miel, pero sí al menos para lograr cierta estabilidad en el sistema. Propone por ejemplo: fusión de hospitales que asuman en consorcio las funciones administrativas; y el establecimiento de un mecanismo transitorio o permanente en la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, que formalice un plan de atención para población hoy no afiliada, como un ente público que negocie con los hospitales, en un esquema de "cuasi-mercado" o contratos de gestión para atender a esa población, con un plan de beneficios siquiera a 5 años.

## LABORATORIOS FRESENIUS



El Secretario General de la Sociedad Española de Diagnóstico por Imagen de Mama SEDIM, advirtió que la mamografía digital no supera en el momento actual a la convencional, en las tareas de la detección precoz del cáncer de seno y que presenta un balance coste/eficacia mucho peor. Según explicó, la imagen obtenida con la mamografía digital no ofrece mayor resolución que la obtenida con la mamografía habitual y teóricamente no está permitido emitir un diagnóstico a partir de la imagen de un monitor de ordenador, por lo que la supuesta rapidez del diagnóstico queda en entredicho.

## Salud y modificaciones en el Código Penal Novedades para la comunidad médica

**Manipulación genética y aspectos relacionados con el Derecho Internacional Humanitario, son las principales variaciones.**

Por Luisa Correa Valencia  
Periodista

Recientemente sancionadas por el Presidente de la República, las nuevas normas del Código Penal, empezarán a regir el 24 de julio del 2001. Y si bien la reforma no atañe exclusivamente a los profesionales de la salud, la especificidad de su ejercicio si circunscribe en ellos la aplicación de algunas de las sanciones.

A diferencia de otros ordenamientos jurídicos, el Código Penal Colombiano no consagra delitos que regulen específicamente la actividad de los médicos, aunque hay una serie de conductas que sólo ellos podrían cometer. Cuando se habla de la responsabilidad penal de un médico, se puede pensar en los actos dolosos que son los delitos cometidos intencionalmente, y los culposos o imprudentes que son cometidos por descuidos o negligencia. Esto se considera en los nue-

vos delitos consignados en el Código Penal. Los médicos suelen pensar que los delitos que cometen están asociados a la muerte de un paciente dentro del quirófano, y que por consiguiente la responsabilidad que les afecta es la culposa o de imprudencia. Cabe anotar que, además de estos, existe una serie de delitos que son esencialmente intencionales como la falsedad en documento, por ejemplo cuando el profesional, después de un accidente quirúrgico, extrae alguna información de la historia clínica del paciente, la altera o la modifica.

En síntesis, los dos delitos más comunes entre los médicos son el de falsificación de documentos, que muchas veces se hace por desconocimiento de la norma, y en la relación con el paciente, el de lesión u homicidio. La estructura en el Código Penal relacionada con este último delito, no cambió.



Foto: Edwin Vélez

Según el abogado Alfonso Cadavid Quintero, el Código es muy generoso ampliando sanciones y consagrando como delitos conductas que antes no eran y que otros países ya habían incorporado y que se hacían necesarios por los desarrollos científicos, como en el caso de la manipulación genética. En relación con el Derecho Internacional Humanitario, la prioridad era incorporar a la estructura de la legislación una serie de atentados debido a la degradación del conflicto armado en Colombia, previendo expresamente el carácter delictivo de esas conductas y las sanciones que se deben imponer en el país.

En cuanto a delitos nuevos, está el de lesiones al feto, que pueden ser dolosas o culposas,

y que en ambos casos son agravadas si los cometen profesionales de la salud, art. 125 y 126 respectivamente. Que además de la pena de prisión que actualmente está prevista, comprometen inhabilitaciones para ejercer la profesión por varios años. También se incluye el delito de omisión de socorro, que consiste en dejar de auxiliar a una persona cuya vida o salud estén en grave peligro.

Esta reforma alerta mucho a los jueces sobre la necesidad de imponer medidas de inhabilitación al médico que en el ejercicio de su profesión cometa delitos. Se enfatizó en varias disposiciones, que aparte de la pena de prisión inicialmente prevista, era necesario imponer la pena de inhabilitación.

### Modificaciones generales

Las novedades más significativas del Código Penal, están relacionadas con la manipulación genética, la desaparición forzada y los delitos contra personas y bienes protegidos por el Derecho Internacional Humanitario, DIH.

Sobre la manipulación genética, el Código dedica todo un capítulo, art. 132 al 134, donde consigna que sólo están permitidas las actividades de alteración del genotipo, con finalidades de tratamiento, diagnóstico e investigación científica, vinculadas con los campos de la biología, la genética y la medicina, orientadas a aliviar el sufrimiento y a mejorar la salud de la persona. Y no está permitido clonar embriones humanos, ni fecundar o comercializar con óvulos humanos para fines distintos a la reproducción. Excepto en los casos que sea con finalidades terapéuticas, de diagnóstico o de investigación. El delito de homicidio por piedad (conocido como eutanasia), por su parte, no sufrió ninguna modificación.

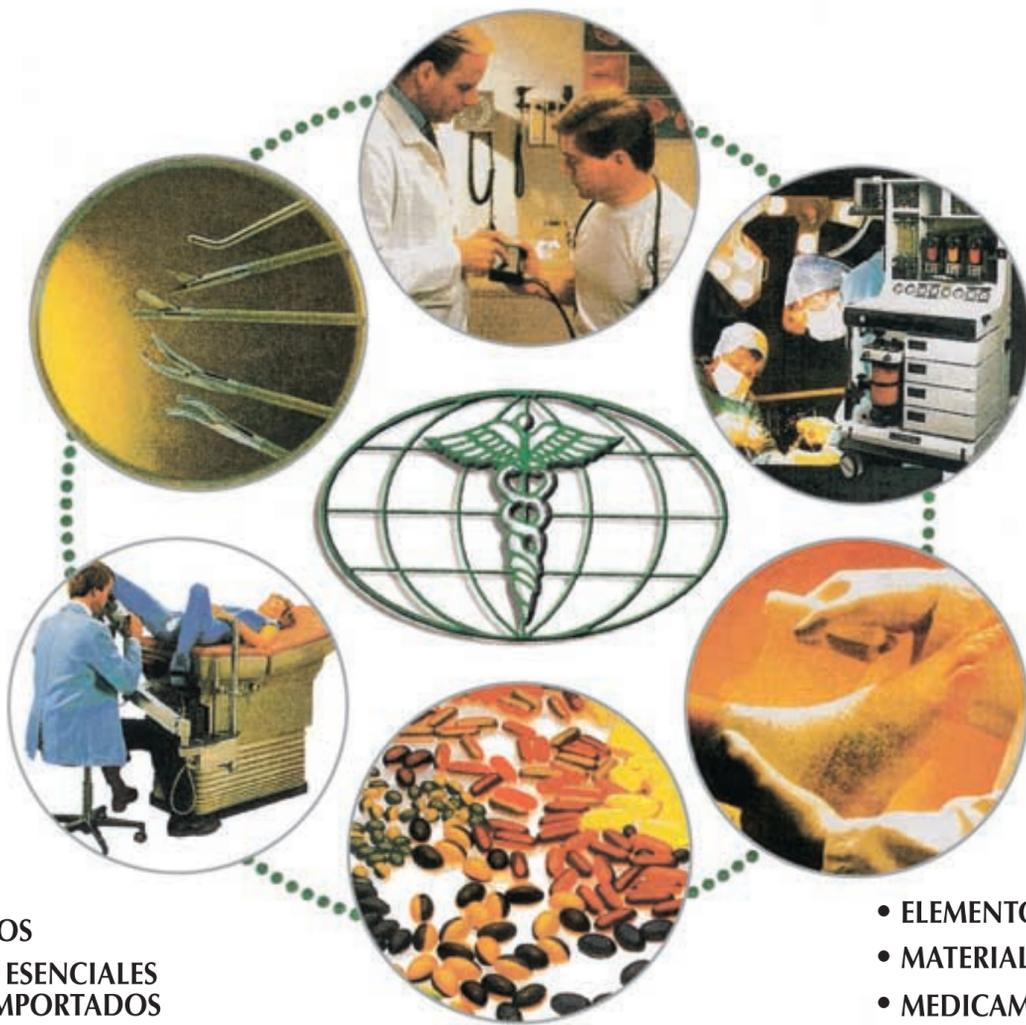
En relación con las personas y bienes protegidos por el DIH, se establecen nuevos delitos como el homicidio en persona protegida, lesiones en persona protegida, tortura, prostitución forzada o esclavitud sexual, actos de barbarie, tratos inhumanos y degradantes, toma de rehenes, obstaculización de tareas sanitarias y humanitarias, represalias, reclutamiento ilícito y perfidia.

Según el Código Penal, son personas protegidas todos los integrantes de la población civil, las personas que no participan en hostilidades y los civiles en poder de la parte adversa, los heridos, los enfermos o náufragos puestos fuera de combate, el personal sanitario o religioso, los periodistas en misión o corresponsales de guerra, los combatientes que hayan depuesto las armas por captura, rendición u otra causa análoga, y quienes antes del comienzo de las hostilidades, fueren considerados apátridas o refugiados.

**... están permitidas las actividades de alteración del genotipo, con finalidades de tratamiento, diagnóstico e investigación científica, vinculadas con los campos de la biología, la genética y la medicina, orientados a aliviar el sufrimiento...**

## MUNDO MEDICO

Un mundo de suministros hospitalarios a su servicio



- EQUIPOS MÉDICOS
- MEDICAMENTOS ESENCIALES NACIONALES E IMPORTADOS
- MUEBLES HOSPITALARIOS

- ELEMENTOS DIAGNÓSTICOS
- MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO
- MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS
- INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO

• BOGOTÁ: Calle 70 No. 10-25 Tels: (1) 312 54 64 - 310 40 06 Fax: (1) 312 54 54 E-mail: farsalud@latino.net.co  
 • BARRANQUILLA: Cra 50 No. 80-158 Tels: (5) 358 34 34 - 358 40 32 - 356 32 19 Fax: (5) 345 48 92 E-mail: mundomed@latino.net.co  
 • CALI: Carrera 43A No. 5C-22 Tels: (2) 513 17 52 - 553 61 52 Fax: (2) 513 17 52 E-mail: mundoclo@latino.net.co  
 • MEDELLIN: Calle 10 No. 36-44 Oficina: 202 Tel: (4) 311 31 58 Telefax: (4) 312 69 90 E-mail: mmundo@latino.net.co

Entre un 30 y un 35 % de los pacientes que padecen apnea del sueño (interrupciones de la respiración durante el sueño y cansancio diurno) es fumador habitual, según un estudio realizado por la Unidad de Tabaquismo del Hospital de la Princesa y el servicio de Neumología del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Según Carlos Jiménez Ruiz, presidente de esta sociedad científica, el dato confirma que el tabaco es uno de los principales factores de riesgo implicados en esta enfermedad. Además, los autores del estudio comprobaron que hasta el 70% de los pacientes no muestra ningún interés en abandonar el hábito de fumar, aún después de ser informados de los perjuicios que les ocasiona.



## Debate

Viene de la página 6

## Ronda nacional

Por  
Olga Lucía Muñoz, periodista

### Valle

La muerte de una niña de tres años por Difteria en el mes de agosto, la confirmación de otros dos casos en hermanos mayores de la menor y el descarte por laboratorio de otros dos her-

manos, también mayores, que presentaban síntomas, pusieron en alerta a todas las autoridades de salud del Valle este año. Los niños habitaban una humilde vivienda del barrio El Rodeo, donde se hacían unas 35 personas, y que servía como expendio de droga. La pequeña consultó por sintomatología respiratoria en el Hospital Universi-

tario del Valle y se le descubrieron síntomas de Difteria avanzada. De inmediato se hizo vacunación en ocho cuadras a la redonda en relación con la vivienda de la niña. En este momento se están evaluando otros casos sospechosos y se está buscando a un adulto probablemente portador, que habría infectado a la menor fallecida. Cali está en

alerta porque tiene problemas de cobertura de DPT, que previene Difteria, Tosferina y Tétano. A esto se le suma la problemática de la población desplazada por la violencia, que impide una adecuada vacunación. Faltan datos confiables sobre Tuberculosis. De sarampión se detectaron 68 casos sospechosos, en Tétanos Neonatal uno y en He-

patitis B, cinco casos en niños mayores de un año. En mujeres gestantes y en edad fértil, hay supuestamente un 50% de cobertura, pero en su mayoría están por debajo, lo que significa que hay problemas de cobertura que se deben investigar. El Valle reporta además que ha tenido desabastecimiento de biológicos durante algunos.

### Columna jurídica

### Acción de tutela

Jorge Luis Jiménez Ramírez  
Abogado

Nuestra carta constitucional consagra en su artículo 86, la acción de tutela como un mecanismo que permite al ciudadano la protección de sus derechos fundamentales, cuando considera que estos le han sido violados o amenazados por acción u omisión de cualquier autoridad pública o de un particular, cuando a este último se le haya encargado la prestación de un servicio público, o cuando su conducta afecte grave y directamente el interés colectivo.

La acción de tutela, reglamentada por los decretos 2591 de 1991 y 306 de 1992, es sin lugar a dudas uno de los mecanismos creados por la constitución del 91 más socorrido por la ciudadanía como método para buscar el reconocimiento y el respeto de sus derechos fundamentales consagrados en la constitución que de otra manera no sería posible o de serlo implicaría mucho tiempo y altos costos, no obstante la "gratuidad" de la justicia.

Esta acción goza de tratamiento especial desde el punto de vista procesal como quiera que cualquier persona, puede acudir ante el juez en busca de protección, sin formalismo alguno; basta simplemente manifestar al juez cual es el derecho que considera violado o amenazado y si se trata de un menor de edad un analfabeto o en caso de extrema urgencia, puede incluso presentar la solicitud de manera verbal, debiendo el despacho decidir en no más de 10 días.

No nos queda duda alguna sobre la importancia de este mecanismo por la defensa del ciudadano cuando se le violan sus derechos, pero es indiscutible que ha sido mal utilizada y en no pocas veces mal aplicado por los falladores y en especial cuando se ha tratado de temas relacionados con la salud.

En la constitución de 1991, la salud es un derecho fundamental por conexidad con el derecho a la vida, que el Estado debe garantizar, bien sea por que le preste directamente o por contrato con los particulares, pues según lo dispone el artículo 49 de la carta, debe garantizarse el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

La parte del artículo citado que no es tenido en cuenta en mucho de los fallos es el segundo inciso que dispone "Corresponde al estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes..." y no se tiene en cuenta cuando el fallador por encima de la reglamentación expedida obliga al Estado o a los particulares a prestar servicios sin cumplir las normas legales olvidando que estamos en un estado de derecho, que como tal también implica obligaciones.

### Santander

Este año se han presentado tres casos de Rubeola: dos en Matanzas – madre e hija- y uno en san Vicente de Chucurí. También se detectó un posible caso de síndrome coqueluchoide compatible con Tosferina. De Tuberculosis se encontraron el año anterior 469 casos nuevos con un reporte de incidencia en todo el Departamento de 24.1 por 100 mil habitantes. La tasa ha fluctuado en los últimos 15 años entre 20 y 22 por 100 mil habitantes y en los últimos cinco años el número de casos ha oscilado entre 401 y 469. En 1997 se acabó el Consultorio Departamental de Vías Respiratorias y se disminuyó la búsqueda activa de pacientes por contacto.



### San Andrés

El Programa de Inmunización ha mantenido este año niveles óptimos de cobertura, con un 61.6% en los 7 primeros meses del año, lo que contribuye a sostener al Departamento como uno de los líderes en el país. En la evaluación del año anterior, ocupó el primero, segundo y tercer puesto en cobertura de vacunación para diferentes enfermedades. La Secretaria Encargada de Salud en las islas, doctora Elizabeth Mera

García, explicó que hasta Julio de este año, el acumulado discriminado en cobertura se presenta así: 60% en Polio, 49% en DPT, 59% en Hepatitis B, 56% en Triple Viral y 38% en BCG; éste último resultado se explica por el retraso del suministro en algunos periodos.

A pesar de los halagadores resultados, hace 2 semanas se presentó un caso probable de Sarampión en San Andrés,

el cual está en investigación; también se registraron 3 pacientes mayores de 25 años con Tuberculosis, que se sumaron a 4 casos del año anterior, y todos los cuales permanecen en vigilancia y monitoreo; se dio un caso de paciente con posible Parálisis Flácida aguda, por lo que se inició su tratamiento fuera de las islas, se hicieron operaciones barrido y revacunaciones en el área de influencia del paciente.

### Bolívar

Con problemas de orden público que impiden el avance de la cobertura, y ocasionales retrasos en el suministro de los biológicos, el Programa Ampliado de Inmunización en el departamento de Bolívar ha registrado algunas deficiencias en los últimos meses. Este año se han presentado 60 casos probables de Sarampión, pero todos han sido descartados y, por tratarse de una enfermedad en proceso de erradicación, se ha iniciado la búsqueda activa de otros casos, se ha investigado el área de influencia con trabajos de campo y

se ha reforzado la vigilancia. También se han presentado 68 casos confirmados de adultos con Tuberculosis, por lo que se han emprendido el seguimiento de contactos de esos pacientes, y se han convocado los Comités de Vigilancia Comunitaria.

Además, dado que en 24 municipios de los 44 que tiene Bolívar, existen graves problemas de orden público, el avance en cobertura de inmunización no ha sido el mejor, más aún si se considera que el 80 o 90 % de la población de estas localidades vive en la zona rural.

### Quindío

Al igual que en todo el país, en este Departamento las coberturas de vacunación han presentado tendencia al descenso, obligando al Instituto Seccional de Salud a realizar una serie de actividades para mantener niveles satisfactorios en los municipios. Sin embargo, las interrupciones en los envíos de biológicos por parte del Ministerio de Salud no han permitido una gran mejoría de esta situación: durante los meses de enero y febrero se suspendió la vacunación con Hib –Haemophilus Influenzae- y en el mes de Mayo se vacunó parcialmente con DPT, en algunas IPS que tenían saldos de remesas anteriores. Entre los adelantos logrados en el programa de Inmunización, se cuenta con el fortalecimiento de la infraestructura en cadena de frío, que permitirá la descentralización en la administración de los biológicos del PAI. Esto se favorece con la conformación de un equipo multidisciplinario que coordina las actividades del Plan de Atención Básica; de esta forma, se espera mejorar coberturas, calidad y oportunidad en la prestación de los servicios de vacunación, al menos en el 50%

de las localidades. En materia de enfermedades controladas no se han presentado brotes, pero se mantiene una alerta epidemiológica por Difteria, ante la presencia detectada en el país. De Tuberculosis no se puede entregar reporte de su comportamiento, porque existen problemas como el sub-registro, la poca búsqueda de sintomáticos respiratorios y la falta de coordinación entre los diferentes actores del sistema en la mayoría de los municipios; por ello, el Instituto Seccional de Salud del Quindío esta realizando actividades de búsqueda activa de sintomáticos respiratorios, capacitación del recurso humano del PAB, evaluaciones permanentes del programa a nivel municipal y asistencia técnica a las IPS y ARS, para la adecuación de las guías y normas oficializadas recientemente por el Ministerio de Salud.

Hasta el pasado mes de Agosto, la cobertura para menores de un año de edad arrojaba los siguientes datos; en Polio alcanzaba el 64%, en DPT el 58%, en BCG el 68%, en Hepatitis B el 62% y en Haemophilus el 49%.

### Atlántico

La aparición de 71 casos confirmados de Tuberculosis y de 13 casos probables de Sarampión, ha motivado la búsqueda activa o detección de rebrotes de enfermedades controladas, por parte del Programa de Inmunización del Departamento del Atlántico. Los 13 casos sospechosos de sarampión fueron descar-

tados por laboratorio, y hasta la semana 35 de este año se han acumulado los 71 casos mencionados de Tuberculosis, con una tasa de incidencia de 0.81 por cada 10.000 habitantes; el mayor número se presentó en el municipio de Soledad con 22 casos.

El trabajo de investigación se está desarrollando dentro del Proyecto de búsqueda activa de Tuberculosis y Lepra, adelanta-

do con la institución Ayuda Alemana: se están haciendo labores de capacitación del personal de salud en diferentes instituciones del sector, en IPS y en la misma comunidad.

También vale anotar que el año anterior se registró un caso de Meningitis por Haemophilus, y que este año se han tenido dificultades con el suministro de biológicos de DPT y Triple Viral en algunas ocasiones.

## En Guainía Con la canoa al hombro

Por: Ancízar Vargas León  
periodista

Con la embarcación al hombro, rodeando rápidos y escollos, en ocasiones los trabajadores de la salud del Hospital Manuel Elkin Patarroyo de Puerto Inírida tardan hasta 15 días, para poder llegar a las zonas más apartadas de Guainía y cumplir su labor de vacunación.

Lo usual en estos recorridos y en la capital es la aplicación del esquema del Programa Ampliado de Inmunización PAI, aunque se ha presentado por ejemplo falta de la Triple Viral. La capital cuenta con

una población aproximada de 5000 habitantes y en el departamento son unos 8000. La emergencia en esta parte de Colombia se puede presentar porque existe una población flotante, integrada, entre otros, por miembros de la Policía nacional, del Ejército y por turistas de Brasil, Venezuela o del interior del país. Para atender a distintas áreas propensas a las epidemias, dispusieron puestos de vacunación en zonas como Barrancominas y San José, con funcionarios debidamente capacitados.

Con un grupo de diez empleados, el Hospital de Puerto Inírida

coordina el adecuado funcionamiento del Programa. En ocasiones existen dificultades con la cadena de frío y se deben improvisar termos y motores, para movilizar los biológicos en las condiciones adecuadas.

Aunque en los últimos días se presentó alguna influencia de Hepatitis B, actualmente se adelanta el programa de vacunación en las áreas más afectadas. Lo que no pueden controlar los trabajadores de la salud son los problemas de orden público que, cada vez más, dificultan el desarrollo del PAI.

Foto: Edwin Vélez



El tratamiento con Cerivastatina, una potente estatina reductora de los niveles de lípidos, disminuye el riesgo de padecer un segundo infarto de miocardio si es administrada dentro de las 48 horas siguientes a producirse el ataque, concluyen resultados preliminares del estudio 'Princess', que se ha dado a conocer en el XXII Congreso Anual de la Sociedad Europea de Cardiología ESC, celebrado en Amsterdam. Según el profesor Jean-Marc Lablanche, principal investigador del Hospital de Cardiología de Lille, Francia, el estudio podría demostrar un efecto beneficioso de la cerivastatina en cuanto a su capacidad para aumentar las tasas de supervivencia y mejorar la prevención después de un infarto de miocardio.

Para la Contraloría y la Defensoría del Pueblo, la atención médica de los 45 mil presos que componen la población carcelaria del país es deficiente. En 46 prisiones no hay médico y en 122 el servicio se presta de manera parcial

Por Camilo Jiménez  
Corresponsal Bogotá

“Si no me llevan a un hospital me muero”, le dijo en tono suplicante 'Toño', el nuevo recluso, al personero de la cárcel de Villahermosa de Cali. La palidez en el rostro del preso impresionó al funcionario. Estaba tan débil que no pudo caminar hasta su oficina y dos internos debieron llevarlo cargado. “Vengo de la cárcel de Neiva. Hace tres días me operaron de un riñón. Pero tan pronto salí de la sala de cirugía me metieron a un camión y me trajeron hasta acá, y como no había camas en la enfermería me dejaron tirado en un patio”, le relató casi en un susurro. El preso hablaba con dificultad, sudaba y temblaba a pesar del calor del mediodía. No era necesario ser médico para saber que se encontraba enfermo. Jorge Uribe Vélez, el personero, salió de su oficina para corroborar la versión del interno. A pesar de llevar varios meses como delegado en el centro carcelario, esto le parecía increíble. Sin embargo, el jefe de guardia confirmó el hecho. Villahermosa sólo tiene 11 camas para atender a cerca de tres mil internos. Por lo tanto, siempre permanecen ocupadas.

La situación de Villahermosa es sólo un reflejo de lo que ocurre en materia de salud en los 168 establecimientos carcelarios a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, Inpec, diseminados por todo el país. Pero el caso no se suscribe únicamente al sobrecupo de camas. El servicio médico en las prisiones de Colombia es deficiente y corrupto.

## Sin atención

El más reciente reporte de auditoría realizado por la Contraloría sobre la gestión de esta dependencia adscrita al Ministerio de Justicia reveló que de una población total de 45 mil internos en el país, 5.032 no reciben atención médica y 13.843 no gozan de servicios odontológicos. Sólo hay 279 funcionarios entre médicos, odontólogos, bacteriólogos y auxiliares de enfermería trabajando en 122 cárceles. En las 46 restantes, simplemente los internos no gozan de este servicio. Algo similar ocurre en relación con la salud oral. Sólo en 111 establecimientos hay un odontólogo. En 1998, el Inpec suscribió con el Ministerio de Salud el acuerdo 0576 para atender a la población reclusa a nivel nacional. Se diseñó una red pública prestadora de servicios de nivel de complejidad II y III. El plan recibió recursos por \$5.500 millones, autorizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, pero aún no ha dado resultados. La Contraloría encontró que hasta el momento sólo se han ejecu-

tado \$1.341 millones, cerca del 24% del total asignado al proyecto. Lo invertido, dice el reporte del organismo de control, aún no satisface las necesidades vitales de la población interna y aún así el Inpec continúa demandando mayores partidas. A esto se suma que los pocos funcionarios encargados de atender los servicios de sanidad carcelaria omiten por completo el cumplimiento de sus funciones, aseguró en su último informe anual la Defensoría del Pueblo. De 9 mil quejas que recibió sobre el servicio de salud en 1999, el 14% se originaron en las cárceles. La Defensoría Delegada para la Política Penitenciaria y Carcelaria calcula que en este momento el 45% de la población reclusa del país no cuenta con la protección de salud necesaria.

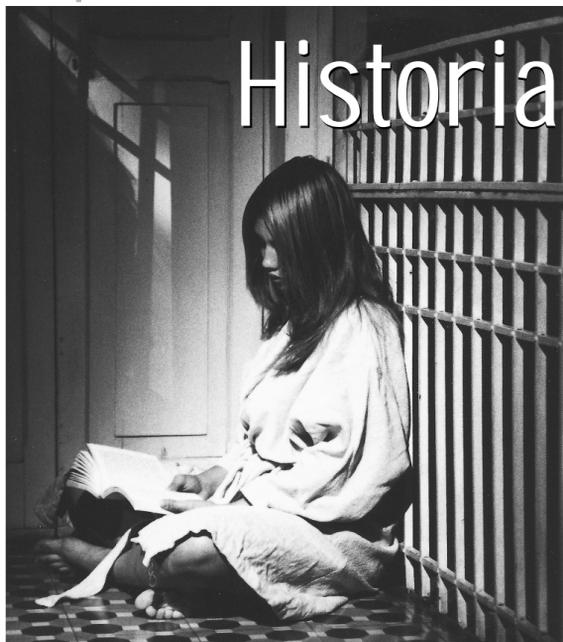
## Corrupción

Muchas de las quejas que recibió esta dependencia del Ministerio Público son similares a la que presentó el personero delegado de la cárcel de Villahermosa de Cali. Según ese funcionario, los encargados de prestar el servicio de salud en ese establecimiento comercializan los certificados médicos, emitiendo diagnósticos falsos de acuerdo con las necesidades del recluso. Es el caso de 'Toño', quien no tuvo el millón de pesos que le exigieron para pagar el certificado médico que lo hubiera remitido a una clínica o un hospital. Por eso fue asignado al Patio Dos, y como tampoco canceló los \$500.000 necesarios para obtener un colchón tuvo que conformarse con dormir en el piso. Lo que sucede en Villahermosa se presenta en el resto de prisiones colombianas. Según el reporte de la Contraloría, en la cárcel Bellavista de Medellín sólo se elaboran historias clínicas a los



Foto: Edwin Vélez

## La precaria salud de las cárceles



# Historia sin fin

Foto: Edwin Vélez

internos que manifiesten tener una enfermedad o cuando ingresan a la enfermería por quebrantos serios de salud. Es más, ni siquiera se practica la evaluación médica mensual a los internos que laboran en el rancho, preparando los alimentos. Los delegados del organismo de control indicaron que en la cárcel de mujeres de la capital de Antioquia no hay profesionales idóneos para realizar las valoraciones médicas de las internas y no se suministran las dietas ordenadas por los médicos a las presas enfermas. Lo mismo sucede en la cárcel de Itagüí.

También constataron que en 1999 los servicios de salud en la cárcel de Armenia sólo se ejecutaron de manera parcial y en los centros penitenciarios de Barranquilla y Sabanalarga no los prestaron.

## Sin drogas

En la antigua cárcel de Valledupar se presenta otra situación que es común a todos los establecimientos de reclusión del país: el dispensario no cuenta la mayoría de veces, con las drogas ni con los materiales odontológicos básicos para la prestación del servicio. Los auditores de la Contraloría comprobaron que Disproclínicos, el mayor proveedor de medicamentos de esa cárcel no existe como empresa.

El diagnóstico es similar en materia de salud mental. Sólo diez establecimientos carcelarios cuentan con un servicio de atención y tratamiento para la drogadicción o el alcoholismo. En total se atienden a 1.095 internos, pero los cambios constantes de los funcionarios encargados y la escasez de personal no permite lograr una verdadera rehabilitación de estos pacientes. Lo único que se salva es la atención de los reclusos declarados inimputables debido a su estado mental. El Ministerio de Salud asumió el manejo de esta población y designó a siete instituciones en Bogotá, Barranquilla, Santa Marta, Medellín, Cali, Tunja y Fusagasuga, en Cundinamarca, que en concepto de la Defensoría del Pueblo cumplen una labor adecuada.

Mientras tanto, el hacinamiento, el inadecuado manejo de las

basuras, la ausencia de inspecciones y tratamiento de las redes de aguas servidas, las fallas en el suministro de agua potable y la carencia de programas de fumigación periódica mantienen en grave riesgo la salud de los presos.

Situaciones como las que halló la Contraloría en la cárcel de Bellavista de Medellín, donde son constantes las fugas de agua y las humedades en los muros, en los techos y en las áreas sanitarias; o en la cárcel

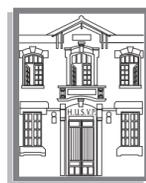
de Valledupar, donde las aguas negras del establecimiento pasan cerca al rancho, produciendo malos olores y contaminando el ambiente, son comunes en todas las prisiones del país. 'Toño' pudo pasar su convalecencia en el hospital San Juan de Dios de Cali. Sin embargo, el personero de la cárcel de Villahermosa teme que al regresar pueda ser víctima de la epidemia que cobra mayores muertos en las cárceles colombianas: la violencia, y que por sus denuncias reciba a cambio una puñalada o un balazo una de estas noches.

**En 1998, el Inpec suscribió con el Ministerio de Salud el acuerdo 0576 para atender a la población reclusa a nivel nacional. Se diseñó una red pública prestadora de servicios de nivel de complejidad II y III. El plan recibió recursos por \$5.500 millones pero aún no ha dado resultados. La Contraloría encontró que hasta el momento sólo se han ejecutado \$1.341 millones, cerca del 24% del total asignado al proyecto.**

## UNIDAD CARDIOVASCULAR Y DE TÓRAX DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAÚL

- Consulta especializada.
- Hospitalización.
- Quirófanos.
- Unidad de cuidados intensivos.
- Hemodinamia e intervencionismo.
- Ecocardiografía.
- Prueba de esfuerzo.
- Electrofisiología.
- Marcapasos.
- Medicina nuclear cardiovascular.
- Rehabilitación cardíaca.
- Cirugía cardíaca, vascular y del tórax.
- Próximamente trasplante de corazón-pulmón.

Le atendemos en nuevas y cómodas instalaciones, modernos equipos y con especialistas de reconocida trayectoria nacional e internacional.



HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL

Atendemos pacientes particulares, de EPS, prepagadas, aseguradoras y pólizas  
Teléfono: 571 63 53, ext. 200 y 230  
Amplio parqueadero

**“Vengo de la cárcel de Neiva. Hace tres días me operaron de un riñón. Pero tan pronto salí de la sala de cirugía me metieron a un camión y me trajeron hasta acá, y como no había camas en la enfermería me dejaron tirado en un patio”**

Hospital y Empresa, el libro que en 690 páginas ofrece interesante información sobre aspectos gerenciales para el personal del sector salud. Valor \$58.000.00 por la compra del libro se obsequia la suscripción anual al periódico EL PULSO.



## CULTURAL

# Flaubert y la medicina

Por: Jean Tournés\*



¿Cuáles son los lazos de Flaubert con la medicina? Las pocas notas aquí reunidas sólo tienen por finalidad la presentación de referencias útiles a quienes quisieran estudiar este aspecto esencial del autor, entre otras obras, de Madame Bovary y de la Tentación de San Antonio, "la obra de toda mi vida", decía, que escribió obsesivamente a lo largo de 25 años. En primer lugar Flaubert descendía de una familia de médicos. Uno de sus ancestros maternos fue decano de la Facultad de Medicina de París. Su abuelo paterno era veterinario

en la región de Nogent Sur Seine. El mismo padre de Flaubert, discípulo brillante de Dupuytren, fue nombrado cirujano jefe del Hotel-Dieu de Rouen, en reemplazo de Laumonier, anatomista afamado a quien sucede en 1.918. En Madame Bovary, y con los rasgos inolvidables del doctor Larivière, Flaubert describe a su padre, consciente de "cuarenta años de una vida laboriosa e intachable. Pertenecía a la gran escuela de cirugía de Bichat, esa generación de médicos filósofos."

El hermano mayor de Flaubert fue también médico y sucedió a su padre en el Hotel-Dieu de Rouen en 1846. Allí transcurrió la juventud de Flaubert, en un

ambiente saturado de medicina. En sus primeros ataques de epilepsia, desde febrero de 1.844, Flaubert pudo observar en sí mismo la lucha entre la enfermedad y la medicina. "No pasaba día sin que vea surgir ante mis ojos puñados de luces de bengala... todos mis nervios trabajan como cuerdas de violín, mis rodillas, mis hombros, mi vientre tiemblan como hojas". El doctor Julio Cloquet, médico amigo de su padre, aconsejó en 1849 el viaje a Egipto para restablecer la salud. Flaubert jamás dejará de interesarse por la medicina, "la locura y la lujuria que tanto he profundizado", escribe a su enamorada, la famosa Louise Colet en 1853. "Es extraño cómo me



**La Tentación de San Antonio, "la obra de toda mi vida", fue escrita por Flaubert a lo largo de 25 años. Con ésta logra, como lo expresa Michel Foucault, un poema en prosa de gran vigor imaginativo en el que la erudición, a través de la locura y la alucinación, abre un camino hacia lo fantástico, convirtiendo a Flaubert en el primer escritor de la modernidad.**

atraen los estudios de medicina. Si tuviera diez años menos los emprendería", escribe en 1856. Aunque no emprendió tales estudios, todos sus conocimientos médicos han llegado hasta su obra. Madame Bovary es, en este sentido, un estudio de la historia y de la represión, estudio preparado en un texto inicial que pone en escena un conflicto patológico entre la mística y la sensualidad.

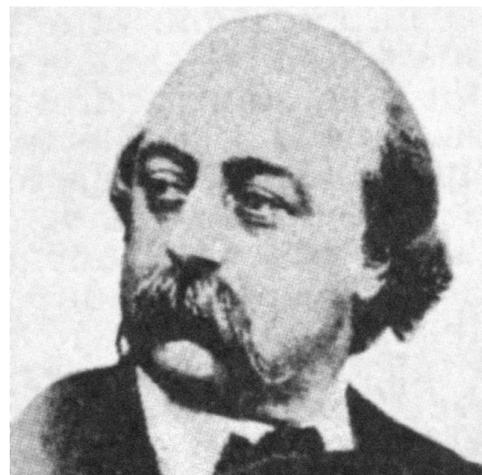
En "Salambó", los principales personajes y las fuerzas históricas tienen una trama interna de carácter fisiológico. Flaubert seguirá, indudablemente, tratando con esmero los episodios físicos de su libro, como los efectos del hambre. Escribe desde Croisset el 30 de noviembre de 1861: "Acabo de entregarme a lecturas patológicas sobre la sed y el hambre". Sorprende en este aspecto también su "Vida de San Antonio". Taine felicitará a Flaubert el 1 de mayo de 1.874. "La dificultad fundamental de la obra está en presentar una verdadera alucinación, la alucinación de un asceta, con la incoherencia y los sobresaltos de los fenómenos, con las señales de desconexión y de enfermedad mental del personaje... muy buena preparación en fisiología y psicología". El mismo procedimiento reaparece, más sintéticamente, en Herodías haciendo nacer el odio mortal que enfrentará al asceta Juan Bautista y a la voluptuosa esposa de Herodes. Otra vez, en los "Tres cuentos" escritos en 1875. La leyenda de San Julián el Hospitalario es tratada en una forma que revela la misma influencia.

Flaubert contará durante toda su vida con médicos entre sus amigos, entre ellos el suyo propio, el doctor Fortin, recomendado por Flaubert también al famoso cuentista Maupassant, cuando éste empieza a tener cefaleas intolerables. Hasta sus últimos días el artista conservará su interés por

estos temas. Poco antes de su muerte pide al doctor Penetier unos datos de botánica, discute sobre el herbario de Juan Jacobo Rousseau y en su última carta pone a su sobrina Carolina al tanto de sus investigaciones.

Hay que mencionar además la biblioteca de Flaubert. El escritor Luis Bertrand la

heredó en 1931 de Madame Franklin Crout, legataria universal de su tío Gustave Flaubert. Agobiado por dificultades monetarias se vio obligado a venderla en 1939 a la Academia Francesa, que la hizo trasladar a Croisset en 1949. De los libros que componían la colección, unos 200 eran de medicina.



**"Nada peor hay en el mundo que el dolor físico y, a propósito de él, mucho más que de la muerte, soy hombre capaz de meterme bajo la piel de un ternero para evitarlo, como dice Montaigne. El dolor tiene de malo que nos hace sentir demasiado la vida. Nos da el peso de una maldición. Humilla, y eso es triste para gente que sólo se sostiene gracias al orgullo. Ciertas naturalezas no sufren: la gente sin nervios. ¡Felices ellos! Pero de cuántas cosas se ven también privados. Cosa extraña: a medida que nos elevamos en la escala de los seres, aumenta la facultad nerviosa, es decir, la facultad de sufrir. ¡Será lo mismo sufrir y pensar? El genio, después de todo, no es más que un refinamiento del dolor."**

Flaubert. Carta a Louise Colet. 1.853

\* Adaptación del documento: El Centenario de Emma Bovary, 1.957

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**





En un estudio realizado por Hank Hendriks, investigador del departamento de Fisiología Nutricional del Instituto de Investigación sobre Alimentación y Nutrición, en Zeis, Holanda, se expone que el consumo moderado de cerveza protege de la aparición de enfermedades cardiovasculares. Hendriks asegura que la cerveza contiene vitamina B6, una sustancia que previene contra la acumulación de homocisteína, un factor de riesgo independiente para las patologías cardiovasculares. El análisis que duró tres meses y del que participaron 111 varones sanos que bebían cerveza, vino tinto, licoreo o agua constató que las cantidades de homocisteína no variaban tras la ingestión de cerveza, mientras que sí aumentaban cuando se bebía vino tinto o licoreo.

# EL PULSO

13

Octubre del Año 2000 - Nº 25

## PERFIL

### Juan Luis Londoño de la Cuesta

Por Ana C. Ochoa  
Periodista

A pesar de tanto comen-  
tario negro no se ha al-  
canzado a resbalar. An-  
tes bien, el polémico creador de  
la Ley 100 sigue caminando firme  
por los intersticios más impre-  
visibles del poder. Son las 8  
en punto de la mañana y en su  
casa de Medellín, el Ex Minis-  
tro de Salud Juan Luis Londoño  
de la Cuesta aparece descalzo,  
vestido de camiseta y saludan-  
do con una sonrisa de todos los  
dientes, sin las endurecidas ce-  
remonias de muchos "personaj-  
es" de este país en donde tan-  
tos se autoproclaman reyes.

Controvertido como pocos, Juan  
Luis Londoño sigue siendo para  
sus contradictores el mensajero  
fatal de un nuevo sistema de  
salud que despierta inconformi-  
dad en numerosos aspectos.  
"Qué impresionante semejanza  
existe entre la medicina y la  
prostitución." Asombra que se  
haya cumplido hoy la tesis pro-  
puesta por el médico bogotano  
Hernando Martínez Rueda sobre  
la similitud de estas dos anti-  
guas profesiones, dice hoy, con  
el humor disolvente que lo ca-  
racteriza, el reconocido gastro-  
enterólogo antioqueño  
Tomás Quevedo, médico de tra-  
dición y, por cierto, vinculado fa-  
miliarmente con Juan Luis  
Londoño.

Para otros, en cambio, el ex  
Ministro ha sido algo así como  
un inteligentísimo niño terrible,  
con ideas que merecen aplausos  
de varios minutos con todo el  
auditorio de pie, como ocur-  
rió hace poco en la Conferen-  
cia Latinoamericana Sobre Sis-  
temas de Salud en Cartagena,  
o en el Seminario Asiático-Ame-  
ricano de Reformas de Salud en  
Sapporo, Japón. Así, entre elo-  
gios y reservas, Juan Luis  
Londoño aparece hoy, no sólo  
como el eje de buena parte del  
programa de Gobierno de la  
candidata a la Presidencia  
Noemí Sanín, sino como uno de  
los hombres fuertes del periodis-  
mo, pues es director de la prin-  
cipal revista económica de Co-  
lombia. Esa que ha disparado  
al sótano a las demás publica-  
ciones de la competencia y que  
se ha convertido el vicio de unos  
140 mil lectores. ¿El nombre de  
la revista? Dinero. "Y a mí que  
el dinero siempre me ha pareci-  
do algo así como el estiércol del  
demonio", dice espontánea su  
mamá, la conocida líder cívica  
antioqueña Lucía de La Cuesta.  
Cualquiera podría imaginarse  
que el director de Dinero está  
hecho con molde. Y que surgió,  
tal vez, de esa hornada despiada-  
da de aquellos que despué-  
s se llamarían Yuppies o, lo  
que es peor, de esa dinastía de

**Es fuerte un sistema que ha resistido cinco ministros de salud, cada uno cambiando lo del otro. Es fuerte un sistema que ha resistido dos gobiernos tan malos como el de Samper y el de Pastrana.**

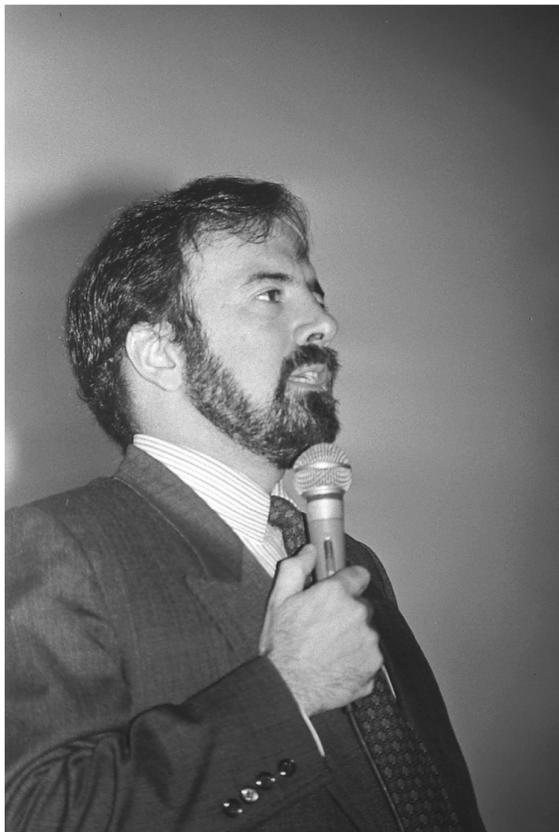


Foto: El Mundo

pontífices tiesos, que hablan  
como si masticaran billetes en-  
tre los dientes. Juan Luis  
Londoño prefiere decir que salió  
de las alcantarillas: "Yo soy un  
economista de alcantarilla", dice,  
"he tenido siempre propensión  
al estudio de temas marginales  
en este medio, lejos de las ta-  
sas de cambio, el déficit fiscal  
y todo lo que generalmente es-  
tudian los economistas. Por  
ejemplo, he investigado mucho  
sobre mercados laborales, te-  
mas de pobreza, desigualdad,  
nutrición...tanto en Colombia  
como en varios países de  
Latinoamérica." El llegó a la re-  
vista luego de dejar su trabajo  
en Washington con el BID, Ban-  
co Interamericano de Desarrollo.  
Y vino al país con el entusias-  
mo de un debutante a hacer  
un nuevo oficio, el periodis-  
mo, esa labor exigente "de in-  
ventarse el mundo cada quince  
días". Así que de escribir aca-  
démicos "papers" para reduci-  
dos lectores, pasó a hacer una  
publicación masiva, un periodis-  
mo nada clásico, que revienta  
duro porque opina en todos los  
textos. En ellos propone, resal-  
ta, critica, analiza, esculca los  
temas que involucran casi siem-  
pre los más poderosos centros  
de decisión del país y, por cier-  
to, las más intocables vanida-  
des: la del que sale, la del que  
no sale, la del que velada o abier-  
tamente dice querer salir... Ese  
es el capítulo vergonzoso,  
impublishable, de un oficio que  
tiene sortear los picos más al-  
tos de la fiebre pública y los más  
bajos de la privada, un oficio que  
tiene que medirse con firmeza  
a una caldera de endiosados,  
de ánimos de figuración y de  
banalidades de una sociedad  
atravesada. Hacer la revista se  
ha convertido en una especie de  
"doctorado en vanidad pública",  
comenta. Su anecdotario, en  
todo caso, debe ser un poco  
despreciable.

Y hablando de los colombianos  
y de la bola de problemas que  
echan a rodar con tanta frecuen-  
cia, dice que "a muchos de los  
que deciden en este país les falta  
imaginación, se la pasan echan-  
do culpas, no proponen nada y  
la mayoría de las veces no tie-  
nen ideas sino prejuicios". Y pro-  
poner, buscar, son cosas que él  
ha hecho a su manera. "Yo he  
conseguido todo por carta: Por

carta entré a Harvard, por carta  
llegué al gobierno de Gaviria...a  
éste le escribí, precisamente  
cuando hacía mi doctorado los  
Estados Unidos, diciéndole que  
llevaba varios años pensando en  
algunos asuntos del país y que

**Y hablando de los colombianos y de la bola de problemas que echan a rodar con tanta frecuencia, dice que "a muchos de los que deciden en este país les falta imaginación, se la pasan echando culpas, no proponen nada y la mayoría de las veces no tienen ideas sino prejuicios".**

creía tener propuestas útiles.  
Terminé mi tesis doctoral en  
Harvard un miércoles y al lunes  
siguiente ya estaba trabajando  
como subdirector de Planeación  
Nacional. A mí no me han rega-  
lado nada. Todo lo he hecho pro-  
poniendo". "Cuando era estu-  
diante de administración de ne-  
gocios en EAFIT, en Medellín,  
al tiempo que cursaba economía  
en la Universidad de Antioquia,  
le escribí a Miguel Urrutia, en  
aquella época director de  
Fedesarrollo, para que me deja-  
ra hacer una práctica allí. Acep-  
tó. Entonces me fui en 1980  
para Bogotá y, por fortuna, en-  
contré un ambiente intelectual  
muy estimulante. Como ya dije,  
investigué mucho sobre merca-  
dos de trabajo, temas de pobre-  
za, desigualdad, nutrición...hice  
mi tesis de doctorado sobre la  
distribución del ingreso en Co-  
lombia en el siglo XX y me dedi-  
qué a entender mecanismos a  
través de los cuales puede me-  
jorarse. He creído mucho en la  
educación, y pienso que el país  
está pagando caro el abandono  
en el que los gobiernos, inclui-  
do éste, la ha tenido. Yo, en

## Alto voltaje

general, juzgo vital el incremen-  
to del gasto social. Por eso,  
entre otras cosas, impulsé esas  
dos iniciativas que fueron la Ley  
60, para darle recursos a ese  
gasto social y luego, cuando me  
nombraron Ministro de Salud, la  
Ley 100. Colombia tiene el se-  
gundo gasto en salud más gran-  
de de América Latina, con una  
capacidad de movilizar recursos  
nuevos del orden de 10 mil mi-  
llones de dólares en los últimos  
seis años. Eso es increíble."

Es aquí, en este punto, cuando  
se cargan las voces de los críti-  
cos. Y sale caliente la pregun-  
ta: "¿Si estamos 'tan bien' por  
qué las cosas van 'tan mal' o,  
al menos 'tan regular' en nume-  
rosos aspectos?"

**"El sistema de salud es tan bueno que ha resistido dos gobiernos malos"**

"Hay que distinguir dos elemen-  
tos a la hora de analizar las di-  
ficultades del sistema de salud.  
Uno tiene que ver con los tro-  
pezos normales de la transi-  
ción. ¿Quién dijo que el cambio  
era fácil? Y otro elemento es la  
crisis económica del país. No se  
ha sabido manejar la economía.  
Y hubo un descenso general en  
los recursos públicos del siste-  
ma; el situado fiscal, las trans-  
ferencias de los municipios no  
han crecido como debían... ade-  
más, el desempleo ha reducido  
el gasto de la gente. Por ejem-  
plo que el gasto de bolsillo del  
que vivían las consultas de los  
médicos que estaban por fuera  
del sistema se cayó brutalmen-  
te. Pero ¿Esto es un efecto de  
la Ley o de la recesión? Yo me  
hubiera querido imaginar cómo  
habría sido el sistema con me-  
jor dirección, con mejor gobier-  
no, y con una tasa de desem-  
pleo del 7% o el 8%... Las co-  
sas serían muy distintas. La eco-  
nomía se destruyó pero la gen-  
te aprendió a magnificar la Ley  
100 y le atribuyen problemas que  
ni siquiera tienen que ver con  
ella. Es fuerte un sistema que  
ha resistido cinco ministros de  
salud, cada uno cambiando lo  
del otro. Es fuerte un sistema  
que ha resistido dos gobiernos  
tan malos como el de Samper  
y el de Pastrana. En fin, la ver-  
dad también es que se han per-  
vertido numerosos aspectos de  
la reforma. Sin embargo, hay  
avances muy positivos, el prin-  
cipal es que un 40% de la po-  
blación más pobre está siendo  
beneficiada. Y eso ha generado  
a su vez un efecto financiero  
grande. Cuando se valora, a pre-  
cios de mercado, el hecho de  
que alguien llegue al hospital,  
sea atendido, reciba medica-  
mentos, es como si le hubiése-  
mos dado a esa persona un 20%  
adicional de ingresos. Es un  
efecto redistributivo impor-  
tantísimo. ¿Quién perdió? Perdió  
el 20% más rico de la pobla-  
ción, que hoy está pagando para  
poder acceder a esos servicios.  
¿Y los médicos? El 80% de los  
médicos que tenían los más

bajos salarios, los médicos ge-  
nerales, ganaron. El 20% que te-  
nía los altos salarios fue el que  
perdió. Un sistema en el que ga-  
nen todos es imposible. ¿Des-  
empleo profesional? Es obvio  
que existe, pero, para sólo refe-  
rir un caso, los ingenieros es-  
tán más aporreados. Y lo peor  
es que no tienen Ley 100 para  
echarle la culpa."

Revisando el camino de la críti-  
ca, en cuyas curvas más cerra-  
das muchos le han salido al paso  
de manera agresiva, él reconoce  
las dificultades de un sistema  
que exige transformaciones, no  
niega los abusos desmesurados  
que existen. Y agrega: "a mí me  
duele que no se hayan entendi-  
do muchas ideas valiosas de la  
Ley 100. Ahí está el caso de las  
Empresas Solidarias de Salud,  
un gran intento de permitir la par-  
ticipación comunitaria, entre  
otras cosas muy vilipendiado por  
el sistema médico, que lo des-  
precia, y por el sistema político,  
que se lo trata de robar. Pero el  
valor de la propuesta está en darle  
a la gente el poder de decisión,  
para promover el desarrollo des-  
de abajo...no se trata del discur-  
so etéreo de algunos teóricos  
sociales-formados casi siempre  
con textos mexicanos, o brasi-  
leños, alejados de nuestras pro-  
pias circunstancias-, se trata de  
darle a la gente reales posibilida-  
des de definir sus cosas. Me  
disgusta mucho que la tecnocracia  
médica, tan autoritaria, frus-  
tre ese desarrollo."

En fin, existen también logros  
que la comunidad internacional  
empieza a reconocer. Según el  
último informe de la OMS -dirigi-  
da ahora por una mujer excelen-  
te, Gro Harlem y ya no, afortu-  
nadamente, por aquel japonés de  
comprobada incompetencia- en  
ese informe, repito, Colombia fi-  
gura como el sistema de salud  
más equitativo del mundo en tér-  
minos de equidad en el finan-  
ciamiento. Por encima de  
Cuba, de Suecia."

*¿Pero en otros aspectos la evaluación no es tan favorable. Y la directora de la OMS dice también en ese informe que la calidad de un sistema se mide además en términos de humillación y desesperanza. Aquí todavía mucha gente no tiene acceso digno y sufre toda clase de exclusiones, qué opina usted?* "Es cierto que la OMS evalúa lo que ellos llaman capacidad de respuesta, y con ello el respeto por la dignidad, confidencialidad, autonomía para tomar decisiones, atención en términos de calidad, acceso a redes sociales de apoyo y libertad de elegir y, en esto a Colombia no le va tan bien. Pero tampoco le va tan mal. Cuando uno mira la capacidad de respuesta Colombia está de noveno en América Latina. Acaba de salir además esa completísima encuesta internacional de demografía y salud que hace Profamilia cada cinco años y que permite evaluar, no sólo los programas de la institución, sino aspectos fundamentales del sector. En ella se concluye que la cobertura sigue aumentando, a pesar de la crisis del país, y que el 58.5% de personas ya están inscritas en un sistema de aseguramiento. Nos habíamos trazado metas muy altas y es evidente que no se van a cumplir. Pero las personas, sobre todo las del régimen

**Así, entre elogios y reservas, Juan Luis Londoño aparece hoy, no sólo como el eje de buena parte del programa de Gobierno de la candidata a la Presidencia Noemí Sanín, sino como uno de los hombres fuertes del periodismo**

subsidiado están contentas. Cuando se preguntó por el grado de satisfacción en calidad del servicio respondieron respondió: El 85% que era bueno. El 12.7%, regular y el 12.9%, malo."

No pocos tienen otra versión de esta historia y descreen de estos cálculos mientras ven multiplicarse las tutelas, las quejas de las ligas de usuarios... "Nadie niega, dice Juan Luis Londoño, que en varios aspectos estamos muy atrasados, que hay muchos robando, que falta interés en temas claves...es el caso de la Promoción y Prevención. En eso estamos crudos. Todavía el 95% de la gente no cree en eso, ni siquiera las facultades de salud. Entonces llegan los sociólogos y otros profesionales sin conocimiento de salud, a hacer muchas veces lo que no corresponde. En resumen, es cierto que el sistema ha mostrado algunas vulnerabilidades. Pero también es cierto que la crisis en Colombia no tiene precedentes en los últimos cincuenta años. Con este medio social tan resquebrajado se debió haber creado un sistema de financiamiento adicional, un sistema de aseguramiento adicional...en fin, hay que hacer más y criticar menos."

De pronto se queda pensando y dice: "A mí con el sistema de salud me pasa lo mismo que con una novia que lo deja a uno por otro. Uno sigue queriéndola y piensa: "me le cogieron la mano a la novia, me trataron mal a la novia, me están cambiando a la novia..."

Es muy posible que Juan Luis Londoño esté en el futuro en el gobierno, dicen los que saben del ritmo subterráneo de la política. A lo mejor sea cierto y vuelva a ser ministro, tal vez como él dice que le gusta: por cuatro años. "Aquí un ministro nuevo deshace lo que se hizo en el año anterior por aquello de que "eso no me lo inventé yo, entonces eso no sirve". Aquí echan mucho codo. Pero yo estoy por fuera de eso. Sigo trabajando en proyectos útiles para este país. En Colombia hay que cambiar muchas cosas", insiste Juan Luis Londoño. Y lo expresa con una resolución que en otro parecería ingenua. Pero saben bien, sobre todo las personas de la salud, de qué manera este economista de palabra atómica se propone un cambio. Mis decisiones políticas de hoy, son para los periódicos de pasado mañana, decía un famoso político. Y de eso, en este caso, a nadie le queda duda.

El presidente de Microsoft Corporation, Bill Gates, en su visita a la India para extender la estrategia de su compañía en Internet, expresó que la Fundación Gates que creó con su esposa, tiene como fin apoyar la salud. Durante su estadía anunció que otorgará 25 millones de dólares al gobierno del Estado de Andhra Pradesh, para ayudar a un programa de inmunización contra la poliomielitis y que hará dos donaciones, una para la salud y el aprendizaje por un total de 30 millones de dólares y otra, de 5 millones, que irá al Instituto Gandhi de Educación en Informática, para contribuir a un entrenamiento para los menos privilegiados, en el que se inscriben unos 50.000 estudiantes al año.



## CRUCIPULSO

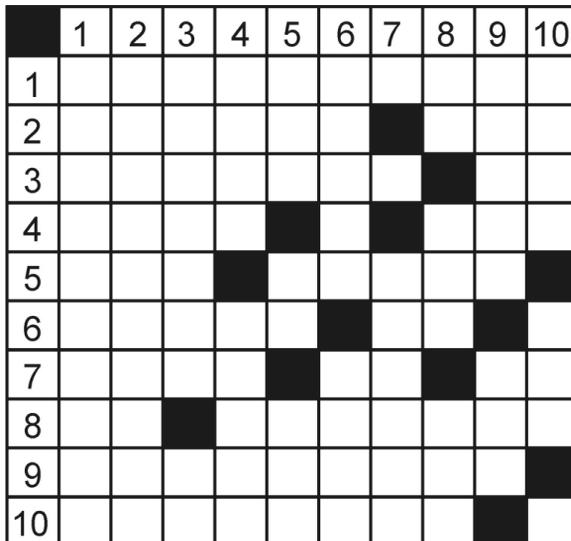
Por Julio Ramiro Sanín, médico

### HORIZONTALES

- Arte de pronunciar correctamente (Plural)
- Casi santo (Plural). Se acuerdan de la nueva...
- Superficial, poco detallado (Plural). Mililitro
- ...Cuervos y te quedarás ciego. Calificación buena. Calificación buenisísima.
- Ustedes abreviado. Los que saben de toros les dicen pitones, los que no saben les dicen cachos.
- Hilera de caballos que van atados. El verbo más corto.
- Nota de burla o de afrenta. Voz sagrada del Budismo. LA Isla musical.
- Regala. Persona en período de prueba para ingresar a una comunidad (Femenino)
- Sitio donde se librará la gran batalla entre los pueblos antes del juicio final.
- Parte más resguardada de un puerto (plural). Fósforo

### VERTICALES

- Falta de luz.
- Ordenará de nuevo.
- Seleccionar o depurar (se le fue un error de ortografía). ....Clinton nos visitó en estos días.
- Mira desde lo alto. Calentador de agua (plural)
- Lo que hace el conejo, invertido (la palabra, no el conejo).
- Entre bueno y buenisimo.
- Lo más grande que tiene el argentino, invertido (la palabra, no el argentino)
- Músculo de la cadera. Pongan huevos.
- Falta de seguridad, de confianza en sí misma (femenino)
- Repetido. Es un jueguito chévere. El río de Suiza. La isla griega.
- Parte moral y emocional del hombre (plural). Parte de la rueda del carro.
- Sitio de reunión en la casa. Del verbo ser. Fósforo.



### SOLUCIÓN AL ANTERIOR

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

**Encuentre la solución en el próximo número**

## CLASIFICADOS

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

## Sociales

El pasado 22 de septiembre la empresa 007 Mundo entregó al Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, dos equipos de monitoreo, por valor de diez millones de pesos, para la Sala de Hospitalización de Oncología Infantil. En la foto aparecen, de izquierda a derecha, la modelo Catalina Maya, "Chica 007 Mundo"; el doctor Julio Ernesto Toro Restrepo, director del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín y el vicepresidente de larga distancia de 007 Mundo, Julio Medina.



Foto: Edwin Vélez

**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) 2637810 ó en el correo electrónico: [elpulso@elhospital.org.co](mailto:elpulso@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 válido 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. Eucaristias, conciertos de música popular y de Navidad. Representante. Gloria de Toro. Tel: (4) 571 01 88

**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.



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

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: \_\_\_\_\_

**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

## 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

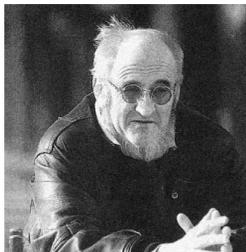
**Si lo prefiere, puede realizar el pago de la suscripción en la caja general del Hospital Universitario San Vicente de Paúl**

Calle 64 con Carrera 51D

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

e - mail: [elpulso@elhospital.org.co](mailto:elpulso@elhospital.org.co)

Medellín - Colombia



En España, las enfermedades respiratorias suponen el 10 o 12% de todas las que sufren los ancianos. Según el doctor Millán Núñez-Cortés, catedrático de Medicina y Director Médico del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, "La EPOC constituye el tercer diagnóstico más frecuente en personas con más de 75 años, después de la cirugía de cataratas y la insuficiencia cardiaca. Si se consideran los enfermos por encima de los 65 años es el segundo diagnóstico más habitual, y la neumonía, que es la siguiente enfermedad respiratoria en frecuencia, sigue siendo una de las causas de mortalidad de mayor impacto en el anciano".

## Historia clínica

Paciente trasladado a un servicio de urgencias por la Cruz Roja Colombiana, después de enfrentamientos guerrilleros en un área rural. Llega inconsciente, sin ningún tipo de identificación. Requiere manejo quirúrgico complejo, que incluye atención por trauma craneocefálico y músculo esquelético. Desde su ingreso se inicia el proceso de identificación, se efectúan contactos con la Personería del municipio de origen, en busca de familiares, sin obtenerse colaboración. Tampoco se conoce si es un habitante regular de la zona o un combatiente. Cuando el paciente recupera la conciencia, suministra una cédula y un nombre que no corresponden uno con el otro. Se continúa la búsqueda en la base de datos del Departamento y, ante la imposibilidad de detectar parientes, se apela a la Defensoría del Pueblo, la cual no emite concepto alguno. Se busca a la Fiscalía pero tampoco emite ningún concepto. El paciente ha mejorado su condición física, presenta limitaciones mentales a consecuencia del trauma, pero está en condiciones de ser dado de alta. Se contacta a la Cruz Roja para su transporte al sitio de origen, pero allí argumentan no poder hacerlo hasta que la Fiscalía no defina si esa persona tiene asuntos pendientes con la justicia. A su vez, la Fiscalía no puede conceputar hasta que no se logre una identificación completa. Esta deberá solicitarse a la Registraduría, que se demora seis u ocho meses para proporcionarla.

Mientras esta situación se prolonga, la Institución Prestadora de Servicios de Salud tiene un paciente cuyos servicios cuestan alrededor de 40 millones de pesos. El Estado se niega a cubrir los gastos por falta absoluta de identificación y porque, según sus funcionarios, no cubre casos que no sean catalogados como atentados terroristas. Este fue "un enfrentamiento armado". ¿Quién se hará responsable del paciente y de los costos de su atención?

## Investigación premiada sobre la interacción micobacteria-macrófago

### Erradicación de la Tuberculosis: luces en el laberinto

Ganador del Premio Alejandro Ángel Escobar, el Grupo de Inmunología Celular e Inmunogenética de la Facultad de Medicina Universidad de Antioquia, adelanta estudios que podrían ayudar en un futuro al control y eventual eliminación de la Tuberculosis.

Por Luisa Correa Valencia  
Periodista



Foto: Edwin Vélez

Grupo investigador coordinado por el doctor Luis Fernando García. La realización de las investigaciones del Grupo de Inmunología Celular e Inmunogenética de la Facultad de Medicina Universidad de Antioquia, ha sido posible gracias al apoyo de la Universidad de Antioquia y COLCIENCIAS y a la cooperación del Hospital La María y del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín.

Reconocida por la Organización Mundial de la Salud como una "Emergencia de Salud Pública Mundial", la Tuberculosis (TB) continúa cobrando vidas en todo el mundo. Y a pesar del intenso esfuerzo investigativo adelantado desde el descubrimiento del *Mycobacterium tuberculosis*, también conocido como bacilo de Koch, hace más de 100 años, la falta de una mayor comprensión sobre los fenómenos fundamentales que ocurren durante la infección, es quizás el principal obstáculo para el desarrollo de nuevas y más eficaces estrategias de prevención y tratamiento que permitan la eliminación del bacilo tuberculoso dentro de las células de las personas infectadas.

**"Interacción micobacteria-macrófago: su papel en la inmunopatogénesis de la tuberculosis"**. Los Investigadores del Grupo de Inmunología Celular e Inmunogenética se han centrado durante los últimos años en el estudio de los mecanis-

mos que podrían mediar, de un lado, el control de la multiplicación y posterior eliminación de la bacteria causante de la TB, así como de las estrategias que utiliza el microorganismo para inhibir el desarrollo de una respuesta inmune protectora específica. Particularmente han estudiado diferentes aspectos de la interacción de la micobacteria con los macrófagos, pues son estas las células que ingieren la bacteria y en las cuales se multiplica, pero que, paradójicamente, tienen además la capacidad de inhibirla, dependiendo de factores inmunológicos y genéticos del individuo infectado.

Uno de los aspectos más importantes de la investigación, es el papel que la muerte celular programada o apoptosis, podría estar jugando en la inmunopatología de la TB. Utilizando un modelo de infección en macrófagos de ratón, el Grupo ha demostrado que la apoptosis podría ser uno de los principales mecanismos de

defensa que el sistema inmune de los mamíferos utiliza para limitar la multiplicación del bacilo tuberculoso. Sin embargo, las micobacterias más virulentas han desarrollado también mecanismos para inhibir la apoptosis y por lo tanto asegurar su supervivencia y multiplicación intracelular.

Hallazgos recientes obtenidos por el Grupo, indican que las células de los pacientes con Tuberculosis sufren menos apoptosis y más necrosis (otra forma de muerte celular que se relaciona con una mayor reacción inflamatoria y daño de los tejidos) cuando se las expone a productos derivados de las micobacterias, comparativamente con células de individuos

sanos sensibilizados con antígenos de la bacteria.

Estos y otros estudios permiten tener una visión más precisa de la complejidad de las interacciones de la bacteria patógena con las células hospederas, y ayudan a entender mejor cómo el *M. tuberculosis* podría estar afectando el funcionamiento normal del sistema inmunológico. La mayor parte de estos estudios ya han sido publicados, entre 1997 y el presente año, en revistas internacionales especializadas, tales como Journal of Immunology, Journal of Infectious Diseases, Biochemical and Biophysical Research Communications, y Clinical and Diagnostic Laboratory Immunology.

Informe redactado por el Grupo de Inmunología Celular e Inmunogenética de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

## Conclusiones jornada de actualización en Tuberculosis

Por: Sigifredo Ospina O, MD.  
Jefe Depto. Epidemiología Hospitalaria, HUSVP.

El Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, realizó el pasado 11 de agosto, con la colaboración de la Universidad de Antioquia y la Secretaría de Salud de Medellín, una jornada de actualización en Tuberculosis, cuyas conclusiones principales fueron las siguientes:

- La Tuberculosis es un grave problema de salud pública en el mundo en Colombia y en nuestra región.
- En nuestro país y en nuestra ciudad las estadísticas del Estado no están reflejando esa realidad, la cual si se está observando en los hospitales y centros de atención.
- Aunque la legislación es aparentemente clara en cuanto a las competencias y responsabilida-

des, se ha fraccionado de tal manera la atención del paciente que se pierde demasiado tiempo, se aumenta el riesgo de transmisión, y se facilita la evasión de la responsabilidad.

- Estamos aún lejos de lograr las metas de diagnóstico de al menos el 70% de los casos y de curación de al menos el 85%.
- Es urgente adoptar la estrategia de tratamiento acortado supervisado (DOTS de la OMS).

- Se debe mejorar la red de diagnóstico en cuanto a la oportunidad de los resultados, principalmente la baciloscopia que sigue siendo una prueba útil, barata y fácil de realizar en cualquier nivel de atención.

- Se debe intensificar la búsqueda y captación de síntomas respiratorios como la principal estrategia para conocer y enfrentar la problemática.

- A pesar de que el Ministerio de Salud manifiesta que no hay dificultad con los medicamentos y que hay existencia suficiente, a nivel local se expresa que hay muchas dificultades para que los pacientes reciban rápidamente los mismos; se hace entonces urgente revisar que limitantes hay en el proceso administrativo para esto esté sucediendo.

- Los trabajadores de la salud estamos en un riesgo aún no dimensionado de adquirir Tu-

berculosis en el lugar de trabajo si no se toman las adecuadas medidas de protección y, muy especialmente, si no se piensa en la enfermedad.

- Se requiere más apoyo para la investigación en tuberculosis ya que aún hay aspectos muy desconocidos, y se requieren nuevos métodos diagnósticos, nuevas alternativas terapéuticas para los casos multirresistentes y sobre todo estrategias para lograr la adherencia de los pacientes al tratamiento.

### Carta abierta a las autoridades de salud

En el marco de esta jornada de actualización, se elaboró y fue firmada por los 192 asistentes una carta abierta a las autoridades de salud, cuyo texto se reproduce a continuación.

### La Tuberculosis, una emergencia epidemiológica

La Tuberculosis ha sido y sigue siendo un grave problema de salud pública. La disminución en la incidencia que muestran los informes oficiales hace pensar que la carencia de programas activos está ocultando una realidad que se percibe de manera distinta en las actividades diarias de los servicios de salud y no parece estar acorde con las adversas condiciones que hoy enfrenta Colombia.

En el actual sistema de seguridad social en salud, el paciente con Tuberculosis debe ir de puerta en puerta buscando el tratamiento para su enfermedad y al mismo tiempo, transmitiendo la infección a otras personas. Invitamos al Estado, las aseguradoras y los prestadores de servicios de

salud a reflexionar y definir responsabilidades.

¿Cuáles son las acciones de promoción y prevención?, ¿Hasta dónde llega el plan de atención básica?, ¿Qué proporción de pacientes está recibiendo tratamiento adecuado?, ¿Cuántos pacientes se han cansado de buscar ayuda y han quedado abandonados a su suerte?, ¿Cuáles son las cifras de resistencia a los medicamentos usuales?, ¿Los medicamentos y las pruebas diagnósticas están realmente al alcance de los pacientes?, ¿Qué pueden hacer quienes a diario atienden los enfermos frente a las dificultades que limitan la adecuada atención?

Los abajo firmantes consideramos que la Tuberculosis, enfermedad altamente transmisible, es una urgencia epidemiológica. Para enfrentarla se requiere el compromiso, las acciones y la participación de las voluntades. Evitar las epidemias es responsabilidad de todos.

El gerente del Sector de Alimentos de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria de Brasil, Cleber Dos Santos, ha declarado que las autoridades brasileñas responsables de la salud pública en el país, desean saber si son verídicas las informaciones de que la multinacional Coca Cola utiliza como materia prima sustancias derivadas de hojas de coca. Para constatarlo la Agencia esta realizando investigaciones desde que el exgerente de finanzas e importaciones, Placido José Mendes, inició un juicio laboral contra la multinacional y afirmó que la sustancia denominada 'número 5' de la línea de producción del Jarape concentrado de Coca-Cola, es un extracto vegetal de Erythoxilum Coca, cuyo uso en Brasil es prohibido.



## Capitación para las EPS

Por: Julio Ernesto Toro

Es verdad que en el sector de la salud existe la creencia de que las Empresas Promotoras de Salud EPS en el régimen contributivo, están haciendo utilidades a costa de la salud de sus afiliados; que niegan los servicios o los posponen para apropiarse del dinero que deberían pagar por la atención. Se oyen toda clase de especulaciones alrededor del asunto y siempre en contra de las EPS.

Particularmente creo que el negocio, cuando en verdad llegue a ser bueno, será de pequeñísimos márgenes y de altos volúmenes de operaciones, lo cual sin duda les exigirá muchísima, pero muchísima eficiencia a las promotoras, una absoluta definición de sus actividades y una diáfana claridad

en sus cuentas, pero no creo que llegue a ser un negocio de alta rentabilidad, si se parte, desde luego, de la base de que a ellas les corresponde en realidad una operación de administración.

### **Pero fijemos unas premisas para lanzar dos propuestas:**

1. Los dineros de la seguridad social son dineros públicos.
2. Es ilícito enriquecerse con el uso o apropiación de esos dineros.
3. Con excepciones, afortunadamente, se puede afirmar que el Estado no ha sido buen administrador de los recursos para la salud.

4. La ley concibe, como es apenas lógico en el sistema económico que tenemos, que las Promotoras obtengan utilidades; de otra manera entrarían en el desaliento y terminarían por no participar más.

### **Propuestas:**

1. Que se determine un monto fijo por afiliado/año (capitación) que se pagará a las EPS por realizar las tareas de administración del sistema y que constituya el ingreso operacional de ellas.
2. Que reingrese al Sistema de Seguridad Social el dinero que generen las EPS por el manejo financiero de las cotizaciones, ya que el origen de los intereses es en recursos públicos y

porque las Unidades de Pago por Capitación (UPC) serían exclusivamente para pagar servicios de salud.

### **¿Qué efecto tendría esta propuesta?**

1. Las EPS tendrían plena claridad de dónde pueden sacar sus utilidades.
2. El público tendría claridad de que no fue de sus derechos de donde obtuvo utilidad la EPS.
3. Los afiliados, los pacientes, los jueces que fallen tutelas, todo el personal de la salud, los organismos de control y las mismas EPS, sabrían donde hay que mirar las cuentas, ellas estarían claras y fáciles de entender y de auditar.
4. Se despejarían inquietudes y sospechas de abusos y se alejaría ese mal sabor de que las EPS están obteniendo utilidades sin importar el dolor de la gente.
5. Las EPS no pondrían en juego su patrimonio, sus intereses, su prestigio y su nombre; por lo menos, no por "culpa" del sistema de seguridad social.
6. Se sabría con total claridad si la UPC alcanza o no para atender las necesidades asistenciales de los afiliados.
7. Se forzaría a las EPS a refinar su eficiencia administrativa en bien del Sistema.

Esta propuesta le proporcionaría más transparencia al sistema, despejaría dudas y todos podríamos ver las cuentas más claras.

**Que reingrese al Sistema de Seguridad Social el dinero que generen las EPS por el manejo financiero de las cotizaciones, ya que el origen de los intereses es en recursos públicos y porque las Unidades de Pago por Capitación (UPC) serían exclusivamente para pagar servicios de salud.**

IATM:  
23 cms x 17 cms.

CORPAÚL

31 X 15.5 cms