

Salud opina sobre la Ley 100	Propuestas del Centro de Gestión Hospitalaria	A la Clínica Noel tampoco le pagan	Obra “El Hospital el mejor regalo”
Ver pág 3	Ver pág 6	Ver pág 8	Ver pág 15

Periódico
para el sector
de la salud

EL PULSO

Medellín – N° 2. - Octubre – 1998. Valor: \$1.000

A la salud le llegó la hora del cambio

“La Ley 100 resultó ser muy ecléctica y fue así como, a pesar de consagrar un sistema basado en la solidaridad, mediante la conformación de un fondo único y definición de un plan de beneficios igual para todos (el POS), a nivel de su administración y de la prestación de servicios se adoptaron principios de libre elección y competencia sin establecer condiciones en términos de tamaño de la población, o capacidad instalada, entre otros criterios, lo que ha ocasionado un desarrollo desigual y poco armónico de la reforma”.

Este planteamiento sustentado en presente edición de EL PULSO por el centro de Investigaciones Económicas de la Universidad de Antioquia, es un llamado de alerta al “gobierno del cambio”.

El análisis, realizado por un estudioso del tema, Jairo Humberto Restrepo Zea, sostiene que es urgente un alto en el camino para aclarar el espacio exclusivo para lo público y las posibilidades de participación privada y del propio sector público en un ambiente competitivo.

¿Y LAS EPS QUÉ?

Y mientras representantes de las IPS siguen sosteniendo que las EPS no pagan, éstas - con algunas excepciones dignas de destacarse en su mayoría o no responden o lo hacen con evasivas, lo que indica la urgencia de que la Superintendencia de Salud tome cartas en el asunto y el Ministerio de Salud evalúe los elementos de la Ley 100 que requieren un ajuste inmediato.

Entidades como Cajanal en Antioquia, urgen, por ejemplo, que se defina su situación y empresas privadas sin ánimo de lucro como la Clínica Noel, denuncian que mientras otros premian, las EPS, con el ISS a la cabeza, la ahogan económicamente.

VEA ESTA EDICIÓN

¡ Virgilio, Virgilio!

En nuestras páginas editoriales, un llamado al Ministro de Salud, Virgilio Galvis, para que se enfrente con decisión la crisis del sector salud. El director de EL PULSO y el Secretario de Seguridad Social en Salud, en Medellín, escriben en este sentido.

PAGINA 4

En España, un 99.5% De cobertura en salud

Aprovechando su visita a Medellín, dentro del programa Intercampus de la Universidad de Antioquia, una especialista en el tema de la reforma de la sanidad en España hace un análisis de sus resultados.

PAGINA 10

Pago incondicional para las IPS

Los pagarés pueden convertirse en un instrumento importante para las IPS, para garantizar el pago de las obligaciones económicas que adquieren quienes compran sus servicios.

PAGINA 16

Alerta con la tuberculosis En profesionales de la salud

“La incidencia de tuberculosis en 1996 fue de 36 por mil en Antioquia, ligeramente superior a la de Colombia, 28.2 en el mismo año y lejos de la meta de 25 planteada por el Ministerio de Salud para 1997”, informó el boletín epidemiológico de Antioquia, 1997, volumen 22.

Si se tiene en cuenta que para la OPS una región de alta transmisibilidad para tuberculosis es aquella que tiene una incidencia mayor de 25 casos pulmonares por 100 mil habitantes, por año, Colombia es un región de alta endemia para esta enfermedad.

Estos datos corroboran el peligro al que está expuesto el trabajador de la salud de contraer esta infección, el cual tiene un riesgo entre 2 y 10 veces mayor que la población general y las enfermedades la mayor amenaza informada. Un paciente bacilífero antes del tratamiento infecta en promedio 10 personas susceptibles, algunas de ellas por contacto breve y casual.

“Los más grave es que los profesionales de la salud no hemos asumido con responsabilidad el riesgo al que estamos expuestos y no observamos las normas de bioseguridad. La falta de conciencia es tanto de los administradores como de los empleados del sector”, afirma Gloria Velásquez Uribe, médica microbióloga y parasitóloga de la Universidad de Antioquia.

La doctora Velásquez preparó para EL PULSO un informe especial sobre el peligro al que están sometidos hoy los funcionarios de la salud y hace un llamado para que se cumpla la vigilancia epidemiológica a nivel nacional, respecto a la cual se ha bajado la guardia.

MAS VIGILANCIA

“Desde finales de la década pasada se detectó a nivel mundial un incremento en el número de casos de tuberculosis activa, con una tendencia semejante a la observada hace 30 años. Esta situación ha sido explicada por varias razones, entre ellas la epidemia del SIDA, el aumento de casos de tuberculosis, la disminución de la vigilancia epidemiológica por parte de las instituciones de salud pública y la inequidad social.

Con las reformas de los servicios de salud en el mundo y especialmente en la privatización, los programas de vigilancia epidemiológica desaparecieron o perdieron la fuerza de control que tenían en la detección precoz de casos y el apoyo en el diagnóstico, estudio de contactos y abordaje integral de las infecciones.

Esta situación es palpable en Colombia en los últimos años, a partir de la implementación de la Ley 100”, dice el informe.

PAGINA 7

Masivo respaldo a EL PULSO

EL PULSO, órgano de información para el sector salud, nacido en el Hospital San Vicente de Paúl, de Medellín, pero con proyección nacional e internacional, ha recibido un respaldo masivo de la dirigencia política, económica y de los actores del área de la salud.

Las comunicaciones de complacencia y apoyo a este medio de información siguen llegando con mensajes contundentes:

El viceministro de salud, Juan Pablo Uribe R. Sostiene que este medio debe servir de fuente de primera mano para dar a conocer lo que acontece en el sector salud colombiano. Así mismo, Henry Gallardo, jefe del Área de la Salud Fundación Corona dice que proyectos como estos, que apunten a mejorar la comunicación entre los actores del sistema de salud y de estos hacia los usuarios, son definitivos para el buen éxito del sector y sus objetivos de universalidad solidaria y eficiencia.

El Comité Editorial expresa su propósito de hacer de este un periódico plural para todo el sector salud y reitera la necesidad de que sea visto como un órgano de divulgación fundamental para todos los elementos del sistema de salud en Colombia.

PAGINA 4

<p>La ley es clara sobre los tiempos en que las EPS deben pagar a las entidades prestadoras de servicios de salud. Sin embargo, la gran mayoría de las EPS, como declararon algunos gerentes de Clínicas y Hospitales en la anterior edición de EL PULSO, cancelan sus obligaciones en lapsos superiores a los 3 meses. ¿Por qué? En esta edición dimos la palabra a las EPS.</p>	<p style="text-align: center;">EL PULSO -----2-----</p>	<p>Conozca las repuestas recibidas, en esta y la siguiente página, en nuestro habitual Debate EL PULSO. La dificultad para el logro de las opiniones por parte de la mayoría de las EPS indica una vez más su evasiva para hablar del tema de los pagos y ratifica la urgencia de que el gobierno tome cartas en el asunto en bien de todo el sistema.</p>
---	--	--

Debate

¿En qué lapso deben pagar las EPS a los prestadores de servicios?

Decreto No. 723 de marzo
14 de 1998, Ministerio de Salud Pública

Salvo que se pacte otra forma de pago, a partir de la fecha de entrada en vigencia de este Decreto, las Entidades Promotoras de Salud deberán comunicar a los prestadores de servicios el período de 10 días calendario del mes en el cual recibirán las facturas.

Las Entidades Promotoras de Salud tendrán un plazo de 20 días calendario, contados a partir del vencimiento del período para entrega de las facturas, para revisar integralmente la cuenta y aceptarla u objetarla. En caso de no objeción, la EPS deberá cancelar la cuenta dentro de los 10 días calendario siguientes al vencimiento del plazo, para objeciones.

A partir de la vigencia del presente decreto, las EPS pagarán a los Prestadores de Servicio de Salud, cuando la factura sea objetada total o parcialmente, el 60% del monto objetado. El saldo será cancelado una vez se aclare por parte del Prestador de Servicios las observaciones efectuadas por la entidad promotora. Las sumas no objetadas deberán ser canceladas en su totalidad.

Los prestadores de servicios de salud tendrán la obligación de aclarar ante la Entidades Promotoras de Salud, las observaciones que estas hagan, dentro de los 20 días siguientes a su comunicación. Si los prestadores no cumplen con la obligación de aclarar se entiende que aceptan la reclamación y en consecuencia se efectuarán los ajustes correspondientes. Si hay lugar a restitución de la cantidad ya cancelada, o parte de ella, dicha suma se podrá descontar de futuras facturaciones.

Cuando un prestador de servicios no de respuesta satisfactoria a las objeciones en tres oportunidades sucesivas, perdería, por un período de tres meses, el derecho en las siguientes facturaciones al pago del 60% de lo objetado.

Coomeva

“La Ley 100 no debe reformarse”

Ramón Martín Vergel, Director Fomento y Prevención Coomeva EPS, Medellín

- 1. En Coomeva EPS S.A., una de las principales políticas con los prestatarios es el pago oportuno, ajustándose a los parámetros establecidos por la Ley. Prueba de ello es la preferencia de los prestatarios por nuestra EPS.
 - 2. La Supersalud no sólo debe actuar frente a las EPS que no cumplan sus obligaciones sino además con los empleadores o entes territoriales que estén en mora de manera frecuente.
 - 3. La Ley 10 de 1993, a pesar de estar reglamentada, presenta algunos vacíos para su correcta aplicación; el gobierno nacional actualmente está trabajando en estos aspectos. Consideramos que no es adecuado realizar otra reforma sin la cabal aplicación de la presente.
1. ¿Por qué las demoras de los pagos por parte de las EPS? 2. ¿La Supersalud está haciendo el debido control? 3. ¿Para el gobierno que se inicia qué soluciones o reformas propone en cuanto al Sistema de Seguridad Social en Salud?. Las preguntas fueron planteadas a los gerentes del ISS, Susalud, Coomeva, Caprecan, Cajanal, Aso-Redes y unimec, en Antioquia.

Aso – Redes

“Falta calidad de gestión en el Sistema de Salud”

Fabio Alberto Henao Acevedo
Director Ejecutivo Asociación Regional
De Empresas Solidarias de Salud
Aso-Redess

1. Las EPS y ARS están demorando los pagos a las IPS porque el ritmo y la calidad de gestión entre los actores del Sistema (EPS – ARS – IPS - Aseguradoras – Entes Territoriales y Fosyga) no es sistémico. Existen múltiples factores internos y externos que hacen confuso las competencias y las relaciones de cada uno de los actores.
2. Cree que la Supersalud está haciendo el debido control?
 La Supersalud aún no estaba preparada para asumir la magnitud, diversidad y complejidad del sistema, teniendo en cuenta los aspectos anteriormente anotados.

Las soluciones a los anteriores problemas son:

- Actitud de cambio desde el factor humano para entender que este es un proceso continuo y a largo plazo; en países desarrollados la consolidación del sistema ha demorado hasta 40 años.
- El flujo de recursos se agiliza si estos se entregan directamente a los administradores de Sistema (EPS – ARS). Esto evita situaciones tales como la devaluación del dinero, disminuye los gastos

administrativos en el sistema, mejora la agilidad del flujo en los pagos y disminuye la corrupción y el clientelismo.

4. Las propuestas para el nuevo gobierno son:

- Incorporar las aseguradoras al Sistema.
- Desarrollar las Direcciones locales de Salud, descentralizando el sistema.
- Condensar las normas y hacerles seguimiento a las que ya existen.
- Analizar y buscar alternativas de desarrollo a la Red de Servicios y al recurso Humano.
- Incorporar al sistema las entidades adoptadas (FFAA, Ecopetrol, Universidades).
- Igualar el POS-S al POS
- Fraccionar los 3 negocios del ISS y descentralizarlo.
- Descentralizar el ICBF.
- Desarrollar la promoción y prevención en forma intersectorial.
- Intensificar la capacitación a los dirigentes locales y sectoriales en el ámbito de la gestión empresarial.

“La situación económica es caótica”

Luis Fernando Toro, Jefe División de salud, Cajanal – Antioquia

1. La situación de la demora en los pagos tiene razones muy explicables en la EPS oficiales. En el caso de Cajanal hasta enero de este año fuimos la entidad modelo en pagos; desde entonces empezamos a compensar y nos quedamos cortos en dinero por dos razones: - No hay suficiente capacidad económica – y porque hay más usuarios de los que realmente están pagando aportes, por fallas en los sistemas de información y porque pudo haber habido interesados al interior de Cajanal en inflar esos datos. En síntesis: la situación es caótica.
2. Somos dependientes de un sistema centralista y clientelista, con sede en Bogotá, y de ello se deriva la carencia de recursos para cumplir las obligaciones.
Respecto a problemas generales del Sistema que afecta a otras EPS están la evasión, que quiere decir que no pagan todos los que están y la elusión que significa que los que tienen que afiliarse al sistema no lo hacen y son las personas más pudientes de este país.
Algo muy grave es que las EPS privadas no cumplan la ley. Esta dice que debe tener entre sus usuarios como mínimo un 30% de ellos mayores de 60 años; pero las privadas hacen toda clase de esquinces a la ley, lo que obliga a las otras EPS a cargar con toda la fuerza en este sentido: en Cajanal el 55% de los afiliados son mayores de 60 años. A nosotros, al ISS, a Caprecom, nos toca sumir estas personas que son las que más cuestan, mientras las EPS privadas incorporan las personas de menor riesgo potencial y se han dedicado a trabajar pensiones y riesgos profesionales que son áreas más rentables, mientras los traumas, las enfermedades catastróficas nos han quedado a nosotros.
La Supersalud en la práctica hace un control inexistente. Cajanal está sancionada por una denuncia de un funcionario que salió no porque la Supersalud la hubiera intervenido como consecuencia de una investigación propia.
3. Solicitudes al nuevo gobierno: que defina la situación de Cajanal o que la liquide, o que la convierta en una Empresa Social y Comercial del Estado.
En general soy partidario de la concertación. Las EPS privadas y las oficiales no debemos entrar

en polémica que a nada conducen, sino ir a discutir amigablemente los asuntos al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Esto hay que hacerlo cuanto antes.

<p>BUEN TRATO A LA INFANCIA El 23 de octubre, de 8 a.m. a 5 p.m. se llevará a cabo el Encuentro Nacional por el Buen Trato a la infancia, programado por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, la Sociedad Colombiana de pediatría y la Corporación de Amor al Niño, Cariño, 20 años. Sede: Teatro Metropolitano de Medellín. Informes en cariño, teléfono 263-80-84.</p>	<p style="text-align: center;">EL PULSO -----3-----</p>
--	--

Debate _____

“Las EPS no son las responsables de la crisis económica de las IPS”

Hay otras causas de más peso, dice Mauricio Toro Bridg

Que no se hable de la EPS ISS, por un lado, y de otra EPS, por el otro lado y que por lo tanto el cumplimiento de la Ley sea idéntico para todas, es más que una petición, una claridad que hace Mauricio Toro Bridge, gerente de salud, cuando responde para EL PULSO una serie de interrogantes sobre la forma como marchan estas entidades, creadas por la ley 100 y que, según directores de Clínicas, Hospitales y Empresas Sociales del Estado, tienen mucho que ver con su difícil situación económica.

Esta precisión que hace Toro Bridge es, según él, de mucho fondo, por que la no aplicación por parte del ISS de algunos mecanismos de la legislación como los periódicos de carencias, las cuotas moderadoras, etc. crea confusión en todo el sistema y en últimas lleva a este instituto a los problemas que hoy enfrenta.

El insiste que las EPS, en su conjunto, tienen que acatar disposiciones tan claras como el que los pacientes víctimas de enfermedades llamadas catastróficas – como es el caso del SIDA – sean tratados integralmente y, de hecho, - afirma - son atendidos (Susalud, por ejemplo, tiene 100 pacientes con SIDA a los cuales se les suministra antirretrovirales). Pero, en lo que no está de acuerdo, es que se diga que las EPS privadas, por así llamarlas, han debido responder a estos derechos después de una serie de

tutelas y pronunciamientos de la Corte Constitucional, sino que ellas, y en particular habla en nombre de la EPS que él preside, han sido diligentes en el cumplimiento de sus obligaciones según la Ley. En síntesis, él defiende la labor de las EPS y argumenta que son delicadas las generalizaciones de quienes quiere endilgar a estas entidades responsabilidades como el no flujo oportuno de dinero en el Sistema General de Seguridad Social, aunque de hecho ocurra que algunas EPS que no están cumpliendo. Estas son las respuestas suyas a un diálogo sostenido con la editora de EL PULSO.

LAS EPS Y LOS FLUJOS DE FONDOS

- Argumentan los organismos asistenciales que la principal causa de su crisis es el no pago oportuno de las obligaciones de las EPS hacia ellos. ¿Qué podría responderles?
“los problemas del flujo de dinero en el Sistema tienen varias causas y la que menos pasa de todas es la no oportunidad de pago de las EPS. Estas son: 1. El peso específico que todavía tiene el ISS y que al no pagar oportunamente lo desequilibra todo. 2. En el régimen subsidiado se han presentado fallas que van desde los entes territoriales hacia las administradoras de – Régimen – Subsidiado- ARSs. 3. La no diligencia en el pago de las Direcciones Seccionales de Salud y de los entes territoriales hacia los hospitales que atienden personas vinculadas al Sistema. 4. El no pago en los tiempos que fija la Ley por parte de la EPS diferentes al ISS y de las ARSs, hacia el sector prestador de servicios. Me atrevería a decir que de todas las que menos impacto tiene en el flujo de dinero es esta última y que excluyendo algunos casos son las EPS las que mejor están cumpliendo.

Además el peso específico de ellas es mínimo; así que hay que ver con mucha objetividad dónde están los problemas para no buscar soluciones en el lado equivocado”.

- **¿Por qué las demoras en los pagos por parte de las EPS y qué papel está cumpliendo entonces la Superintendencia de Salud?**
“No tengo autoridad para referirme a las otras EPS. En el caso de Susalud hemos sido rigurosos en el pago y las razones por las cuales algunas no cumplen creo que están relacionadas con asuntos de gestión interna no por causas externas. Al menos en el régimen contributivo no existe razón que provenga del Sistema, que justifique esas demoras. Por lo tanto, las soluciones son de gestión; es lo que nos hacen diferentes y esto también es válido para las IPS, algunas de las cuales no han tenido problemas de flujo de dineros. Respecto a la Super, cada vez tiende a ser más exigente y a hacer más presencia”.

EL FUTURO DEL SECTOR

- **Cómo ve el panorama de las EPS; tiende a monopolizarse este mercado?**
“Las EPS son organismos muy complejos que requieren una altísima especialización en su manejo; son muy sensibles en control de costos, sistemas de información, atención al cliente. Hay factores externos que son críticos como la Unidad de Pago por Capitación o como las actuaciones de las altas Cortes frente a la cobertura, pero, esencialmente, dentro de un mercado de competencia regulada, el éxito radica en la gestión interna y muchos gerentes se la pasan más tiempo pensando en los problemas macro de la ley que en sus múltiples asuntos micro que son los que realmente están dañando su organización.
En cuanto a la monopolización, no creo en esa hipótesis; hacia el futuro habrá competencia con un número no muy grande pero sí suficiente de actores incluyendo empresas extranjeras que nos va a obligar a ser todavía más eficientes”.
- **¿Cómo va Susalud en ese contexto?**
“Susalud ha venido en un proceso de consolidación. En la actualidad somos responsables por la atención de 450 mil personas, con un nivel de satisfacción creciente y este año 98 alcanzamos el punto de equilibrio”.

- **¿Qué sugerencia haría a otros gerentes de EPS para mejorar su gestión?**
La clave de tener unos sistemas de información muy avanzados que permiten apoyar toda la gestión; tener una relación de mucho respeto con el personal de Susalud y con los organismos asistenciales, donde los elementos oportunidad de pagos, claridad en los convenios y evaluación continua, juegan un papel vital”.
- **¿Está de acuerdo con qué el ISS hace competencia desleal dentro del Sistema?**
“El ISS efectivamente se ha comportado como un sistema aislado lo que perjudica a todos y al él mismo. Al sistema porque dificulta la información y la puerta en marcha de todos los elementos del sistema; por ejemplo la oferta de servicios fuera del POS genera confusión, lo mismo que los copagos, etc. El ISS no ha tenido claro su papel en el Sistema y si no hace su propio cambio él será el más afectado”.
- **¿Sin embargo, frente a enfermedades catastróficas como el SIDA, el ISS al tener un POS más amplio, al no exigir copagos y demás, ha sido la única EPS que ha dado la mano a pacientes sin esperanza de recibir u trato digno. No cree?**
“Eso no es así: tanto el ISS como las demás EPS tenemos las mismas obligaciones que atender; nosotros tenemos 100 pacientes de SIDA con antirretrovirales y muchos con o tras enfermedades catastróficas; los medios de comunicación ponen en la picota las EPS y desinformar cuando dicen que el ISS sí cumple y nosotros no, en casos como estos. Pero la verdad es que la respuesta la dan finalmente los buenos servicios. Eso es lo que hace la diferencia”.
- **¿Qué propuesta haría al nuevo gobierno en cuanto a reformas en el Sistema de Salud?**
“La ley hay que implementarla, desarrollarla, no cambiarla. No se puede seguir la pésima costumbre del país de insistir en seguir haciendo normas sin aplicar y evaluar las que existen. La Ley de Seguridad Social en el país es muy importante y puede marcar un avance muy grande, pero se tiene que preservar en la solución de los problemas que están planteados”.

¿Qué es el Sisbén?

Por Sergio Augusto Vélez Castaño
Secretaría de Salud de Medellín

Simultáneamente con la expedición de la Reforma Social, La Ley 100 de 1993, el gobierno, a través de Planeación Nacional, aprobó un nuevo sistema de clasificación socioeconómica denominado Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales, Sisbén.

Este nuevo sistema vendría a reemplazar, en gran medida, otros métodos o instrumentos de clasificación socioeconómica más globales e imprecisos como la clasificación por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), clasificación por localización geográfica o clasificación por programas.

La expedición simultánea de ambas normas creó gran confusión en toda la población, especialmente cuando comenzó a desarrollarse el Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en salud. El consejo general era que Sisbén y Régimen Subsidiado eran lo mismo. Grave error que infortunadamente permanece hoy, aún en el personal de la salud, generando expectativas inadecuadas en la población general.

ES UNA ENCUESTA

Se esperaba con este nuevo instrumento tener el diagnóstico socioeconómico más preciso para determinados grupos de población, que tendría gran aplicación en la formulación de los planes de desarrollo social de los municipios; además sería un instrumento de selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de programas sociales, de acuerdo con la condición de las personas y su grupo familiar. En términos prácticos el Sisbén es una encuesta con 62 preguntas que

busca clasificar socio económicamente a la población; evalúa variables como: características de la vivienda y servicios públicos, conformación del grupo familiar, situación laboral, nivel educativo e ingresos, entre otros. Acorde con los resultados obtenidos en el cuestionario, se asigna una clasificación de pobreza siendo el nivel uno el más pobre y el seis el menos pobre.

Esta clasificación de Sisbén es retomada por los diversos programas sociales del Estado para seleccionar a las personas que recibirán subsidios o ayudas; el número de personas escogidas dependerá de los recursos financieros de cada programa. Los programas sociales que están recurriendo a este instrumento son los de Educación, Salud, Tercera Edad y Vivienda.

RÉGIMEN

SUBSIDIADO Y SISBÉN

El Sisbén fue aprobado por el Consejo de Seguridad Social en Salud y el Ministerio de Salud, como el instrumento de focalización por medio del cual se seleccionan las personas y grupos familiares que se afilian al Régimen Subsidiado. Inicialmente se están afiliando las personas ubicadas en los niveles de pobreza 1 y 2 del Sisbén, de acuerdo a los recursos financieros existentes en el sistema y en los entes territoriales.

En resumen puede decirse que el Régimen Subsidiado utiliza los resultados de Sisbén (niveles de pobreza uno y dos) para seleccionar a las personas que afilia al Sistema, pero no todas las personas encuestadas tienen el derecho a ser afiliadas al régimen subsidiado.

No obstante lo anterior, las personas encuestadas clasificadas por el Sisbén, ubicadas en los niveles de pobreza uno, dos y tres, que no pudieron ser afiliadas al régimen subsidiado, ni tienen régimen contributivo, se les prestarán servicios de salud como vinculados al Sistema de Seguridad Social en Salud.

<p>EL PULSO Octubre de 1998</p> <p>Director Julio Ernesto Toro R</p> <p>Comité Editorial José María Maya Mejía Alberto Uribe Correa Augusto Escobar Mesa Juan Guillermo Maya Salinas Alba Luz Arroyave Zuluaga</p> <p>Editora Periodista Sonia Gómez Gómez</p>	<p>EL PULSO -----4-----</p>	<p>Dirección para envío de correspondencia Hospital Universitario San Vicente de Paúl Medellín, calle 64 con carrera 51D email: husvp@medellin.impsat.net.co</p> <p>Departamento de Comunicaciones Teléfono 263-78-10 y 263-43-96, Fax: 263-44-75. Dirección Comercial Abril publicidad, Claudia Múnera. Tel: 311-15-59 Fax: 311-4069 Medellín Diagramación: Byron R. González M. Impresión: La Patria, Manizales</p> <p>Esta es una publicación mensual, sin ánimo de lucro, orientada al sector salud y a la dirigencia política y económica y de circulación nacional e internacional.</p>
--	--	---

¡Virgilio, Virgilio!

Por Julio Ernesto Toro Restrepo

No es nada nuevo que el sector de salud esta en una situación muy difícil. No solo esta viviendo la del país, sino su propia historia, a tal punto que ya no estamos tan preocupados con que al terminar el año 2000 la cobertura por servicios de salud debe ser del 100% de los colombianos si, no que ahora lo que más nos inquieta a todos es que el sistema de salud sea viable, que se cumpla la ley, que prontamente se ajuste lo que ella se deba ajustar, que rápidamente se elimine la inequidad que hay con los profesionales y con las instituciones para que finalmente se brinde con oportunidad la atención médica que necesita y a que tiene derecho la gente.

El nuevo gobierno y en particular el nuevo ministro de salud, Dr. Virgilio Galvis tiene un compromiso muy grande con el país entero, no solo con el sector ni con todos los colombianos, con todos los sectores. Así es de importante el ministerio que el Dr. Galvis tiene en sus manos y deseamos que tenga todo el éxito.

Porque es que sin salud para qué todo lo demás? No se logra desarrollo y progreso con un pueblo enfermo debilitado. Por esto el negocio de la salud, sí es tal y muy especialmente para países. En este caso, la salud redundante en beneficio común, para todos, se irradia, se multiplica. Un buen nivel de salud, se traduce en progreso para todos los ciudadanos y un pueblo sano y saludable genera más beneficios y más salud y esta a su vez genera más progreso. Cerrar el círculo en la rentabilidad económica solamente, no redistribuye beneficios, los concentra.

Para llegar a escribir la Eneida, Virgilio tuvo que dedicar mucho tiempo, más de once años, y mucho esfuerzo. Eneas, héroe de la obra, tuvo que cargar con su anciano padre y llevar a su hijo de la mano, no para huir a la caída de Troya sino para llegar a sitio seguro y seguir imaginando la Roma ideal. Así mismo tocará al nuevo ministro sobrellevar muchas situaciones para conducir el sistema y la red de servicios hacia una mejor posición, a la óptima, a la idealizada por todos.

Tendrá que mirar como positivo el cuestionamiento, los interrogantes y propuestas que tiene el personal de la salud, los gerentes y administradores de clínicas y hospitales y que por supuesto el compartió como conocedor avezado sobre diferentes aspectos de la ley y de los decretos que reglamentarios. Todo esto tendrá que mirarlo y creemos que el nuevo gobierno tendrá ojos para ello.

La Salud En Un País en Crisis Económica

Doctor Luis Carlos Ochoa

Secretario de Seguridad Social
En Salud en Medellín

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente en el país, tienen como propósito hacer efectivo el derecho a la salud, garantizando servicios de calidad adecuada y en forma progresiva a toda la población, aplicando principios de eficiencia, solidaridad y equidad.

Cualquier sistema de Seguridad Social se fundamenta en varios supuestos económicos, tales como: bajos niveles de evasión y elusión, bajas tasas de desempleo e inflación, crecimiento económico sostenido, y asignación creciente de los recursos, supuestos, que por desgracia, no caracterizan en estos momentos al país, afectándose lógicamente la capacidad financiera del sector, a lo que se debe agregar la corrupción y el derroche de recursos en muchos casos.

De otro lado, la aplicación del sistema exige capacidad de gestión a el nivel local y un comportamiento apropiado de los demás actores que lo integran, en cuanto a funciones, flujo de recursos y uso de los mismos.

Ante la situación de crisis del sector se impone la aplicación de medidas efectivas, algunas señaladas ya por el Ministro de Salud.

Es necesario continuar el proceso de descentralización y municipalización de la salud, incluyendo las acciones de vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud; aplicar el sistema de información desarrollado por el Ministerio, que facilite gerenciar las empresas y manejar adecuadamente las relaciones interinstitucionales; hacer que el Instituto de Seguro Social actúe como las demás EPS/IPS, evitando comportamientos impositivos con los demás entidades; mejorar la equidad en el sistema de contratación entre los diferentes actores del sistema; terminar las entidades adaptadas porque generan inequidad, son altamente costosas y no tienen futuro de acuerdo con la ley; integrar los recursos para promoción de la salud en las secretarías del ramo y redefinir el porcentaje de

gastos de administración para las ARS; apoyar la gestión de los Fondos Locales de Salud, en cuanto a fuentes de los recursos, frecuencias de captación, rendimientos y destinación específica; reajustar las tarifas para servicios esenciales, como la atención de urgencias; mejorar la capacidad resolutoria de los servicios de menor complejidad, para disminuir la referencia a otros niveles de mayor costo, incorporando nuevos modelos de atención, como la de medicina y salud familiar; no premiar, en la distribución de recursos, la ineficiencia o el peculado; unificar el periodo de las Empresas Sociales del Estado, con el de los alcaldes, para evitar problemas de toda índole; ejercer la garantía de la calidad de los servicios por parte de las Direcciones de Salud; fortalecer el cambio de recursos de la oferta a la demanda, para no perpetuar la ineficiencia del sector; controlar la evasión en la afiliación del sistema y fortalecer la estrategia de Municipios Saludables, para controlar factores de riesgo en otros sectores y contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida.

Nuestra solicitud al señor Ministro de Salud, doctor Virgilio Galvis Ramírez, persona diligente, pragmática y con deseos hacer bien las cosas, luchando fundamentalmente contra la corrupción y la ineficiencia, es que haga efectiva estas políticas para que de esta manera apoye los esfuerzos territoriales y que aproveche la experiencia que Antioquia tiene tanto en el sector público como en el privado, para que en todo el país podamos contribuir, no solo a superar la crisis, si no a desarrollar un sistema de salud que ha demostrado sus beneficios, especialmente para la población mas pobre y vulnerable.

<p>Cartas a la Dirección</p>	<p>EL PULSO agradece a los lectores la inmensa cantidad de cartas que hemos recibido manifestando la complacencia por la aparición de este medio de expresión del sector salud. Esperamos que esta gran acogida se plasme también en una participación activa de todos los actores para que EL PULSO pueda ser efectivamente una tribuna plural de discusión en beneficio de todos. Sus artículos serán bienvenidos, lo mismo que sugerencias, opiniones y noticias, insistiendo en la brevedad ya que, de lo contrario, sería imposible publicar el contenido total de los mismos. Nos permitimos reseñar apartes de comunicaciones recibidas. Por falta e espacio no podemos incluirlas todas, pero trataremos de hacerlo en futuras ediciones.</p>
---	--

Doctor
Julio Ernesto Toro Restrepo
Director
EL PULSO

Celebro complacido el nacimiento de este nuevo medio de comunicación escrita que, por la calidad de sus contenidos y la actualidad de sus artículos, se convertirá en vocero indiscutible del sector de la salud local y regional.

En nombre del Gobierno Municipal que presido, permítame expresarle nuestras más sinceras felicitaciones por tan invaluable publicación, a la que le aseguro los mayores éxitos. ¡Enhorabuena!. Para hacer de Medellín una ciudad más humana ¡Es hora de actuar!

Juan Gómez Martínez
Alcalde de Medellín

Agradezco de manera especial su gentil deferencia de enviarme el periódico EL PULSO, órgano informativo para el sector salud, iniciativa del Hospital San Vicente de Paúl. Los felicito de todo corazón por tan excelente publicación y les deseo el mayor de los éxitos en el cumplimiento de sus metas.

Teresita Cuartas de Builes
Primera Dama del Departamento

Recibí el ejemplar del periódico EL PULSO en el cual se quiere informar a la comunidad sobre los temas relacionados con salud. Muy meritorio el esfuerzo y muy necesario dadas las grandes expectativas que pesan hoy sobre el sector.

Francisco Piedrahita Echeverri
Presidente Ejecutivo
Cámara de Comercio de Medellín

Deseo felicitarle por sus realizaciones al frente del Hospital San Vicente de Paúl en Medellín y por haberlo llevado a niveles de gran altura científica gracias a sus investigaciones y organización. A ello se suma ahora la creación del periódico EL PULSO cuyo contenido me ha parecido excelente y viene a llenar un vacío en el periodismo médico científico, en particular frente a las modificaciones de la organización de la salud y a la severa crisis que vive el sector.

Alvaro Rodríguez
Director Fundación Oftalmológica Nacional Santafé de Bogotá

Recibido con complacencia la iniciativa del Hospital de crear un medio de comunicación que de a conocer las actividades y opiniones de todos quienes hacemos parte de sector de la salud. Los felicito sinceramente por este nuevo medio informativo en el cual estén seguros estamos dispuestos a participar.

Javier Orozco Mora
Gerente
Clínicas las Américas

He encontrado en EL PULSO una publicación seria, abierta a todos los actores del sector de la salud, dispuesta a la crítica constructiva, interesa en la formación de criterios acertados en torno a la legislación vigente y plenamente deseosa de mejorar a las instituciones y las personas involucradas en la trascendental tarea del cuidado de la salud de los seres humanos, tanto en lo administrativo como en lo asistencial, sin dejar de lado los aspectos docentes, culturales y de investigación. Su diagramación, impresión y formato me parecen excelentes, igual que sus editoriales, artículos, comentarios y entrevistas. Desde su nacimiento veo en EL PULSO a una tribuna imparcial para el sector de la salud y a un vocero plenamente autorizado por la calidad y sana intención de quienes lo han gestado y

apoyado, con el Hospital San Vicente como eje central y con usted a la cabeza del equipo humano de esta importante publicación.

Sírvase aceptar el más efusivo saludo de felicitación de la “Familia Hospital Pablo Tobón Uribe y la mejor voluntad de colaboración personal y del Hospital que me Honro en presentar.

Iván Darío Vélez A.

Director General Hospital Pablo Tobón Uribe

Quiero en nombre de la Regional de Antioquia felicitarlo tanto a usted como a todo el equipo de colaboradores que en forma tan profesional han editado el periódico EL PULSO, por que sin duda alguna un medio de información se constituye en una herramienta valiosa para todos los públicos que quieren tener un contacto con instituciones tan significativas como el Hospital.

Doralba Barco Ruiz . Directora Regional Sena

<p>NUEVO EQUIPO EN EL CENTRO MÉDICO DE LA CONGREGACIÓN MARIANA Videorectosigmoidoscopio flexible fue adquirido por el Centro Médico de la Congregación Mariana. Sirve para visualizar las lesiones en el ano, el recto y el sigmoide, de una manera menos traumática por ser un equipo con un diámetro de menor tamaño y porque permite una posición más cómoda para el paciente. Con él, el procedimiento se tarda 10 minutos; hay entrega inmediata de resultados y reporte fotográfico.</p>	<p>EL PULSO -----5-----</p>
---	--

¿Cuándo será el momento?

Dr. Ricardo Restrepo Arbeláez

La comunidad de los trabajadores de la salud esta preocupada por los cambios producidos por las reformas en el sistema de salud.

A diario, gran parte del tiempo, en nuestras charlas cotidianas en los cafetines, corrillos callejeros, comedores y otros lugares de reuniones, la conversación se ha centrado en que hacer ante la pérdida progresiva de la autonomía, en las políticas, en el que hacer diario del trabajo médico, en la reducción de los ingresos fijados en costos supuestos del contratista y decididos en forma unilateral, en la mora ilegal e indebida del pago por los servicios prestados no solo a los trabajadores sino a las instituciones, -IPS- las regulaciones que se modifican día a día, fijadas en forma autocrática y sin la participación de ninguno de los estamentos comunitarios, decisiones que a veces son irracionales, la proliferación economicista de las áreas de educación, en la salud, como en la medicina, en la administración en salud, en la salud ocupacional, en la fisioterapia y afines, donde el único propósito no es beneficiar las comunidades más necesitadas, sino reducir un lucro por la educación y además una política de manifestación con poca estabilidad, que en último fin, sólo lleva a la multiplicación de la atención a bajo costo sin un sentido de beneficio social.

Todo lo anterior trata de romper los principios teóricos de las profesiones de la salud y así lograr un acatamiento a las nuevas norma, siendo el profesional de la salud un empleado asalariado, que no genera sus políticas y objetivos, sino que cumple con los mandatos de los nuevos dictados globalizantes fijados por los economicistas y muchas veces implementados por trabajadores inexpertos de la salud, que se quieren ubicar en el nuevo sistema.

En ninguna forma se pueden cuestionar las inquietudes y los esfuerzos de nuestros gremios, aunque para cambiar serán inútiles, a no ser que aceptemos que somos responsables de muchos de los problemas que enfrentamos; veo con preocupación que si no modificamos muchas actitudes y planificamos unas prácticas organizadas, seguiremos perdiendo nuestras posibilidades, el manejo de nuestra profesión, y el respaldo activo de la comunidad; se requiere de la unidad para beneficio de todos y para una mejor y real calidad de vida en nuestro medio.

Las reformas en el sistema de salud, son escritas con un contenido humanístico, pero con un fin económico, la privatización de la salud, sus intermediarios, los administradores institucionales y la reglamentación y normas, buscan finalmente la eficiencia y la eficacia en los rendimientos económicos ¿donde se han desarrollado buenos planes de promoción de la salud?. Y aún me atrevería a preguntar si se conoce significado? , ¿dónde hay programas sólidos en prevención y educación comunitaria?.

¿Dónde hay participación activa de la comunidad para su propio bienestar?, o nos vamos quedando en solo organización que responda los intereses económicos, ¿hay programas sólidos de medición de calidad?, ¿hay ponderación a nivel gubernamental a los programas con buenos balances sociales o se convierten en paradigma el balance económico positivo? Así pues el campo de la salud , se convirtió en una presa atractiva y fácil para introducirse otros y capturar para su beneficio una gran porción de nuestro pensamiento y quizás el utópico humanismo.

¿El fin de los protocolos, guía de manejo o flujogramas, serán para el beneficio del aprendizaje de nuestros alumnos y colegas?, o serán para usufructo económico de unos pocos monopolios, cobijados bajo la nominación de transnacionales, quienes fijan todas las políticas para su propio beneficio y siempre encuentran quienes los acoliten, aún con cierta resistencia pasiva, para que los costos en bienestar humano y colectivo sean menores, o para que sus productos sean más consumidos, y haya mas acumulación del poder y del dinero y a entretener a través de los medios de comunicación masiva, el malestar humano.

Identificar superficialmente los problemas sin ofrecer algunas soluciones, no es correcto, solo traté de generar algunas inquietudes de problemas comunes y generales. Dar algunas soluciones es difícil, porque ya se acepta en parte lo vivo como una verdad, hay conflictos de interés y una inclinación natural a aceptar los hechos como están; creo que se vislumbra un descontento general y se ven deseos dispersos de integrar algunas acciones aisladas.

Considero que hay ausencia de liderazgo y pasividad en nuestro medio juvenil, no se discrepa públicamente, no se conforma, se aceptan las leyes y normas y no se proponen cambios concretos. No estará llegando el momento de unir esfuerzos, ideas, pensamientos, deseos y voluntad por una reforma y por un cambio en las políticas de salud y pensar unidos, comunidad en general y trabajadores de la salud, en retomar con seriedad y equidad las riendas de unas nuevas normas que lleven a un mayor

bienestar de todos, basados fundamentalmente en la dignidad y el respeto a los profesionales y a nuestras gentes.

“El intelectual rechaza las especializaciones cerradas y excluyentes, por su aporte a la acción de valores y de ideales de orientación de la vida individual o colectiva, pero sobre todo por una posición crítica generalizada no comprometida con intereses particulares.”

La agonía de las IPS privadas

Por Federico Díaz, Md.

Son indudables los beneficios de la ley 100 en materia de aplicación de cobertura en salud a muchas personas que antes no tenían siquiera lo más elemental; queda por demostrar que la atención que se está dando si sea de calidad científica y orientación humanizada.

Cuando se pone en práctica algo tan nuevo y ambicioso como es la Ley 10, parece inevitable que, a la vera del camino, queden tendidas algunas de las personas o instituciones que antes actuaban en el respectivo campo; la pregunta que surge ante ese hecho es la siguiente: ¿conviene al país esa mortandad?.

En el ejercicio médico liberal que ha sido tan importante en Colombia, juegan un papel muy importante las IPS de los mismos médicos; grandes y pequeñas, poderosas o modestas, resplandecientes o humildes, han dado en general un buen servicio, y contrario a lo que pudiera pensarse, no han sido fuente de enriquecimiento para sus dueños sino, solamente, de un nivel de vida decente; en ellas se ha ejercido, la mayoría de las veces, una buena medicina humanizada.

Esas IPS privadas parecen estar en vía de extinción; cada vez más dependen de contratos con las EPS privadas u oficiales, o con las Empresas de Medicina Prepagada, que fijan unilateralmente las tarifas y pagan con retraso considerable, cuando lo hacen. Varias veces al año afrontan alzas incontroladas en los insumos mientras sus ingresos se estancan, o lo que es más hiriente, disminuyen; para contrarrestar la rápida obsolescencia de los equipos deben recurrir a costosos créditos bancarios casi imposibles de amortizar con los flacos ingresos por venta de servicios.

Durante algunos años el horizonte aparecía despejado para las IPS; a medida que aumentaba la vinculación de personas al Sistema de Seguridad Social, a través de las EPS y ARS, estas contrataban la prestación de servicios con aquellas, el volumen de atención crecía, se obtenían economías en los insumos, se podía correr el riesgo de endeudarse para modernizar equipos, etc.

Era pues un panorama alentador que permitía abrigar optimismo, poco a poco, sin embargo, las cosas fueron cambiando en la medida que las EPS y las compañías de medicina prepagada, abrieron sus propias IPS; con el argumento legítimo de sobrevivir manteniendo todo en casa, condenaron a una agonía a quienes atendían sus pacientes; para agregar sal a la herida, algunas EPS en las que los médicos son accionista, fundaron sus IPS dejando sin clientela a quienes las crearon y consolidaron con su aporte económico.

Cabe dejar flotando algunas preguntas: ¿tendremos una mejor medicina cuando las IPS privadas quiebren y poco a poco desaparezcan? ¿era ese uno de los objetivos del legislador al aprobar la ley 100? ¿o en el camino, algo empezó a funcionar mal y la cadena de prestación de servicios de salud se va rompiendo por su más débil eslabón, las IPS privadas? Personalmente creo que estas tienen un papel importante para cumplir en los desarrollos de la LEY 100, pero que los factores que las están llevando a la bancarrota tienen que ser, urgentemente corregidos.

Cuando hablamos de bioética ¿sabemos qué es?

Por Jaime Salazar, S.J.

Hay palabras que se popularizan, se convierten en moda y las usamos sin entender todo su significado. En griego “bios” significa vida y ethos se refiere al comportamiento del ser humano en relación con una escala de valores. Así pues, etimológicamente, bioética es la ética de la vida, es responder a la pregunta de cómo debemos tratar la vida.

El profesor Van Rensseler Potter en 1971 publicó su libro “Bioethics, Bridge to the Future (la bioética puente hacia el futuro); trata de tender un puente entre la ciencia y la ética que corrían cada uno por su lado con peligros graves inclusive para la supervivencia del hombre y su calidad de vida. La bioética, así entendida, comprende todo lo que significa la vida: humana, la animal y la vegetal y el medio ambiente en general. El hombre sé a desempeñado en construir, pero destruyendo la naturaleza y los ecosistemas: Mata árboles para usar la madera, hace fábricas que contaminan las aguas y dejan de ser el hábitat propicio para millares de seres; aniquila animales por gusto o para usar sus pieles en lujos superfluos; manipula la vida y la generación humana por egoísmo o aventura, con el peligro de crear monstruos; juega ser Dios creador como un niño que no tiene conciencia de sus actos y así podríamos extendernos en infinidad de ejemplos.

Hay muchos rumbos que tenemos que enderezar y variedad de cambios que tenemos que aceptar. Debemos ser responsables de nuestros actos y medir las consecuencias.

La bioética al abordar los problemas con una metodología interdisciplinaria, no confesional, basada en valores éticos y en los derechos y deberes humanos, nos ayuda a formar seres humanos responsables; la bioética es un despertar del ser humano a una conciencia de las relaciones universales que invita a defender la vida y el medio ambiente.

El inmenso desarrollo científico y tecnológico, adquirido por el hombre, ha puesto en nuestra historia armas, instrumentos que pueden aprovecharse para el bien o para el mal, para construir o para destruir, para el bienestar de la sociedad o para su corrupción y degeneración.

El científico, el médico, el tecnólogo, están en capacidad de orientar el rumbo de sus acciones. Las leyes que regulan los grandes descubrimientos genéticos, los procesos de clonación o la manipulación de la vida y la muerte, son inadecuados e ineficientes.

Solamente el profundo respeto a la vida y el espíritu de responsabilidad personal y social, podrán encausar el desborde de la ciencia y el control de los intereses mezquinos. La bioética nos proporciona ese punto de unión entre lo que podría llegar a hacer el hombre y lo que debe o no debe hacer. No juguemos a ser dioses como niños sin conciencia de la responsabilidad de sus actos. Apostémosle al respeto por la vida. No deshumanicemos a la humanidad: construyamos una sociedad mejor.

LA CARDIO TIEN PAGINA DE INTERNET

www.cmfsm.org.co es la dirección electrónica de la Congregación Mariana, la Clínica Cardiovascular. Allí se ofrecen los servicios, las actividades, programas de promoción y prevención de la salud.

El e-mail es: rinsfm@cmfsm.org.co. pueden enviar sus inquietudes y comentarios a esta dirección. Sus mensajes siempre serán bienvenidos.

EL PULSO

-----6-----

Gestión

Retos para la consolidación del sector salud

Bajo la luz del modelo planteado por la Ley 100 de 1993

Por Sergio Castaño Convers
Manuel Camacho Montoya

Centro de Gestión Hospitalaria, especial para EL PULSO

La ley que reglamentó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) lleva casi cinco años de aprobación y tres y medio de implementación.

Han sido ampliamente comentados los logros de la reforma en lo que respecta al aumento de la cobertura de aseguramiento en salud, con más de un 55% de la población del país, así como los altos niveles de satisfacción en la calidad del servicio en salud (evidenciados en los resultados de la encuesta de calidad de vida realizada por el DANE en el año de 1997) que en promedio es considerada como buena por el 83.8% de los encuestados (1).

Sin embargo, y a pesar de los resultados, existen una serie de problemas y desajustes, los cuales deben ser intervenidos rápidamente para evitar el riesgo de que el sistema entre en crisis y pueda colapsar. A continuación se expondrán una serie de tópicos, la mayoría relacionados con la función de modulación – regulación, que se constituye en desafíos que deben ser enfrentados por la nueva administración del sistema.

Estos puntos son opiniones basadas en una visión personal, que excluye los retos que deben enfrentar y asumir los aseguradores y los prestadores por su propia cuenta y que no toca temas vitales como el papel de la sociedad civil en la consolidación de un sistema como el de la salud.

1. Asignar y vigilar los recursos

Lo primero es decir que para lograr una cobertura universal del aseguramiento en salud, es fundamental contar con los recursos suficientes para hacerlo. Esto implica caminar en tres direcciones, por un lado, enfrentar el problema de la evasión y la elusión de aportes, e intervenir el serio problema de la no afiliación de los trabajadores de sector informal al SGSSS; por otro lado implica defender los recursos con que cuenta el sector salud, que frente a la coyuntura de crisis económica que vive el país, pueden resultar recortados.

Finalmente, implica trabajar por hacer un uso eficiente de los dineros, en especial en lo relacionado con las transferencias departamentales y municipales, que al parecer han sido utilizadas ineficientemente, atesoradas y utilizadas para otros fines (2).

2. Tecnicificar el Ministerio de Salud

En segunda medida, es importante consolidar la capacidad técnica del ministerio para dirigir el sector, frente a lo cual es vital desarrollar un buen sistema de información, darle una mayor estabilidad al personal técnico y adjudicar y velar por el buen desarrollo los proyectos BID _ MINSALUD (Unidad Técnica, Régimen subsidiado, Oferta y Demanda de servicios, Costos, UPC, Campaña de información del usuario, etc.)

En relación con lo anterior, está la necesidad de fortalecer y acompañar muy de cerca al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, ente director del Sistema, con el fin de buscar que este se convierta en un organismo proactivo que planea al largo plazo, y que no siga como un ente reactivo que apague incendios (3)

3. Una Supersalud sólida

Lo tercero se relaciona con la función de regulación fundamental en el papel papel de la modulación. El SGSSS necesita de una Supersalud sólida técnicamente y con dientes para sancionar los disfuncionamientos. Esto requiere que el sistema de información funcione como un reloj, así como una coordinación permanente y sistemática entre los entes territoriales, que en práctica son los entes reguladores de las IPS a nivel regional.

Es fundamental tocar el tema de las EPS públicas, que al parecer han sido ineficientes en su papel de entidades articuladoras (o aseguradoras siendo técnicamente inexacto); 7 de las 10 EPS públicas están en problemas financieros. Hay que afrontar con urgencia la situación financiera del ISS, que al ser éste el principal comprador del régimen contributivo, desequilibra a la mayoría de las IPS y proveedores, poniendo en peligro el flujo de fondos y afectando la viabilidad financiera de todo el sistema.

4. Más exigencias para las ARS y ESS

El cuarto punto se refiere a la situación financiera y de funcionamiento de régimen subsidiado. Entre otros aspectos, se debe estudiar y exigir a las ARS y ESS unos requisitos de funcionamiento con su responsabilidad, así como un número mínimo de afiliados que permita hacer el aseguramiento y prestar servicios de salud de una manera económicamente eficiente. Además, se deben favorecer procesos de planeación a medio y largo plazo, así como de mejoramiento de la gestión en los procesos del día a día de la mayoría de las ARS y ESS. Se deben mejorar los procesos de vigilancia y control sobre estas entidades y montar un sistema para monitorear la situación de los afiliados y la calidad de su atención.

5. Atender a los profesionales de la salud

El quinto punto por mencionar es el de los recursos humanos. Hoy los médicos. Enfermeras y odontólogos – por mencionar sólo 3 tipos de profesionales- han manifestado su disconformidad con el sistema.

El problema médico es muy complejo. Hay quejas por salarios, existen cerca de 40 mil profesionales y facultades formando médicos, sin que esté claro que va a suceder con los 4 mil profesionales de cada año producirá el país.
Hay un gran desempleo y subempleo en odontología, también con muchas facultades y centro de estudio y pocas soluciones a la vista, más si se considera que gran parte de los tratamientos están por fuera del POS.
Con enfermería el problema es que los hospitales se quejan de falta de profesionales; muy pocas personas se presentan a esta carrera tal vez por baja remuneración laboral, unida a los altos costos de estudio y exigencia técnica.

7 de las 10 EPS públicas están en problemas financieros en la actualidad

Las soluciones en cuanto a recursos humanos implican reformar la Ley 30 de educación que permite el desarrollo indiscriminado de facultades en todos los campos; una articulación con los gremios y universidades; planear un sistema de acreditación periódica de profesionales y continuar el programa de acreditación de los programas educativos.

“Queremos manifestar nuestro optimismo hacia el futuro del sector salud, nuestra gran admiración y confianza en sus actuales directivas y la convicción de que dadas las condiciones del país, en la actualidad el modelo planteado por la Ley 100 es lo mejor que disponemos para mejorar las condiciones de salud e la población en general”.

- (1) Tomado de Céspedes J.E. Ramírez M., Reyes A. Análisis de la encuesta de calidad de vida del DANE. Resultados preliminares. Bogotá. Econometría sin publicar. 1998.
 - (2) Documento Conpes 2813, octubre 25 de 1995 y 2874 de agosto de 1996.
- Comentario del autor basado en la lista de los últimos acuerdos aprobados por el CNSSS.

CONGRESO DE INSTRUMENTACIÓN QUIRURJICA

“Humanismo ciencia y cultura” es el nombre del congreso nacional número 12 de la Asociación Colombiana de instrumentadoras. El evento se realiza los días 9, 10, y 11 de octubre, informes e inscripciones en los teléfonos 5135403 o 2515883.

EL PULSO
-----7-----

El caso

Tuberculosis, hoy

Grave Amenaza para los trabajadores de la salud

Por Gloria Velásquez Uribe

Md. Microbióloga y parasitóloga
UPB, Profesora Facultad de Medicina U de A

INTRUDUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad transmisible por vía aérea a través de las gotitas infectadas que expelen los enfermos bacilíferos al toser y al hablar (1). Afecta especialmente a las personas inmunocomprometidas, a quienes viven en pobres condiciones sociales y a los trabajadores de la salud (TS) por su mayor riesgo de exposición (2).

Colombia ha sido un país endémico para esta infección y las actuales características políticas, económicas y sociales, garantizan el incremento en el número de casos y por tanto el mayor riesgo de los TS. Las medidas protectoras establecidas internacionalmente para prevenir el riesgo laboral de TB, como la educación continuada, el uso de mascarillas con filtro biológico y el aislamiento oportuno del paciente tosedor, han demostrado su eficacia (3); sin embargo, tradicionalmente ha sido difícil la implementación de éstas, debido a la poca conciencia que los administradores y los TS tienen del riesgo, a la falla de oportunidad en el suministro de los implementos necesarios y a la carencia de políticas institucionales que exijan y garanticen el cumplimiento de las normas de bioseguridad.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

Desde finales de la década pasada se detectó a nivel mundial un incremento en el número de los casos de TB activa (4), con una tendencia semejante a la observada hace treinta años. Esta situación ha sido explicada por varias razones, entre ellas: La epidemia de SIDA, el incremento de casos de TB resistente, la disminución de la vigilancia epidemiológica por parte de las instituciones de salud pública y la inequidad social.

La asociación, TB – infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), está completamente demostrada y hoy es un importante problema de salud pública, por el aumento de nuevos casos de infección por VIH, por ser transmisible a la población general, por que se presenta aún antes de la inmunosupresión debido a la virulencia de esta bacteria y por que es difícil de diagnosticar en el paciente con SIDA(5).

Con las reformas de los servicios de salud en el mundo y especialmente con la privatización, los programas de vigilancia epidemiológica desaparecieron, o perdieron la fuerza de control que tenían en la detección precoz de casos y de apoyo en el diagnóstico, estudio de contactos y abordaje integral de las infecciones. Esta situación es palpable en Colombia en los últimos años a partir de la implementación de la Ley 100.

Algunos brotes de tuberculosis causados por micobacterias resistentes a los medicamentos antituberculosos

Han sido informados, cientos de trabajadores de la salud se han infectado y enfermado y al menos seis han muerto por esta causa (2-4,6).

La TB es una entidad directamente relacionada con la pobreza, el hacinamiento y la ausencia de condiciones mínimas de bienestar individual y social. Las actuales condiciones políticas y económicas de nuestra región, con sus consecuencias de desempleo, hambre, hacinamiento y grupos de población desplazados de sus hogares a las ciudades, garantizan las condiciones para el incremento de esta enfermedad.

Según datos del Comité de infecciones del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín, entre el primero de enero y el treinta de junio del presente año, se hospitalizaron 42 enfermos con TB bacilífera; durante todo el año de 1997 ingresaron con este diagnóstico 44 pacientes. Para interpretar el significado de este dato debemos recordar que los CDC (Centros de control de enfermedades de Atlanta) definen que un trabajador de salud tiene un riesgo importante de infección tuberculosa cuando en la institución donde trabaja se diagnostican al menos seis casos de TB bacilífera por año (3).

RIEGO DE LOS TS

Mycobacterium tuberculosis es transportado en pequeñas gotas de secreciones respiratorias, producidas cuando el paciente tuberculoso tose o habla, las cuales permanecen suspendidas en el aire durante varios días, con su contenido de bacilos viables (infectantes). Las corrientes las transportan desde el cuarto hasta los pasillos y otras áreas del edificio (1). La infección se adquiere cuando estas gotas llegan al alvéolo después de ser inhaladas. El riesgo es mayor para las personas que están en estrecho contacto con el paciente, como el acompañante y el TS.

El TS tiene un riesgo de 2-10 veces mayor que la población general y las enfermedades de mayor riesgo informado(7).

Un paciente bacilífero antes del tratamiento infecta en promedio 10 personas susceptibles, algunas de ellas por contacto breve y casual (8-9).

La concentración de los bacilos en el medio y la duración de la exposición determina la magnitud del riesgo (7,9); se ha demostrado que éste es mayor para los TS que atienden que atienden al paciente antes de hacer el diagnóstico de TB (urgencia, consulta externa, UCI) y de iniciar el tratamiento específico; para quienes realizan procedimientos generados de tos como nebulizaciones, broncoscopias y aspiración oro- traqueal; igualmente para las personas que realizan autopsias o trabajan dentro de la morgue (9). Igualmente las condiciones ambientales favorecen la transmisión como un espacio reducido, mala ventilación o un bajo recambio de aire en sitios con aire acondicionado.

CONCLUSIÓN

El riesgo laboral de TB se ha incrementado en la última década. Cada hospital debe conocer el riesgo de esta infección en sus empleados, según las condiciones particulares como: prevalencia de casos bacilíferos en la población que atiende; características arquitectónicas para la adecuada ventilación y el recambio de aire y para el aislamiento de los casos infectantes; oportunidad y continuidad en el suministro de elementos protectores; cumplimiento de protocolos de diagnóstico y tratamiento, y dificultades en el cumplimiento de las políticas definidas en el programa de control de TB dentro de la

institución. Debe ser una meta de la oficina de salud ocupacional, evitar la aparición de casos de TB entre su personal y con ello prevenir que éstos lleven la infección a sus familias y a la sociedad.

MEDIDAS PROTECTORAS

Las normas de bioseguridad en TB pretenden evitar la exposición del TS al paciente tosedor, bacilífero que es más infectante y disminuir la concentración de bacilos en el ambiente.

Para lograrlo se recomienda (3):

1. Diagnosticar oportunamente los casos de TB:
 - Teniendo una alta sospecha de esta enfermedad en los pacientes con tos productiva; VIH positivos, contactos de otros casos, con antecedentes de TB resistente o de tratamiento.
 - Disponiendo de un diagnóstico oportuno por parte del laboratorio el cual no tarde más de 24 horas en entregar el resultado de una coloración de Ziehl – Neelsen en esputo o en lavado bronco alveolar.
2. Iniciar tratamiento tetraconjugado de acuerdo con las normas internacionales inmediatamente se realice el diagnóstico.
3. Respetar estrictamente las normas de aislamiento de aerosoles así:
 - Aislar al paciente sintomático respiratorio o con sospecha de TB hasta que se descarte esta alternativa con baciloscopias negativas.
 - Aislar el paciente tuberculoso hasta que sea dado de alta o tenga tres baciloscopias negativas.
 - Hospitalizar estos pacientes en cuarto individual, el cual debe ser bien ventilado y tener una ventana amplia en un costado contrario de la puerta y dirigida hacia las áreas del jardín o donde no haya circulación de personas; mantener la puerta cerrada para que se cree una presión negativa dentro del cuarto y cuando ésta se abra el aire circule hacia la ventana. Cuando las áreas de aislamiento tienen aire acondicionado se deben hacer mínimo seis cambios de aire por hora y los tubos de flujo deben dirigirse lejos de las zonas donde hay personas.
4. Usar adecuadamente la mascarilla o tapa bocas reconociendo la indicación precisa, así:
 - La mascarilla de tela (quirúrgica) es para el paciente y sólo sirve para contener las secreciones respiratorias. El enfermo debe usarla dentro del cuarto y cuando es transportado a algún lugar fuera de éste para procedimientos diagnósticos o terapéuticos. No protege al TS o las personas que ingresan al cuarto de inhalar partículas infectantes.
 - Las con filtro biológico (llamadas de niebla y humo o N-95) evitan la inhalación de bacilos si se usan siempre que se va a entrar al cuarto del enfermo y se ajustan adecuadamente a la boca y la nariz.
5. Disponer de un Programa de control de la TB para el personal de salud el cual defina políticas claras en cuanto a la educación continuada, los protocolos de diagnóstico y manejo, el respeto de las medidas protectoras y las sanciones para quienes las incumplan.

Vigilancia de los TS que presenten síntomas o tengan una seroconversión tuberculínica en un periodo definido.

ASPECTOS JURÍDICOS

La legislación colombiana protege al TS del riesgo ocupacional de infecciones como la TB y obliga a los empleadores a cumplir programas de vigilancia ocupacional y a suministrar los elementos protectores. Igualmente establece las obligaciones de los TS de emplear estos elementos y respetar las normas de bioseguridad. Esta normatividad está contemplada en el artículo 2 de la Constitución Colombiana, en la Ley 100 de 1993, en el Código Sanitario Nacional (Ley 9 de 1979) y en el Decreto 1562 de 1984

BIBLIOGRAFIA

1. Estrada S. Riesgo de infección ocupacional en los trabajadores de la salud. Boletín Epidemiológico de Antioquia. 1997; Vol. XII: 134-143.
2. Menzies D. Fanning A. Yuan L. Fitzgerald M. Tuberculosis among health care workers. N. Engl. J. Med. 1995;332:92-98.
3. Center for Disease Control and Prevention. Guidelines for preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in health-care facilities. MMWR 1994; 43 (RR-13): 1 – 132.
4. Coohsons S. Jarvis W. Prevention of nosocomial transmission of Mycobacterium tuberculosis. Infectious Disease Clinics of North America. 1997; 11: 385 – 403.
5. Velásquez G. Tuberculosis en la infección por VIH. En: SIDA Enfoque Integral. CIB. 2 edición. Medellín 1996 Pag 115 – 123.
6. Editorials. Multidrug Resistant Tuberculosis. Chest 1997; 111: 1149 – 1151
7. AIDS.TB and the health care worker. Clinical Infectious Disease. 1995; 20: 232-42.
8. Valevay S. Sánchez M. Shinninck T. An outbreak involving extensive transmission of a virulent strain of Mycobacterium tuberculosis. N. Engl. J. Med. 1998; 338:633-39.
9. Sepkowitz K. How contagious is tuberculosis. Clinical Infectious Diseases. 1996; 23:954 - 62

EN LAS VEGAS, IDEAS POSITIVAS

En la Clínica las Vegas de Medellín, a partir del mes de septiembre se implementaron los nuevos programas para los usuarios de los Planes Pergamino y Café, de Cafesalud. El primero consiste en la venta de bonos las 24 horas, en las diferentes cajas de la Clínica. El segundo se denomina Cafecita y consiste en ofrecerle a estos usuarios una cita médica con el especialista que el paciente quiere, para el mismo día que la necesita.

EL PULSO
-----8-----

La Clínica Noel Golpeada porque las EPS no le pagan

Pero satisfecha con su Premio Nacional de la Solidaridad

El 11 de agosto de 1998 el Hospital Infantil Clínica Noel recibió de El Colombiano el XII Premio Nacional de la Solidaridad, con razones de sobra; sin embargo, un mes después, su director Gustavo Jaillier informaba a EL PULSO que tenía dificultades para el pago de la nómina por que las EPS le adeudaban \$328 millones y de ese dinero \$120 son cobros no pagados por el ISS. Sí la Noel está de plácemes y para respaldar su premio tiene un balance social de lujo, hasta el punto que puede afirmarse, sin duda, que esta Clínica es un monumento a la solidaridad. Pero, de frente, golpeando sus puertas, está la realidad de un Sistema de Salud que cojea hasta el punto que no tiene el dinero para pagar lo que esta entidad ha hecho por los seres más indefensos del país: los niños y por demás los niños pobres.

Este no flujo oportuno de dinero tiene muchos impactos en la economía de una entidad que ha sido construida a base de la solidaridad de todos y lo peor es que la solución no se vislumbra: “Hemos hecho todo lo humanamente posible y sin respuesta. La situación está difícil para todos; la mejor alternativa es unirnos los entes prestadores de servicios y tener un lenguaje común para enfrentar el problema ante el Estado y ante las EPS en general”, afirma Jaillier.

La situación, además de afectar la fianzas en general por pérdida de pronto pagos, etc. está limitando la prestación de servicios, hasta el punto que desde enero de este año se tienen niños del ISS esperando cirugías urgentes, pero el instituto entrega las planillas por cuenta gotas.

BONDADES DE LA LEY 100

A pesar de esta realidad, el impacto de la Ley 100 sobre la Clínica ha sido positivo. Pasaron de mula al avión: no tenían computadores y hoy 12 en pleno funcionamiento y la nómina pasó de hacerse a máquina a incorporarse un moderno software. Las historias clínicas, que también se elaboraban a mano y de ello dan cuenta varios libros manuscritos realizados en perfecta caligrafía (hay tomos desde 1924 hasta 1980), están al día en computador; hubo que hacer estudio de costos con ayuda de Eafit, cuyos resultados han sido puestos como modelo en el sector salud.

Sin embargo, su director tiene varias sugerencias para el gobierno que inicia:

Revisar la Unidad de Pago por Capitación- Vigilar lo que está ocurriendo en los municipios donde los alcaldes están beneficiando a sus electores y familiares con los carnet del Sisbén – Revisar las tarifas, que están haciendo casi imposible la supervivencia de muchas empresas prestadoras de servicios de salud- Vigilar las EPS para que cumplan con sus obligaciones en forma oportuna.

PARA ADELANTE

Pese a las dificultades del sector, la Clínica Noel, siendo fiel a su historia, sigue para adelante y ahora la meta es comprar un endoscopio, para cirugía, que tiene un costo de \$40 millones y Nasofaringoscopia, aparato de diagnóstico para niños de labio y paladar hendido, con miras a un trabajo más certero en cirugía.

Los proyectos son siempre retadores como retador fue aquel inicio del Club Noel de Medellín, en 1916 que tenía por fin recaudar fondos, recoger juguetes y tejer vestidos para repartir en diciembre entre los niños más necesitados y que hacía funciones de cinematógrafo a \$10 centavos. De allí nació en 1924 la Clínica Noel en Tenerife con Colombia, que se trasladó en 1975 a Prado y que en 1980 se amplió y que tuvo su nueva sede en 1994. “Cuando Medellín estaba en su peor crisis, con bombas estallando en todas partes, nosotros construíamos esa sede con la ayuda de todos: desde las empresas más fuertes hasta los artesanos que venían sábados y domingos a pintar puertas y ventanas”, afirma Jaillier, quien continúa con la idea de ampliar y remodelar el área administrativa.

ALTO NIVEL CIENTÍFICO

Pero quizás lo más importante de la Noel es la calidad de su trabajo asistencial que la ha llevado a marcar pautas en el país. Los protocolos de manejo para niños con labio y paladar hendido son acatados a nivel nacional y este mes de octubre en Bogotá se harán actividades académicas para darlos a conocer a profesionales de todo el país.

Hacer un balance es muy difícil, pero basta citar algunas cifras: 116.500 pacientes atendidos de 1980 hacia acá y de ellos 3.500 niños con labio y paladar hendido, operados. Y así, con un premio más, la Clínica sigue adelante con la visión de futuro de ser la mejor entidad pediátrica de Medellín.

Pese a las dificultades del sector, la Clínica Noel, siendo fiel a su historia, sigue para adelante y ahora la meta es comprar un endoscopio, para cirugía que tiene un costo de \$40 millones y un Naso-faringoscopio, aparato de diagnóstico para niños de labio y paladar hendido, con miras a un trabajo más certero en cirugía

En Bogotá Deblanco tiene hace un año una gran sede en la carrera Séptima, que se ha convertido en un punto de referencia para los habitantes del Norte. Allí, igual que en Medellín, la empresa sigue fiel a su filosofía de brindar atención personalizada y una

EL PULSO

excelente calidad en sus
productos.

-----9-----

Publirreportaje _____

Deblanco, ahora le pone color a la salud

Y estrena su nueva sede en Almacentro, Medellín

Vestir Deblanco al sector salud de todo el país a sido una misión que la empresa a llevado por 18 años, con la letra “C” por delante: con cariño, calidez, cumplimiento y con la convicción de que las organizaciones hay que pensarlas en grande, pero sin perder el toque mágico de lo personal, lo familiar, lo sutil, que hace la diferencia.

Estamos hablando de Deblanco, una empresa nacida en Antioquia, en una casa paisa, de aquellas donde la mamá solía hacer los uniformes de las hijas, con el mismo amor que las galas para Semana Santa.

Todo empezó así, casi por casualidad, como han surgido muchos medicamentos: una de las hijas de aquella familia estudiaba enfermería y se encontró con que no había donde comprar los uniformes. Pero allí estaba la mamá con su buen gusto y ella se lució con los primeros atuendos.

Detrás de la hija vinieron las compañeras de estudio y con ellas los médicos; así, lo que era un hogar cotidiano, pasó a ser una empresa familiar con dos máquinas de coser, luego con tres... y llegó el día en que se convirtió en una fábrica de confecciones, con sede propia.

Hoy Deblanco con 150 operarias, con la mamá fundadora –doña Lucia Botero- todavía al frente, con toda la familia trabajando por un mismo objetivo y con dos puntos de venta en Bogotá y una nueva sede en Almacentro, Medellín está presente en EL PULSO.

Su propósito es contarle a los profesionales de la salud que su filosofía sigue siendo la calidad y la calidez y que ya está engalanando las frías salas de cirugía con los colores fucsia, Verde, azul y como si fuera poco con corazones, flores y dibujos para hacer volar la imaginación.

LA NUEVA SEDE

Empecemos por la noticia de última hora: la nueva sede de Medellín. Sí; Deblanco, que siempre estuvo en San Juan con la 80, hoy pasa toda su experiencia para el Centro Comercial Almacentro de Medellín y desde el 15 de octubre, en el local No. 204, espera allí sus clientes de siempre y los que llegarán nuevos, atraídos por la comodidad de un centro comercial reconocido, por la cercanía del metro y por la amplitud y belleza de las nuevas instalaciones.

Allí, como en Bogotá y todas las partes donde Deblanco abre un nuevo punto de venta, quienes están al frente de la empresa tienen el cuidado de trasladar también ese deseo de que los clientes encuentren

diseños nuevos, las mejores telas– todas colombianas -, la posibilidad de probarse todos los estilos que sean necesarios hasta quedar satisfechos y, como siempre ser recibidos y despedidos con un “muchas gracias hasta que vuelva”.

“Es que, afirma Margarita María Restrepo, gerente de la empresa en Medellín, estamos seguros que el sello que han hecho que los clientes permanezcan es que han entendido que nuestro deseo es que en Deblanco encuentren el mejor producto, pero también la atención personalizada.

Es tan clara esa misión que cuando los clientes nos hacen pedidos, procuramos que nuestros funcionarios vayan, tomen tallas y hablen con la gente y cuando llega la hora de la entrega del producto solicitamos que vengan hasta nuestros almacenes, entren en contacto con nosotros para escuchar sugerencia y hacernos más amigos”.

EN BOGOTÁ: GRAN SOLIDEZ

Deblanco en Bogotá es un realidad indiscutible y es así como allí, donde hay múltiples empresas del ramo, las entidades del sector salud y los clientes detallistas siguen llegando atraídos por la calidad, el cumplimiento, la atención personalizada y la variedad de los diseños.

Lucia Inés Restrepo, la enfermera que con su necesidad de uniformes de estudiante motivó al nacimiento de Deblanco, es hoy la gerente general de la empresa en Bogotá. Ella afirma: seguimos siendo fuertes en todas nuestra líneas de vestuario, calzado y accesorios, para médicos, odontólogos, enfermeras, laboratoristas y estudiantes del área de la salud. Estos últimos han encontrado en Deblanco la oportunidad de asomarse a la vida profesional uniformados con calidad y buen gusto”.

En Bogotá, en la Calle 74 No. 15-42, hay un almacén Deblanco desde hace 17 años, cada vez más consolidado. Y en la carrera 7 No. 121-49 se abrió una nueva sede hace más de un año, que se ha vuelto un punto de referencia para todos los habitantes del Norte.

Tanto en Bogotá como en Medellín Deblanco atiende más de 1.500 grandes clientes y todos aquellos profesionales que por 18 años han encontrado allí la medida de sus gustos.

LLEGA LA MODA DEL COLOR A LA SALUD

Deblanco sigue vistiendo de blanco a los amigos de la tradición, pero ha abierto las puertas del mundo mágico del color para las salas de cirugía, para la ropa hospitalaria en general y para los profesionales de la salud que deseen innovar.

La moda vino de Europa y Estados Unidos donde hace ya varios años el color se tomó la salud.

En Colombia Deblanco adoptó esta innovación desde el 98 y ¡el color está gustando! “Acabamos de entregar un pedido para el Seguro Social en Bogotá con estampados de colores, con dibujos, corazones y flores, para las salas de cirugía, para las áreas donde atienden niños, para los profesionales más innovadores.

Las tendencias son los tonos fuertes como el azul rey, el fucsia y el verde oscuro. Los odontólogos por ejemplo están encantados con sus pantalones blancos y sus camisas de colores fuertes, las enfermeras siguen fieles al blanco y en los médicos hay variedad de gustos”.

¿Hasta dónde llegará el cambio? Respecto a este mundo del color en el sector salud todo está por verse y este empieza a ser tema de discusión y de amenas tertulias.

LOS DETALLES

Y mientras los clientes se adaptan a las nuevas propuestas, Deblanco sigue con algunos conceptos inmodificables en cuanto a diseños: sigue fiel a la calidad de la confección, a los detalles sutiles, a los gripiures, las alforzas, los cortes novedosos, los bordados, la ruptura de la monotonía, para que siempre ha sido el rey de la salud, siga embelleciendo el ejercicio con toques y más toques Deblanco.

<p>El grupo de comunicadores de la salud, conformado por jefes de clínicas y hospitales de Medellín, realizó en los últimos días, el foro “Hacia la preparación de una política conjunta sobre el manejo de la información del sector”. En él participaron representantes de los medios de comunicación, de los comités de ética en salud, periodistas y comunicadores de la salud. Los expositores fueron Dr. José Humberto Duque, del Hospital San Vicente de Paúl y el abogado y periodista Jorge Alberto Velásquez.</p>	<p>EL PULSO -----10-----</p>	<p>En el foro “Hacia la preparación de una política conjunta sobre el manejo de la información del sector salud”, se evidenció la necesidad de unificar conceptos para el manejo de información en salud, teniendo en cuenta conceptos de ética médica y de ética periodística. Al respecto, el grupo de comunicadores de la salud, elaborará un documento matriz, el cual será publicado por EL PULSO en próximas ediciones.</p>
---	---	---

En España. 99.5% de cobertura en salud

Análisis de la reforma de la sanidad en este país

Beatriz Corchuelo Martínez – Azúa.

Profesora de Economía Universidad de Extremadura- España.

Programa Intercampus – Universidad de Antioquia.

Especial para EL PULSO

La organización del sistema sanitario español fue objeto, como en la mayoría de los países europeos, de una reforma que transformó el anterior sistema de seguros sociales en un sistema nacional de salud (SNS) en el cual se considera la Sanidad como un bien de protección social que cubre a toda la población, independiente mente de su situación económica y laboral, y cuya fuente básica de financiamiento son los impuestos.

LA REFORMA DE 1986:

El SNS nació con la Ley 14 de 1986 (Ley General de Sanidad) y tuvo su origen en la crisis del sector salud, afectada principalmente por el incremento progresivo del gasto, especialmente en medicamentos, la falta de legitimación, y la necesidad de técnicas de gestión empresarial al fin de procurar servicios sanitarios, más eficaces, eficientes y de menor calidad. Las consecuencias han sido:

*Extensión de sus servicios a toda la población. La cobertura se ha ampliado desde el 89.6% en 1983 al 99.5% en la actualidad, según la Encuesta de Salud de 1995); Financiación pública a través de Presupuestos Generales de Estado a partir de 1989. En 1998. INSALUD se financia en un 95% vía impuestos y el resto, a través de cotizaciones sociales y otros ingresos; el presupuesto en este año para Gasto en Sanidad ascendió a 1.4 billones de pesetas, un 4,7% de presupuesto general del Estado.

*En conjunto el gasto en sanidad representa un 7% del PIB, similar a la media de los países comunitarios; Acceso equitativo a los servicios sanitarios públicos; integración de protección de la salud y la prevención de la enfermedad con la asistencia sanitaria, y Descentralización y criterio de reparto territorial de financiación con transferencias sanitarias (con un criterio de reparto de acuerdo a la población protegida).

ORGANIZACIÓN TERRITORIAL

El INSALUD (instituto Nacional de Salud) es el organismo del gobierno central encargado de los servicios de atención sanitaria. Tiene Servicios Centrales con cuatro Direcciones Generales y Servicios periféricos formados por las doce Direcciones Territoriales de las Comunidades Autónomas que aun no tienen transferidas las competencias en materia sanitaria y cada una de las cuales integra una o varias Direcciones Provinciales del INSALUD con funciones de representación, dirección, gestión y evaluación de los servicios en su ámbito territorial. Bajo esta modalidad se atiende al 38% de la población española.

Cataluña, Andalucía, País Vasco, Valencia, Navarra, Galicia y Canarias, manejan sus propios recursos, brindando atención al 62% de la población del país. La administración local (municipios) participa en la organización de los consultorios locales.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

En cada Comunidad Autónoma se organizan las llamadas Areas de Salud y las Zonas de Salud. El Area de Salud es un estructura descentralizada que garantiza la provisión de los servicios con los criterios de calidad y eficiencia establecidos y se encarga de planificar y evaluar la correcta prestación de los servicios por parte de los distintos proveedores, así como de garantizar la satisfacción de los usuarios. En cada Area existe al menos un hospital general y se realizan labores de coordinación con los servicios de carácter regional para la atención de las necesidades de los usuarios que requieran de una mayor especialización.

La zona de Salud es la unidad básica de organización y funcionamiento de la atención primaria de salud, desde que se desarrollan de forma especial las estrategias de promoción de salud, prevención de la enfermedad y provisión de servicios asistenciales a la población asignada. En ella actúan todos los profesionales del equipo de atención primaria, en recursos denominados centros de atención primaria (centros de salud, consultorios locales y unidades de apoyo).

NIVELES DE ATENCIÓN DEL INSALUD

*Atención Primaria: Puerta de entrada al, con acceso directo al que deben acudir los ciudadanos, incluso para solicitar atención especializada salvo en caso de urgencia. Es prestada por médicos generales, pediatras y personal de enfermería, así como otro serie de unidades de apoyo (planificación familiar, salud mental, etc.)

- Atención Especializada: se realiza en los hospitales y centros de especialidades. En ellos, se ofrece una amplia gama de servicios que incluye desde la atención del parto a las más modernas técnicas de diagnóstico.

Los planes estratégicos para el futuro son:

- 1.Orientación de los servicios y participación de los ciudadanos: buscando la satisfacción de los usuarios y el ejercicio real de sus derechos.
- 2.Incentivos a los profesionales: Estableciendo nuevos modelos de organización y de gestión en la Atención Primaria que permitan una mejor calidad; implementando políticas de incentivos ligada al cumplimiento de objetivos en los profesionales de la Atención Especializada y generando un marco más flexible de relaciones laborales.

- 3. Mejorar en los sistemas de información, para la adecuada toma de decisiones.
 - 4. Racionalizar del gasto farmacéutico con programas como: uso racional de medicamento, información sobre los perfiles de fármaco- prescriptores y consumos de usuarios, fomento del uso genérico y presupuestos indicativos.
 - 5. Competencia regulada y descentralización: División entre las funciones de financiación; provisión y producción (ver esquema). Se trata de introducir un cierto grado de competencia dentro de marco sanitario para ganar eficiencia y mejorar la capacidad de elección del ciudadano. No es un mercado libre, sino de competencia esté regula, fundamentalmente por los agentes de compra donde existirá una competencia entre los centro proveedores de servicios sanitarios, públicos y privados, en los que se garantice la equidad en el acceso y las mejoras continuas de calidad.
- INSALUD pretende transformar un modelo de organización actual, haciéndolo dinámico y flexible para permitir su adaptación a las necesidades de su entorno. Todas las acciones se engloban en el marco de la Comunidad Europea.

<p>EVENTOS ACADÉMICOS EN LAS AMERICAS Programas académicos en la Clínica Las Américas, Medellín:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avances en cirugía endoscópica, coordinado por Adolfo León Uribe M., el lunes 26 de octubre - Enfermedades cardiovasculares, coordinado por Nicolás Jaramillo Gómez, el 27 de octubre 	<p>EL PULSO -----11-----</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Infecciones y antibióticos, coordinado por Julián Betancur M., el 28 de octubre - Tendencias de enfermería coordinado por Ana Cristina Quiroga S. Y María Berenice Franco M., el 29 de octubre. - Avances en diagnóstico y tratamiento del cáncer, coordinado por Jorge Ignacio Moralesy y Juan Carlos Ramírez, viernes 30 de octubre.
---	--	--

Observatorio

La salud en la hora del cambio

Jairo Humberto Restrepo Zea

Centro de Investigación Económicas

El nuevo gobierno colombiano enfrenta una situación económica crítica y debe encarar en su primer año el costo político y social de un ajuste fiscal que ha sido barajado durante varios años. En este contexto, es necesario conocer los alcances reales de la seguridad social en salud y plantear alternativas sensatas que mantengan como propósito esencial el de brindar acceso universal a los servicios de salud.

Si a la salud también le habría llegado la hora del cambio, algunas investigaciones y el seguimiento realizado sobre el actual sistema permite plantear algunas cuestiones que merecen su atención en la formulación del plan de desarrollo, de la agenda del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y, eventualmente, de cambios en la legislación.

¿QUÉ PASARÁ EN EL ISS?

Lo sucedido con el ISS en los últimos años es francamente desconcertante. No hay claridad sobre la dimensión de los problemas de este organismo, si en verdad ha dado pasos hacia su modernización y adaptación al nuevo sistema o si, por lo contrario, ha sido un obstáculo y su futuro se está comprometido. Información disponible permite plantear el hecho de que el ISS ha perdido buena parte de los cotizantes de ingresos medios y altos quienes, han aprovechado las ventajas ofrecidas por las EPSs en cuanto a oportunidad y atención de mejor calidad.

Este fenómeno lleva a una segmentación en el aseguramiento, de modo que en el ISS permanecen las personas de más bajos ingresos y de regímenes especiales, sometidas a las cola como mecanismo de racionamiento y sin poder cambiarse hacia otra EPS por dificultades de ingresos para asumir los copagos y un plan de beneficios inferior. Esta tendencia se reafirma con la intención de participar en el régimen subsidiado, lo cual le da al ISS un carácter similar de fondo nacional de salud; Fonasa, de Chile.

Acá enfrentará el gobierno una dura prueba de fuego, como en el caso de otras entidades públicas y luego de escuchar recomendaciones internacionales sobre privatización. Lo más acertado, que se pensó iba a realizar el anterior director y fue propuesto por el actual presidente en su candidatura, se resume en una frase de este último: defenderemos al ISS pero lo purificaremos (...) No consideramos que en este momento deba pensar en un sistema dual en salud. Todas las acciones en este frente deben estar articuladas al propósito de aumentar la cobertura en el régimen contributivo, lo cual implica recoger una serie de recomendaciones para controlar evasión y elusión.

ESTADO Y MERCADO:

La Ley 100 resultó ser muy ecléctica y fue así como a pesar de consagrar un sistema basado en la solidaridad, mediante la conformación de un fondo único y la definición de un plan de beneficios igual para todos (el POS), a nivel de su administración y de la prestación de servicios se adoptaron principios de libre elección y competencia sin establecer condiciones en términos de tamaño de población o capacidad institucional, entre otros criterios.

Lo anterior ha ocasionado un desarrollo desigual y poco armónico de la reforma, con grandes y costosas ortodoxias que impiden conciliar la posición de los amantes incondicionales del mercado y los amigos a ciegas del estado.

Es urgente hacer un alto en el camino para clarificar el espacio exclusivo para lo público y las posibilidades de la participación privada y del propio sector público en el ambiente competitivo. Dos aspectos concretos merecen una gran consideración en este punto. Por un lado, las ambigüedades que aún subsisten entre las actividades del plan de atención básica y las correspondientes a la porción y la prevención dentro de POS, además del conflicto entre diversos organismos involucrados (Minsalud, Direcciones de Salud, ESE, ARS, EPS), lo que puede evidenciarse en las campañas que sobre salud

oral y otros componentes se adelantan en escuelas y allí se distinguen varios tipos de usuarios (vinculados, subsidiados, contributivos) y se ofrecen servicios en forma discriminada. Este problema francamente desagradable merece una solución rápida canalizando el uso de recursos de la subcuenta de promoción del FOSYGA para las labores que tienen las más altas externalidades, sin dejar al capricho y los cálculos de agentes privados su aplicación y mucho menos a la pelea entre funcionarios locales que se abrogan el derecho de poner a funcionar un mercado que lejos de no existir sería ineficiente como ya lo han enseñado muchos economistas de gran prestigio como el nobel Kenneth Arrow.

Por otro lado, el futuro de los hospitales públicos está en juego. La aparición de los intermediarios (EPS y ARS) y las posibilidades de contratar servicios con otros organismos y prestarlos de manera directa, además del cambio en la modalidad de financiamiento y una serie de exigencias legales que aumentan sus costos, ha provocado una enorme crisis en el sector.

Este fenómeno se encuentra unido al proceso de municipalización de la salud y sus principales afectadas seguramente reclamarán de gobierno dos promesas más importantes:

A la red de hospitales públicos creada con grande esfuerzo durante siglos, no se la puede dejar sucumbir pues ello sería muy grave en términos de la salud de los colombianos más pobres; y la introducción de ajustes en las normas para que las localidades menores de 20.000 habitantes, la mayoría de los municipios del país, funcionen en la atención de primer nivel, bajo el esquema tradicional de atención vinculada.

LA SALUD ENTRE EL DERECHO Y LA ECONOMÍA

En el desarrollo del sistema también se observan discrepancias entre sus bases económicas y los derechos consagrados en la Constitución e interpretados y protegidos en última instancia por los jueces, los mismos que como advirtió Salmón Kalmanovitz no tienen cómo dimensionar las implicaciones económicas de sus decisiones. Se han tomado decisiones trascendentales, especialmente a través de acciones de tutela, sobre medicamentos para los enfermos de SIDA, cirugía estética de los senos, dotación de zapatos ortopédicos y sillas, entre otros.

Es necesario impulsar en este orden una ética social que, marginada de los vaivenes políticos y de las decisiones aisladas de profesionales de la economía, la salud o el derecho, resuelva el problema fundamental acerca de quién vive y quién muere en el caso de la aplicación de los recursos públicos para la atención de la enfermedad. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud resulta ser el espacio apropiado para ello, de manera que podamos referirnos a una cierta banca central de la salud.

¿SUBSIDIOS DE QUÉ Y PARA QUIÉN?

Otra ortodoxia que está resultando bastante costosa para el país y que contradictoriamente con el espíritu de la reforma esta vulnerando la estabilidad financiera de los hospitales y la atención de la población vinculada, se refiere a la manera como se ha organizado el régimen subsidiado. Se ha entendido de manera errónea que un subsidio a la demanda implica, necesariamente, afiliar a la población a una ARS y, al mismo tiempo, que la capitación corresponde de manera exclusiva y típica a un subsidio de este tipo. En forma inversa, se piensa que cualquier contratación directa de las entidades territoriales con el hospital corresponden a subsidios de oferta, los cuales seguirán siendo entregados bajo la nueva creación de convenios de desempeño, cuando en realidad no se sabe en manos de quién están las mayores necesidades y capacidades sobre mejoramiento.

Es hora de evaluar la pertinencia de los intermediarios de este régimen. Como se ha visto en el caso español, la vuelta del sistema de seguridad social al sistema nacional de salud, al igual que la inexistencia de intermediarios en Europa y la conservación muy clara del espacio público, dan cuenta de lo costoso que resulta mantener un esquema como el que existe ahora en Colombia. Este punto es neurálgico y de su decisión depende el futuro de los hospitales y de la atención para la población más pobre. ¿Por qué no repensar las cosas y aprovechar otras experiencias internacionales?

REFORMAS RECIENTES EN PAÍSES EUROPEOS

Sistemas de salud del modelo “Beveridge”: Servicios Nacionales de Salud.

- Reino Unido (1991): Descentralización; personalidad jurídica a centros sanitarios; asignación de presupuestos a médicos generales para la compra de servicios a especialistas y centros hospitalarios.
- España (1986): Descentralización; personalidad jurídica a centros sanitarios; preocupación por la eficacia de la gestión de hospitales.
- Suecia (1992): Desarrollo de diferentes formas de competencia y creación de mercados internos.
- Italia (1995): Descentralización; personalidad jurídica a los centros sanitarios.

Sistemas de Salud modelo “Bismak” : Sistemas de Seguridad Social.

- Holanda (1987-1993): Creación del Seguro Básico Obligatorio; desarrollo de nuevas formas de competencia; Ley de calidad para instituciones sanitarias.
- Francia(1991-1996): Reforma Constitucional y Ley de Reforma Hospitalaria; fijación de límites en la prescripción, fijación de tasas.
- Alemania (1993): Ley de Reforma del Sistema Sanitario.
- Bélgica(1990-1996): Cambios en el Sistema de Presupuestación. Reforma de Salud Mental.

	EL PULSO -----12-----	
--	---------------------------------	--

Comida sana y solidaria

Por Carlos Andrés Pérez M.

En junio de 1997, una empresa nacida en Medellín inicia su recorrido y en menos de un año está presente en 12 ciudades de Colombia.

Pero, lo más importante es que ella, Comida Sana, se ha fortalecido contribuyendo al desarrollo de entidades que realizan obras de beneficio para la comunidad en diversos frentes, como albergues de niños, ancianatos y hospitales.

La forma de trabajar es mediante proyectos asociativos con entidades sin ánimo de lucro. La empresa produce las galletas, efectúa todo el proceso de suministro, mercadeo y recaudo y ofrece el producto a nombre de la entidad a la cual se va a beneficiar en cada ciudad. del dinero recolectado por la compra de este alimento, hay un porcentaje para Comida Sana y otro par la entidad que se está ayudando; ese porcentaje se saca sobre el valor bruto recolectado por la venta.

UNA IDEA MUY ALIMENTICIA

La idea surgió en 1995 cuando alguien, observando la costumbre que tiene los empleados de comer en la oficina, pensó que esta podía convertirse en una idea generadora de empleo y ayuda par hospitales, clínicas, asilos y fundaciones sin ánimo de lucro.

“Porque creemos en nuestra gente atiéndase usted mismo”, dice en cada uno de los 3.100 dispensadores de galletas que hay en la ciudad de Medellín, donde el compromiso de Comida Sana está pactado con e Hospital Universitario San Vicente de Paúl. En un año el Hospital ha recibido 60 millones de pesos, que se han invertido en la compra de dotación médica para la Unidad de Hemato – Oncología infantil. El sistema plantea el concepto de auto servicio total, donde el consumidor deposita el dinero en una caja - sin candado ni llave- y él mismo es quien se devuelva y retira su galleta. En cada empresa donde está el dispensador hay una madrina o padrino que se encarga de hacer los pedidos del producto y estar pendiente de cualquier deterioro en los frascos para solicitar uno nuevo. Cada dispensador está programado para que deje un resultado fijo, pero en algunas ocasiones encuentran menos o más dinero. Continuando con la línea de la galletería, las metas de Comida Sana son seguir innovando en sabores. En este momento tiene 5: nuez, integral, mantequilla, chococheeps, y ajonjolí y se tiene el proyecto de introducir los sabores de avena, queso y achira.

BUENOS FRUTOS

Hoy an entregado en toda Colombia, alrededor de \$200.000.000 para las instituciones con la que tienen vínculos, dinero que ha salido exclusivamente de la venta de galletas generando una “una campaña educativa y de rescate de valores”, como dice Martha Lía Naranjo, directora del proyecto. Hay más de 10.000 dispensadores de galletas en todo el país, y están empezando operaciones en Popayán y Neiva. El mensaje de Comida Sana es que cada día más empresas se vinculen a esta iniciativa saludable, deliciosa y solidaria con la cual todos ganan y se rescatan los mejores valores del ser humano.

<p>Comida Sana es una empresa que partió de la confianza de la gente y, por fortuna, la respuesta a esa confianza ha sido acorde. El cliente encuentra un dispensador con galletas y dentro del concepto de auto servicio total., paga y se devuelve, sin que medie un contralor del proceso. Cuando se tuvo esta idea fueron muchos los escépticos. ¿Será que si hay gente honrada? La respuesta ha sido alentadora: el sistema funciona; se recibe el 85% de recaudo esperado, que obviamente seria el 100% y este porcentaje de recaudo es similar en todo el país. Por lo tanto Comida Sana se ha convertido en un termómetro de honestidad y de solidaridad.</p> <p>No debe olvidarse que la persona que apadrina las galletas en cada empresa y la empresa misma que recibe este producto, lo hacen de manera voluntaria y sin recibir nada a cambio. Solo la satisfacción de saber que con ese dinero una obra social está siendo alimentada y fortalecida.</p>
--

**SEGUNDA FERIA DEL AGUA,
CULTURA Y VIDA**

En la Universidad del Atlántico, sede norte de Barranquilla, se realizará del 3 al 6 de noviembre la segunda feria del Agua Cultura y Vida. Es el punto de encuentro e intercambio institucional. Paralelo a la feria: Foro sobre política de agua en Colombia, noviembre 5 y 6; encuentro nacional de rectores de Universidades del País; encuentro de alcaldes, rueda de negocios, desfile del agua y desfile náutico. Informes : 368-37-41 y 359 94 69, Barranquilla.

EL PULSO

-----13-----

Medio Ambiente

¿Puede un hospital hacer gestión ecoeficiente?

Las empresas líderes en todo el mundo están llevando a cabo cambios fundamentales en la manera de aportar la gestión medioambiental; han pasado del simple cumplimiento de las normas legales a implementar cambios de procesos para mejorar el rendimiento ambiental de sus productos.

Esta tendencia ha sido motivada, en parte, por la mayor conciencia ambiental de los clientes, pero quizás, el factor más importante en el cambio de actitudes de la industria ha sido el darse cuenta de que atender las responsabilidades ambientales puede aportar grandes beneficios a la organización.

Las compañías han reconocido que la prevención de la contaminación y el diseño de productos y procesos ecoeficientes dan lugar a una mayor eficiencia de todos sus procesos y a una mejor imagen ante la sociedad con la ventajas competitivas que ello significa.

La pregunta es: ¿Hay también en las entidades de salud una tendencia hacia la ecoeficiencia?

Los hospitales también han dado muestras de estar encaminadas hacia esta tendencia, pero la mayoría de las veces se han dedicado solo al control de desechos y no han considerado el problema en forma global, motivados tal vez, por la creencia equivocada de todos los procesos de la organización deben ser cambiados para poder garantizar la implantación de un programa de ecoeficiencia de lo que pudiera pensarse, no se necesita realizar mayores cambios en la prácticas y procesos para convertirse en empresas ecoeficientes, es más, el solo proceso de implementación del programa motiva la generación de innovaciones en los procesos existentes.

Por Guillermo León Valencia

Jefe de pediatría

Sugerencias para hospitales ecoeficientes

La gestión ambiental debe considerarse como un medio para lograr una mayor eficiencia y productividad y no como un objetivo en sí misma; lo que permite que en lugar de mirarla como un obstáculo, se asuma como una fuente de oportunidades para la organización, por lo tanto los hospitales deben buscar desarrollar las siguientes estrategias.

- Buscar una colaboración estrecha y abierta entre sí y con todos los grupos de interés para introducir políticas orientadas a crear los mecanismos de participación, decisión e implementación de alternativas de manejo ambiental.
- Participar en forma activa en los procesos de legislación, a fin de lograr una integración eficiente entre los marcos regulatorios y la autorregulación definida por sus propias políticas.
- Dado que la implementación de un programa de ecoeficiencia en cualquier empresa es un proceso lento de cambio cultural, debe diseñar programas de capacitación que logren los cambios actitudinales necesarios que permitan, mediante la concertación, la participación de todos los estamentos de la institución en el proceso de definición de las metas y demás actividades para asegurar unos niveles adecuados de control ambiental. Un amplio y coordinado programa de adecuación ambiental es, a no dudarlo, el esfuerzo más efectivo en un largo plazo para asegurar un cambio de valores y una nueva relación del hospital con su entorno físico y social.
- Es importante para la organización contabilizar y distribuir los costos de la operación de todos los programas de control medio ambiental ya que las tarifas de servicios deben reflejar el costo de su implantación, pues con ellos se logra generar una visión de rentabilidad de la gestión ambiental con implicaciones directas a las actividades de producción y consumo.

Deben fijar los hospitales unos objetivos acordes con estos planteamientos teniendo presente como requisito la gradualidad de su implementación por cuanto una política ambiental viable debe fijar plazos de ajuste para que las instituciones reconviertan sus procesos mediante la adopción de tecnologías de producción o servicio limpios.

Herramientas

Aunque existen varias herramientas administrativas que son útiles para identificar y seleccionar áreas de priorización, quizás, la más importante es la adopción de un enfoque de revisión de todos los procesos y la certificación de estándares bien sean nacionales o internacionales para dichos procesos. Uno de los más importantes puntos de referencia para la gestión ambiental es ISO 14000, una extensa serie de estándares para la gestión ambiental, emitidos por la Organización Mundial de Estándares (ISO), con sede en Ginebra; Suiza.

En ISO 14000, las empresas encuentran una serie de parámetros voluntarios y documentos guía de referencia, aceptados internacionalmente. Los estándares se aplican para todo tipo de organizaciones y están diseñados para considerar condiciones sociales, geográficas y culturales diversas.

Sin embargo antes de iniciar la implementación de un programa de ecoeficiencia y para lograr un enfoque coherente es necesario hacerse y responder algunas preguntas:

¿hay compromiso organizacional?

Sin este requisito es imposible pretender lograr algún resultado pues solo cuando la organización acepte que la gestión medioambiental hace parte de sus procesos y sistemas de búsqueda de la eficiencia podrán implementarse las estrategias que permitan obtener logros previstos.

¿Se conocen las normas?

Aunque la normatividad en si no es la panacea si es un mecanismo orientador de las conductas a seguir.

Si el hospital conoce las normas debe en prime r término evaluar que tanto de ellas está cumpliendo y orientar los cambios de procesos en la búsqueda de su cumplimiento.

¿Hay objetivos claros en materia ambiental?

Si la respuesta es así, basta diseñar y organizar un programa de revisión y replanteamiento de procesos con metas medio ambientales claras, definidas por indicadores cuantificables y se procederá entonces a determinar mediante evaluaciones sistemáticas los efectos de la operación sobre el medio ambiente interno y a documentar el menor grado de contaminación externa, dejando un claro registro de ello y sus magnitudes.

Por último se programará la realización de auditorias de rendimiento y revisiones de marcha del programa como información de reentrada, reiniciando así el proceso como mejoramiento.

Estos planteamientos requieren de una innovación en la manera de enfocar el problema en los hospitales y creemos que el manejo global del mismo solo se logra a través de una propuesta de vigilancia epidemiológica medio ambiental como mecanismo integrador del control de los diversos componentes del programa.

H2O en Colombia

La Cultura del derroche

Colombia tiene más de 1000 ríos permanentes, cuando todo el continente africano no posee más de 60 y ocupa el curto lugar después de Rusia, Canadá y Brasil en disponibilidad de agua en el mundo. Sin embargo, la cobertura de acueducto es del orden del 70% y la de alcantarillado inferior al 60%. En el área rural sólo el 10% de la población tiene agua de buena calidad.

Colombia tiene una precipitación media anual de 3.000 mm., lo que significa una abundancia de recursos hídricos si se compara con el promedio mundial que se encuentra alrededor de los 900 mm y con el de Suramérica, que está cerca de los 1.600 mm. La escorrentía es de 66.000 metros cúbicos por segundo – el 4% de la mundial es un área inferior al 1% de la superficie del planeta Tierra. La oferta per-cápita accesible anual, bajo condiciones naturales, es de 12.000 m³/hab/año. “Esta cifra muestra una significativa abundancia hídrica en Colombia, capaz de sustentar el desarrollo socioeconómico a largo plazo afirma el Ministerio de Medio Ambiente en su documento: Lineamientos de política para el Manejo Integral del agua.

Sin embargo, el mismo informe señala que aunque en el país el recurso hídrico es abundante, se presentan situaciones y dificultades en la disponibilidad especial y temporal del agua superficial a nivel regional y local. Esto reduce la posibilidad de uso acceso de la población a este elemento, lo cual puede convertirse en limitante para el desarrollo. Las causas de esta situación son naturales y ocasionadas por el hombre, como la deforestación, que es el origen en gran medida de la perturbación de la regulación hídrica natural y de la erosión.

Por su parte un libro “Economía del Agua y Sector Privado”, Fabio Giraldo Isaza, quien fuera Viceministro de Vivienda, Desarrollo Urbano y Agua potable, en el gobierno de Samper, sostiene que

pese a nuestra riqueza hídrica, las reservas subterráneas en los sitios más densos de país se van agotando, las aguas se contaminan a un ritmo superior a los niveles mundiales y el agua se ha convertido en un producto industrial con signos preocupantes de escasez. “El déficit en la prestación de este recurso, si no se modifican las tendencias actuales, será la principal restricción para que el país pueda crecer en un ambiente de equidad”.

De otro lado, un informe de la Universidad Nacional de Medellín sostiene que “Aunque las evidencias respecto a la evolución en las series de caudales es mezclada, las principales cuencas del país presentan tendencias decrecientes. Sobre el tema, Alvaro Salazar, Coordinador de la Unidad de Planeación de saneamiento Hídrico de Empresas Públicas de Medellín afirma “En Colombia el problema hoy no es de cantidad de agua en términos generales, sino de manejo. Si este uso de agua no es racional, en las grandes ciudades cada vez de abastecimiento tendrán que buscarse más lejos y con mayor costo”.

Fuente: Apartes de un artículo, con el mismo título, publicado en la Revista Antioqueña de Economía y Desarrollo, Cámara de Comercio.
Mayo - agosto 1998

<p>12°. SALON DE ARTISTAS DE LA SALUD. Todo el mes de octubre está abierta la exposición Medicina, Armonía y Creatividad, en la Sala de Arte de la Biblioteca Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Participan 37 miembros de la comunidad universitaria, entre docentes, directivos, estudiantes, egresados, etc., con obras en las modalidades de pintura, cerámica y fotografía. Horario: 7 am. A 7 pm.</p>	<p style="text-align: center;">EL PULSO -----14-----</p>	
---	---	--

Salud en Internet

Notas médicas preparadas por José H. Duque Z.

Fuente: Diario Médico de España

Web site: www.recoletos.es/dm

Reprimir los enfados incrementa el riesgo de sufrir arteriosclerosis

La honestidad, la falta de confianza en público y la represión de sentimientos como la cólera o la ira pueden condicionar la aparición de arteriosclerosis. Un trabajo que aparece en el último número de

Psychosomatic Medicine que tienden a contener sus reacciones negativas se encuentran entre el grupo de riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares.

Ciertos analgésicos causan enfermedad diverticular

El consumo de analgésicos como el paracetamol y el ibuprofeno con una frecuencia semanal puede estar ligado enfermedad diverticular colónica sintomática, un estudio que publica el último número de Archives of Family Medicine.

El láser es un instrumento muy útil en tumores gastrointestinales

La endoscopia es hoy uno de los pilares sobre los que se apoya la gastroenterología clínica diagnóstica y terapéutica. “Aprovechar las posibilidades de los tipos de láser y la valoración de los resultados obtenidos constituyen las actuales líneas de investigación”, afirmó José M. Bordas, jefe de Sección de Endoscopia Digestiva del Hospital Clínico de Barcelona, Durante el Curso Internacional de Endoscopia celebrado recientemente en Pamplona.

Hombres y Mujeres: Diferentes hasta en el corazón

La enfermedad cardiovascular en la mujer se desarrolla de una forma completamente distinta que en el hombre, debido al componente estrogénico y a que la fisiología y fisiopatología de las arterias son diferentes. Entre los 60 y 65 años más agresiva, conlleva más complicaciones y es más mortal en las mujeres. Los cardiólogos y los ginecólogos apuestan por un tratamiento específico e integral.

El 90% de las úlceras bacterianas se curan con la claritromicina

La úlcera gastroduodenal debe ser considerada como una enfermedad infecciosa, por lo que debe ser tratada con antibióticos. Sin embargo, en España se sigue empleando mayoritariamente la clásica terapia crónica de mantenimiento, a pesar de la posibilidad de curar definitivamente asociando un macrólido, como la claritromicina, a los antiulcerosos tradicionales.

Completan la secuencia genómica de la bacteria más letal del planeta

Con la secuencia completa del Mycobacterium tuberculosis, que se publica en septiembre en la revista Nature, ya hay 14 microorganismos secuenciados. Sin embargo, la importancia que posee este último radica en que es origen de la enfermedad infecciosa con mayor tasa de mortalidad del mundo, culpable de dos a tres millones de muertes anuales. El mapa de su genoma proporcionará valiosas pistas para poder enfrentarse a él.

El eje T del electrocardiograma podría predecir el riesgo de isquemia

Un modelo fácil de evidenciar con los electrocardiogramas estándar puede identificar a los pacientes con alto riesgo de desarrollar enfermedad coronaria, según un trabajo realizado por el equipo de Jan A. Kors, de la Universidad Erasmus en Rotterdam, Holanda, publicado el mes pasado en The Lancet. El sistema, denominado eje T, puede ser un iniciador del riesgo de enfermedad coronaria más fiable que los factores de riesgo, como altos niveles de colesterol o hipertensión.

La dietas muy bajas en grasas no añaden beneficio cardiovascular

Una dieta con una ingesta equilibrada de frutas, verduras y carnes, la práctica de un ejercicio regular y un peso controlado constituyen la mejor forma de reducir los factores de riesgo cardiovasculares. Un trabajo que se publica en septiembre en la revista *Circulación* advierte que la reducción exacerbada en los niveles de grasa no aporta ningún beneficio adicional, por lo que no debe ser recomendada en ningún caso.

Los depresivos tienen más riesgo de sufrir enfermedad coronaria

Los hombres con depresión clínica tienen dos veces más posibilidades de desarrollar enfermedad coronaria que los no depresivos. “la depresión clínica parece ser un factor de riesgo independiente de enfermedad coronaria, incluso varias décadas después del primer episodio”, comenta Daniel E. Ford, profesor de Epidemiología de la Universidad John Hopkins, en Baltimore, que ha coordinado un estudio que se publicó en *Archives of Internal Medicine*.

La vacuna contra la Hib reduce un 99% los casos de infección

El número de niños menores de cinco años de edad que desarrollan una infección invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b ha descendido en un 99 por ciento en California, en gran parte debido al uso de una nueva vacuna, según informa el artículo publicado en el último número de la revista *Morbidity and Mortality*.

La eco intervencionista destruye pequeños cilindros cancerosos de vejiga y próstata

La ultrasonografía, considerada en medicina como una técnica de exploración universal, está en continua progresión y sus aplicaciones, tanto diagnósticas como terapéuticas amplían día a día a diferentes ámbitos patológicos.

Una nueva TC móvil detecta mejor el tumor del pulmón

En Japón el tumor pulmonar es la principal causa de muerte entre los pacientes que padecen cáncer. Debido a la importancia que se confiere al diagnóstico precoz de esta patología, la mayoría de la población de este país examina sus pulmones a través de la radiografía y de una técnica llamada flurofotografía.

La colangio – pancreatografía por resonancia nuclear, desplaza a la endoscopia

El estudio de las patologías localizadas en las vías biliares dispone de un nuevo método que se caracteriza por su escasa agresión para el paciente y su elevada sensibilidad y especificidad. Se trata de la colangio – pancreatografía por resonancia magnética nuclear que, por sus beneficios, está desplazando a la que se realiza por vía endoscópica. El diagnóstico por resonancia magnética ofrece una certeza cercana al 95 por ciento.

El deporte

¿para usar y botar?

Por Gonzalo Medina p.

Profesor Universidad de Antioquia

Aunque a los trancazos, el deporte viene cobrando en Colombia la importancia que debe tener en toda sociedad que se llama civilizada. Pero esa importancia no se la están dando – como debía ser – instituciones como el Estado o la propia academia. No, son sus directivos protagonistas en los escenarios o en las tribunas quienes con sus actuaciones y con sus presiones les gritan a directivos estatales y analistas de la realidad, que en el deporte sucede algo más que disputarse un balón o el primer lugar en una competencia. Por otro lado, es tal el desprestigio de ciertas corporaciones públicas –sobre todo aquellas que están el sentimiento nacional – que la alternativa para reencauchar es echar mano al deporte buscando mantener una vigencia pública, bien sea a título individual o institucional. Por eso el interés de gobernantes y jefes políticos, entre otros, por aparecer al lado de los técnicos o deportistas famosos, cuando no el que estos aparezcan adhiriéndose públicamente a su campaña o pidiendo el respaldo político para algún programa.

Surge, por lo tanto, la inevitable pregunta ¿para qué sirve y para qué no sirve el deporte?. Y lo preguntamos en el caso de una sociedad que se define democrática y pluralista y de un país que tiene una promposa ley del deporte desde hace 3 años, pero que sólo parece servir para que le reduzcan impunemente el presupuesto a una de las actividades fundamentales para el desarrollo pleno del ser humano. A propósito, el nuevo gobierno, el del cambio, ya anunció que para el próximo año el presupuesto del deporte será rebajado en cerca de 300 mil millones de pesos.

¿PARA QUÉ SIRVE EL DEPORTE?

1. Para la autoafirmación personal del individuo: le permite conocer sus potencialidades físicas e intelectuales, lo cual contribuye a definir su personalidad y a reafirmar su comportamiento. Valores como el autoestima y el orgullo, por ejemplo, se consolidan en cada uno de nosotros a través de la práctica deportiva.
2. Para la formación ciudadana: En su concepción civilizatoria, el deporte está pensando para que el individuo adquiera los valores que deben de orientar su comportamiento en cualquier ámbito de la sociedad. Por ejemplo, el deporte propicia que el niño al practicarlo aprenda a respetar la autoridad – encarnada en el árbitro-, como también al otro, que en este caso es su contrincante; igualmente, que vaya familiarizándose con la derrota y el triunfo – muy distintos al éxito y al fracaso – lo cual debe darle madurez suficiente para asimilar la primera, aceptando la superioridad del contrario, y para disfrutar la segunda sin enrostrársela al rival.
3. Para la cohesión y la diversidad cultural de las naciones: El deporte debe hacer parte de todo proyecto de nación, en el mismo nivel de importancia de lo político, lo económico, lo social y lo cultural. A través de la práctica deportiva, también se ponen presentes, las distintas representaciones colectivas que guían el comportamiento de los distintos sectores, etnias y clases que conforman una sociedad. El deporte le permite a un país mostrar facetas distintas de su ser local, regional y nacional. La experiencia colombiana, por ejemplo, muestra como a través del

ciclismo y del fútbol se ha ayudado a superar la imagen estereotipada de que nuestro país sólo es narcotráfico y violencia.

4. Para canalizar la agresividad hacia lo creativo y no hacia la violencia: Las energías del ser humano pueden orientarse en un sentido transformador y creador de la vida – lo que los expertos llaman la opción tanática – o en un sentido destructivo- la alternativa violenta -. El deporte ayuda a hacer posible la primera y propicia en el ser humano la experiencia lúdica que él mismo puede brindar.

¿PARA QUÉ NO SIRVE EL DEPORTE?

1. Para que los jóvenes dejen de consumir droga: el auge del deporte está llevando a que éste se tome con su carácter remedial y a la vez como fórmula milagrosa para curar todo mal. Eso es lo que explica por que ahora, cuando se piensa en el problema de la drogadicción, de inmediato se lanza la propuesta “hay que poner a hacer deporte a los muchachos estén entretenidos en otra cosa”. Primero que todo, el deporte no es un relleno, en segundo lugar, si hemos de relacionar el deporte y la drogadicción, debe ser desde el punto de vista preventivo. En otras palabras. La práctica deportiva puede contribuir a que el niño y el adolescente puedan enfrentar con más seguridad la atracción de la droga.
2. Para que los políticos y lo gobernantes hagan demagogia: De las actividades, la que mejor les sirve a los dictadores o los gobernantes ilegítimos para superar sus crisis políticas o sociales, es el deporte, por su capacidad de convocatoria. Ello es lo que explica e l porque se exagera el sentimiento nacionalista –léase chovenista- cuando una selección deportiva va a disputar un torneo cualquiera en momentos en que el país vive situaciones de conflicto, tanto internas como externas. De las experiencias que mejor retractan esta manipulación del deporte, está la famosa “guerra del fútbol” entre el Salvador y Honduras en 1969. El partido de la eliminatoria par el mundial de México 1970. Fue utilizado para hacer estallar la crisis económica que enfrentaba el segundo país, debido a que el primero estaba copando sus mercados internos.
3. Para el mero enriquecimiento material del deportista y de quien lo dirige: El nivel externo de mercantilismo a que el capitalismo ha llevado el deporte, está generando una nueva valoración sobre el deportista, y es aquella que determina su importancia nacional o internacional, incluida la informativa, según el dinero que gane o según el valor de su pase. Ahora no interesa evaluar el grado de representatividad cultural de un deportista, sino los millones de dólares que tenga en su cuenta bancaria. Si bien es legítimo que el deportista reciba el reconocimiento económico por la calidad de su actuación, también que él debe a una sociedad cuyos distintos sectores, etnias y clases encuentran en él un valor de convergencia regional o nacional.
Por últimas, lo que se trata de evitar es que con el deportista colombiano se haga realidad el título de aquel libro de Eduardo Galeano, hablando del consumo enfermizo que se apoderó del ser humano de hoy: “úselo y bótelo”.

	EL PULSO -----15-----	Ahora EL PULSO tiene la sección avisos clasificados a disposición de todo el sector salud. Llame a nuestra dirección comercial.
--	--	---

El CES abre su nuevo Centro de simuladores, Campas

La simulación se entiende como la reproducción de un hecho de la realidad, logrando su repetición indefinida, la cual permite un análisis pausado, metódico, sin condicionantes y lo más importante, sin someter a riesgo y maltrato repetitivo al paciente.

El objetivo terminal de la simulación es generar en el personal que se está formando una aplicación adecuada de la técnica indicada, para que cuando se esté frente a la situación real se pueda responder en la forma correcta.

Entre las herramientas didácticas con que debe contar un centro de este tipo se cuentan:

- Reproductores de estímulos visuales y acústicos
- Modelos tridimensionales.
- Ejercicios escritos de simulación.
- Simulación mediante ordenadores.
- Situaciones simuladas con personas reales.
- Maniqués automatizados.

La puesta en marcha en el CES, del Centro de Entrenamiento Médico y Paramédico con Simuladores – CEM- PAS, es una noticia importante para la Universidad, para el sector salud y para la comunidad en general, porque representa un enorme avance cualitativo en la formación del recurso humano para el manejo de urgencias y emergencias en las que se hace necesaria la adquisición de destrezas específicas.

El Centro, uno de los primeros de su género en el país, es el resultado de un proceso de preparación de varios años que tuvo entre sus componentes una investigación sobre el impacto que el uso de simuladores para entrenamiento en reanimación, podría tener en estudiantes de 9º, Semestre de medicina del CES.

Dicho estudio fue efectuado por un grupo de profesionales de Gerencia de la Salud Pública del Convenio CES-EAFIT, y en él se recomendó un análisis de las metodologías tradicionales empleadas para la formación de recurso humano en salud, en lo referente a reanimación cardiopulmonar y se sugirió replantear estrategias en este sentido, haciéndolas extensivas a áreas como la enfermería, la odontología y a fines, que de alguna manera están expuestas y sujetas a manejar este tipo de situaciones.

El Centro Creado en la Universidad recoge los hallazgos de dicha investigación, la experiencia existente en el medio en este campo y la oportunidad de reunir tecnología de punta para adiestramiento en reanimación que cubra una necesidad sentida del médico.

RESPUESTA A UNA NECESIDAD

En las Facultades de Medicina el tratamiento para el manejo prehospitario y hospitalario de estas emergencias ha carecido de nuevas metodologías y se ha dado una brecha entre la teoría y la práctica, lo origina costos económicos y sociales por una inadecuada práctica profesional.

EL CEMPAS está diseñado conceptual y técnicamente con los recursos necesarios para responder a esta necesidad de capacitación, mediante un modelo que obligue a los docentes a variar la metodología de la enseñanza, motivando a los alumnos a abandonar el papel pasivo y llevándolos a hacer parte de su propio proceso de aprendizaje, mediante el uso de simuladores.

PLAN DE DESARROLLO

EL CEMPAS ha definido ya sus estrategias para el desarrollo de su producto a corto, mediano y largo plazo. En el corto plazo se han diseñado una serie de seminarios- taller para grupos específicos como: Guarderías y Preescolares, Conductores, Agencias de Viajes; además de talleres cortos de entrenamiento en temas básicos y avanzados de atención de urgencias.

En el mediano plazo se tiene ya diseñado un programa especial de asesoría para el sector industrial en lo relacionado con la Prevención y Preparación para Emergencias y Desastre, este mediante convenio con la Corporación Proinvestigación. Asimismo, se ofrecerán algunos diplomados en temas como: Asistencia en Emergencias Médicas, Administración de Emergencias y Desastre, Manejo de Operaciones Contra incendio, Prevención y Preparación para Emergencias y Desastres en el Sector Educativo.

En largo plazo se ofrecerá el primer programa de posgrado en el país sobre Gerencia de Operaciones Contra incendio, además de un diplomado en Manejo Avanzado del Trauma y como macroproyecto, el poder contar con un verdadero Centro de Capacitación piloto a nivel nacional.

COMO ACCEDER A SUS SERVICIOS

Cualquier entidad pública o privada podrá tener acceso a los cursos y programas que ofrecerá el CEMPAS, así como obtener un diseño específico según sus necesidades. Para esto basta con poner en contacto con nosotros el CES en el tel. 2683700 ext. 353.

Clasificados

EL PULSO inicia a partir de esta edición su sección de avisos clasificados. Este es un espacio abierto para nuestros lectores y anunciantes y en él se ofrecen toda clase de productos y servicios de interés general.

Para sus clasificados, comunicarse con la empresa Abril Publicidad, en el teléfono 311-15-59.

Joyas y esculturas para la venta

Escultura "Desolación" de la artista Elvia Vélez Cale; técnica cera perdida en bronce con base de mármol. Dimensiones 30 por 15 centímetros. Valor \$3.000.000,00

Anillo circón oro amarillo 18 K. Valor \$200.000,00

Informes oficina de comunicaciones de Corpaúl 511-45-55, Medellín

Aparatos ortopédicos

Alquiler de muletas
Venta de sillas de ruedas, bastones y caminadores
Ayudas ortopédicas en general, órtesis y prótesis.
Zapatos, plantillas, corset.
Asientos especiales.
Empresa de aparatos Ortopédicos.
Informes en el Comité Regional de Rehabilitación de Antioquia
Teléfono 211-05-05

Bonos para toda ocasión

Cuando usted envía un bono de El Comité Regional de Rehabilitación de Antioquia, un niño con discapacidad física, menta o sensorial, puede aprender a valerse por sí mismo.
Servicio a domicilio
Teléfono 211-05-05

Venta guitarra

Vendo guitarra. Fabricante José Ignacio Castrillón. En perfecto estado.
Teléfono 313-04-89

Especial para el mes de los niños

Deliciosos menús infantiles con motivo del día de los niños. Pedidos para empresas y unidades residenciales. María Cristina Sierra, teléfono 2-56-70-60

“EL HOSPITAL” EL MEJOR REGALO PARA ESTA NAVIDAD

“El Hospital”, libro de lujo editado por el hospital Universitario San Vicente de Paúl, es el mejor regalo para celebraciones como el Día del Médico, para los aguinaldos navideños de las empresas y para los festejos familiares.

En esta obra está plasmada, de manera amena y sobria, el pasado, el presente y el futuro de esta institución que en patrimonio arquitectónico. Igualmente, el recorrido gráfico, a todo color, plasma de manera espléndida, la majestuosidad de sus edificios y su entorno ambiental, orgullo del sector salud y de todos los colombianos.

Puede adquirirse en las principales librerías de Medellín. Informes en el teléfono 263-7810.

		Seminario sobre la niñez en protección Los días 21, 22 y 23 de octubre se realiza el IV Seminario Institucional Ciudad Don Bosco,
--	--	---

	EL PULSO -----16-----	bajo el tema “La familia en el entorno social de la niñez en protección”. Se busca que educadores y profesionales discutan un marco conceptual sobre el tema y lleguen a acuerdos que permitan calificar su labor. Lugar: Ciudad don Bosco, calle 70 No. 95ª- 190. Teléfono 264-21-22
--	--	--

Pago incondicional para las IPS

Por Jorge Luis Ramírez, abogado

La legislación comercial colombiana tiene prevista la creación de títulos valores en blanco, los cuales, acompañados de las respectivas instrucciones, tienen plena validez para legitimar el derecho que en ellos se consagra.

Esta previsión legal, tiene especial significado como garantía de las obligaciones nacidas en otras fuentes, como los contratos, en los cuales el hacer efectivo su cumplimiento se hace mucho más difícil en razón de los procedimientos establecidos en las normas procesales para este fin, especialmente cuando trata de obligaciones en dinero.

QUE ES UN PAGARÉ

El Art. 709 del Código de Comercio define el pagaré como un título valor el cual, además de los requisitos generales de este tipo de documentos, contiene la promesa incondicional de pagar una suma de dinero a la orden o al portador.

El artículo 622 de la misma obra, consagra la emisión de los títulos en blanco o con espacios a llenar, y establece que cualquier tenedor legítimo del título valor puede llenar los espacios en blanco en él contenidos, antes de su presentación para el ejercicio del derecho en él incorporado, conforme a las instrucciones que por tal fin haya establecido quien suscribe el título.

IMPORTANCIA PARA LAS PRESTADORAS DE SALUD

Así las cosas, este es un elemento importante para las prestadoras de servicios de salud, para garantizar el pago de las obligaciones económicas que adquieren quienes compran sus servicios, y que las más de las veces van hacia procesos interminables por razón de trámite que judicialmente deben llenarse para hacer de una factura un título que preste mérito ejecutivo.

Esta modalidad de garantía no es extraña al mundo de los negocios; vemos como las compañías aseguradoras utilizan este sistema como contragarantía en alguna de las pólizas que expiden sus clientes.

La expedición de un título valor en blanco debe ir siempre acompañado de las respectivas instrucciones, las cuales deben ser claras y expresas y contener las condiciones en que puede ser llenado.

Pero además, como condición fundamental en este y en todos los negocios jurídicos, debe actuarse de buena fe; es decir, llenar el respectivo documento solo cuando se cumplan los requisitos convenidos con quien se suscribe, puesto que el documento una vez en circulación, es inoponible a terceros poseedores de buena fe, ya que es de la esencia de este tipo de papeles la circulación y así lo expresa el último párrafo del artículo 622 citado:

“Si un título de esa clase es negociado, después de llenado, a favor de un tenedor de buena fe externa de culpa, será válido y efectivo para dicho tenedor este podrá hacerlo valer como si hubiera llenado de acuerdo con las autorizaciones dadas”.

Sigue adelante el programa “Salud sin Fronteras”.

**Por María Elena Duque
H.U.S.V.P**

El programa “Salud sin Fronteras” continua adelante su meta de llevar lo mejor de la medicina antioqueña a otros países. El proyecto tiene el apoyo de Proexport, entidad gubernamental para la promoción de las exportaciones no tradicionales, adelantada por la Unidad Exportadora de Servicios de salud, cuenta con la participación directa del Hospital San Vicente de Paúl, la Clínica Cardiovascular, la Clínica Las Américas, el Centro de Investigaciones Biológicas y el Instituto de Alta Tecnología Médica, IATM.

En la primera fase, dichas entidades, con el respaldo de Proexport, hicieron visitas de reconocimiento a varios países de América Latina y el Caribe, considerados mercados potenciales.

La segunda fase contempla actividades como el intercambio de información con el público hacia el cual será dirigida la oferta de servicios, el posicionamiento de las instituciones y de su oferta de servicios, y misiones de compradores.

Se trata, insisten lo promotores de esta iniciativa, de no competir con los colegas de naciones cercanas, sino, por el contrario, aportar conocimientos y prácticas en los cuales Antioquia es fuerte y que, por una u otra razón, aún no se han consolidado en los mercados objeto.

SERVICIOS OFRECIDOS

Algunos de los servicios que ofrece el programa “Salud sin fronteras” son:

Trasplante renal, trasplante medula ósea, estomatología y cirugía maxilofacial, cirugía cardiovascular y neurovascular, trasplante de corazón y de pulmón, hemodinámica diagnóstica e intervencionista, fertilización in vitro, microinyección de espermatozoides, donación de oocitos, banco de semen, inseminación artificial, cirugía plástica estética y reconstructiva, diagnóstico y tratamiento integral del cáncer, liptotricia extracorpórea, odontología, estética, resonancia magnética, angiografía, cine resonancia, laboratorio de inmunología, sinovectomía con radioisótopos, micología médica, examen directo y cultivo de hongos, anticuerpos y antígenos circulantes, pruebas de sensibilidad a los antimicóticos, diagnóstico y tratamiento de enfermedades reumatológicas.