

Periódico
para el sector
de la salud

EL PULSO

Medellín, Colombia • N° 14 • Noviembre - 1999 • Año 2 • ISSN 0124-4388 • Valor: \$1.000

El mercado farmacéutico en entredicho

Los medicamentos: Sobredosis de confusión para el consumidor

La liberación de precios de los medicamentos, puesta en marcha en enero de este año, ha añadido fuego al debate, de por sí polémico, sobre el mercado farmacéutico en Colombia. Pero además de los ajustes de un proceso económico que es preciso equilibrar, está pendiente la revisión de un sector cuyas políticas y acciones no pueden dejar en un estado de desprotección amenazante a quien es su razón de ser: el consumidor. EL PULSO entrevistó al Superintendente Nacional de Industria y Comercio, José Archila Peñalosa, a representantes de diferentes gremios y a diversos expertos que, con renovados argumentos, vuelven a poner en discusión el tema inagotable de la salud como generador de peligrosas desmesuras pero, también, de urgentes controversias.

Detalles
páginas 2 y 3



«No se puede pretender que una libertad de precios dé resultados en este periodo. Hay que hacer modificaciones».
José Archila Peñalosa, Superintendente de Industria y Comercio.
Foto Edwin Vélez Vásquez.

Se roban la selva

Para nadie es extraño que Colombia tiene una riqueza biológica sin explotar. Sin embargo, en el país no existe la infraestructura y ni la conciencia de preservar estos tesoros o, por lo menos, preocuparse por estudiar e investigar lo que existe en diferentes regiones del territorio patrio. A la hora de preguntarse quién es el propietario de todos estos recursos, se generan polémicas centradas en los derechos de propiedad de los recursos genéticos. A todas estas, las multinacionales están prestas a explotar lo que en el país no se ha sabido aprovechar.

Multinacionales
página 10

SUSCRÍBASE
A
EL PULSO

Página 14



Inauguración de Policlínica

Con un significativo acto el Hospital Universitario San Vicente de Paul entregó a la ciudad la nueva Policlínica, en donde se invirtieron más de cinco mil millones de pesos. Integraron la mesa directiva el doctor Juan Guillermo Maya Salinas, Director Médico del Hospital; el doctor Jorge Mario Uribe Pardo, representante del alcalde de Medellín; el doctor Guillermo León Franco, director Servicio Seccional de Salud de Antioquia; el doctor Julio Ernesto Toro Restrepo, director del Hospital; el doctor Ricardo Restrepo Arbelez, presidente de la Junta Directiva del Hospital; Monsenor Dario Monsalve, Obispo Auxiliar de Medellín y el doctor Rubén Dario Restrepo, jefe de la nueva Policlínica. Foto Edwin Vélez Vásquez.

El Caso
página 5

Metrosalud será transformada

Muchos rumores han corrido por la ciudad de Medellín, acerca de la transformación de Metrosalud, que será descentralizada dicen unos, otros que será privatizada. Hasta el momento no se ha tomado ninguna decisión. Lo único cierto es que la empresa será transformada y para ello está facultado el alcalde de Medellín, Juan Gómez Martínez, quien tiene plazo hasta el mes de diciembre para decidir sobre el futuro de la entidad. Hasta el momento se han cumplido varios de los puntos establecidos en el Acuerdo N° 37 de 1998, entre los que se destaca: el estudio de factibilidad realizado por la Fundación Techne, que para algunos es válido y para otros no, la conformación de la Comisión Interinstitucional, que ya dio su parte sobre el estudio en mención, que no es válido para el gerente saliente de Metrosalud, Carlos Ignacio Cuervo Valencia. De otro lado, el secretario de Salud de Medellín, Rogelio Zapata asegura que en ningún momento será vulnerado el derecho a la salud que tienen los habitantes de la ciudad. En cambio la Veeduría de la Salud opina que para tomar una decisión de estas deben pensar primero en la gente. De todas formas hay que esperar hasta diciembre.

El Caso
página 5

LEA EN ESTA EDICIÓN

Observatorio: Compromisos de gestión en salud

PÁGINA

7

Anorexia, bulimia y otros trastornos en la alimentación

PÁGINA

12

El Padre Federico Carrasquilla o el sentido de la pobreza

PÁGINA

11

Concurse con el Crucipulso

PÁGINA

14

Editorial.
¿La bolsa o la vida?

En el mercado farmacéutico, en términos generales, el consumidor final no es quién decide qué va a consumir porque no tiene el conocimiento ni la información suficiente para ello. Tal responsabilidad recae sobre los prescriptores, que también tienen dificultades para manejar la información necesaria.

PÁGINA

4

Se adelanta en la actualidad el I Congreso Internacional Virtual de Cardiología que se desarrollará hasta el próximo 31 de marzo del año 2000. El Congreso es auspiciado por la Inter-American Heart Foundation, Inter-American Society of Hypertension, Pan-African Society of Cardiology, además de prestigiosas universidades e instituciones de diferentes partes del mundo. El Dr. John Bustamante Osorio, director del Grupo de Dinámica Cardiovascular de la Escuela de Formación Avanzada de la U.PB., es la persona delegada por Colombia en este evento.

EL PULSO

Noviembre de 1999

Nº 14



DEBATE

Los bemoles de la regulación de medicamentos Laboratorios negocian precios para evitar regulación

Por: Angela María Rivera Bohórquez,
Corresponsal Santafé de Bogotá

La regulación de precios de algunos medicamentos va a pasos agigantados, si no se llega a acuerdos voluntarios con los productores farmacéuticos. El gobierno no está dispuesto a tolerar el abuso y los laboratorios no quieren perder las prerrogativas que han ganado. Sin embargo ¿hasta dónde la regulación sería la solución a las dificultades que se están presentando?

La alerta comenzó a darse cuando los medicamentos de más alta rotación vieron incrementados sus precios de forma alarmante, situación que hizo pública el senador Ciro Ramírez, quien pidió la regulación para evitar que los usuarios se vieran afectados. A la fecha de cierre de edición de El Pulso, se había iniciado el proceso de concertación voluntaria entre los laboratorios y el gobierno, concertación que de acuerdo con lo informado, ha dado resultados favorables, aunque el Viceministro de Desarrollo, Juan Alfredo Pinto, no descarta la posibilidad de regular los medicamen-

tos con los cuales no se pueda hallar una salida razonable. La decisión del gobierno de liberalizar los precios generó gran malestar en algunos sectores que consideran la libertad como sinónimo de anarquía y que, por otro lado, saben que la salud como servicio público esencial, va de la mano con la adquisición de medicamentos, mas si se tiene en cuenta que quien no tiene asegurado todavía el servicio de salud, debe adquirir los productos a los precios del mercado. Lo anterior significa que el desconocimiento de sus derechos como consumidores puede conver-

tirlo en objeto de abuso. Sin embargo, la autorregulación tiene más ventajas de las que evidentemente creemos que existen, tanto es así que con ella son los consumidores quienes finalmente deciden, pero entonces ¿por qué se presentó esta situación? Si bien es cierto que pudieron haber fallas inherentes a cualquier transformación, también lo es que existe una seria dificultad para asumir esta decisión, puesto que la tendencia es aprovechar la libertad, sin tener en cuenta al consumidor, situación que se vivió en el transcurso del año.

La labor de la Superintendencia de Industria y Comercio



Entre las obligaciones que tienen los laboratorios farmacéuticos según el régimen de libertad de precios de medicamentos, aprobado por la Comisión Nacional de Precios, está la de enviar el listado de precios de venta al Ministerio de Desarrollo Económico, con el fin de llevar un monitoreo.
Foto: Edwin Vélez Vásquez.

Para el Superintendente de Industria y Comercio, José Archila Peñalosa, existen mecanismos de control desconocidos para la mayoría de los ciudadanos que se pueden aplicar siempre y cuando se compruebe que hubo irregularidades, que no necesariamente tienen que ver con el alza de precios.

Por Angela María Rivera Bohórquez, Corresponsal Santafé de Bogotá

A partir del 1º de enero de este año, la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos aprobó el régimen de libertad de precios a los medicamentos, otorgando responsabilidades en la cadena del mercado. Se destaca en el mismo que los laboratorios farmacéuticos deberían enviar «la lista de precios de venta de sus productos cada dos meses al Ministerio de Desarrollo Económico para llevar a cabo un monitoreo y en el caso de que el estudio encuentre excesivas alzas en los precios serán comunicados a la

Comisión para que se tomen las decisiones pertinentes», así mismo, que «el organismo encargado de supervisar la calidad de los medicamentos será el INVIMA.» y que «la Superintendencia de Industria y Comercio será la encargada de asegurar que los laboratorios no incurran en competencia desleal ni dumping en la comercialización de sus productos». A su vez la Superintendencia de Industria y Comercio, en cumplimiento de sus funciones, expidió el 25 de agosto de este año la circular 011, en la que dejaba en claro las obligaciones de los droguistas con respecto a la fijación pública del precio de los medicamentos, a fin de que el consumidor pudiera elegir por el producto que más le satisfaga en calidad y precio. Estas medidas se han venido apli-

cando y son motivo en la actualidad de estudio y análisis por parte del gobierno nacional, que en pocos días, desde la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos, tomará una decisión al respecto, que es importante revisar detenidamente. Para que el tema sea visto desde varias facetas, el Pulso habló con el Superintendente de Industria y Comercio, doctor José Archila Peñalosa, quien desde su ámbito, aunque no controla los precios ni decide la política con respecto a este tema, sí puede intervenir en caso de que los consumidores vean vulnerados sus derechos.

SI EXISTE CONTROL Y aunque para muchos es desconocido que existen herramientas claras de control, para el doctor Archila, éstas son amplias y se pueden aplicar, siempre y cuando se determine que hubo irregularidad, situación que no se presenta solamente en el caso de que se disparen los precios. Es decir, que «el incremento muy exagerado, desde el punto de vista subjetivo, no implica que haya especulación, si usted no está manipulando la oferta de ninguna manera que le permita ese incremento». No obstante, si se demostrara especulación, la Superintendencia sí podría entrar a intervenir. Así mismo, pese a que a la fecha aún no se ha establecido que se hayan ge-

Consumidores beneficiados

A la hora de cierre de EL PULSO, el Ministerio de Salud anunció que la industria farmacéutica colombiana había hecho una rebaja voluntaria en los precios de 207 medicamentos, con lo cual se beneficiaría la salud de los colombianos. Indicó el Ministerio que el Comité Nacional de Medicamentos había analizado 7.909 productos, de los cuales 559 presentaban aumentos considerables. Agregó además que de éstos, 207 presentaron aumentos justificables, bajo los parámetros económicos de la devaluación y la inflación aceptados por el Ministerio de Desarrollo Económico. Informó además el Ministerio que para 274 medicamentos se logró una concertación voluntaria en los precios y que para 78 no se logró la concertación o simplemente no presentó propuesta de reducción. Los laboratorios comprometidos tenían un plazo de ocho días para presentar una justificación adecuada del aumento de esos medicamentos o una propuesta de reducción voluntaria. Con la reducción voluntaria de precios, producto de la política de liberación de precios, se espera que la industria farmacéutica demuestre su responsabilidad en el manejo de los precios al público.

nerado acuerdos entre los laboratorios farmacéuticos o competencia desleal, entre otros, según el Superintendente, «existen unos mecanismos muy importantes que acá en Colombia no se han utilizado nunca. La industria farmacéutica es particularmente compleja de analizar, en la medida en que un gran número de los productos, son productos que tienen patente. La patente, por ley, es el otorgamiento de un monopolio sobre un producto durante determinado tiempo, en reconocimiento a la inversión que se ha hecho. Sin embargo, existe la posibilidad cuando se esté malutilizando una patente de ordenar licencias obligatorias. Consiste básicamente en que si se descubre que se abusa de la patente, al manipularlas, se autoriza a otro laboratorio para que la explote. Así se entra a regular el pago de las regalías correspondientes. Si el incremento de precios se estuviera dando por un abuso así de la utilización de esa patente, la Superintendencia puede crear las condiciones de competencia de esa manera». En el caso de que efectivamente se diera lo que el senador Ciro Ramírez denunció en algún momento, es que los incrementos obedecen a acuerdos de precios, la Superintendencia, según Archila, «podría entrar a hacer una investigación sobre esos acuerdos de precios, ordenar el desmonte del acuerdo y sancionar muy severamente a los laboratorios que estuvieran involucrados». No obstante, a la fecha, esa entidad no tiene ninguna confirmación con respecto a que estos acuerdos estén sucediendo, puesto que las investigaciones son muy complicadas y aún no le han sido remitidas las pruebas de lo citado por el senador. Entre tanto, la Superintendencia trabaja en el cumplimiento con lo estipulado en cuanto a la fijación pública de precios, en el sentido de vigilar que se esté aplicando la rotulación, a fin de que el consumidor pueda escoger la opción que más le convenga. A la fecha no se ha presentado ninguna denuncia en Bogotá, al igual que en el resto del país, donde el consumidor puede exponer sus quejas ante las Oficinas de las Su-

perintendencias de Servicios Públicos y de Sociedades.

REGULACION INTELIGENTE DE PRECIOS Finalmente, para el Superintendente «los consumidores no están desprotegidos», lo importante es hacer «una regulación de precios inteligente», teniendo en cuenta que no se puede pretender «que una libertad de precios dé resultado en el periodo que están haciéndolo, obvio que hay modificaciones. «Para mí es irresponsable empezar a exigir resultados, pedirle autorregulación a los laboratorios o volver al esquema anterior», porque «... no esta permitiendo que los demás mecanismos alternativos funcionen y mucho menos que tengamos información suficiente para poder tomar unas decisiones inteligentes. El mecanismo de la intervención de precios suena mejor porque yo puedo decir, vuelvan al precio anterior, pero de lo que nos estamos perdiendo es que nunca vamos a saber si ese era el precio justo». De esta situación quedaron varias lecciones para el gobierno como para los consumidores. Lecciones como el seguimiento paralelo, previsto con anterioridad, y necesario en este tipo de decisiones que afectan indiscutiblemente a los usuarios, antes de llegar al punto de tener que retroceder, porque la situación se sale de las manos; lecciones como las de ofrecer a los consumidores herramientas necesarias para que puedan decidir en el proceso y sobre todo para que conozcan lo que está sucediendo, al margen de la normalidad y el momento en el que surge la irregularidad, que debe ser denuncia da. Y para los consumidores la idea de que la libertad de precios nos permite la regulación, y que no optar por ella es permitir que los vicios continúen sin saber en realidad que podríamos recibir del mercado mejores alternativas.

El Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín inauguró la nueva Unidad de Cuidados Intensivos, que consta de seis camas para Pediatría y 12 camas para adultos, cada una con habitación individual, dotada con la más alta tecnología y apoyada por un grupo médico y humano altamente preparado en cuidados críticos, conformado por pediatra, internista, cirujano general y anestesiólogo, disponibles las 24 horas del día.



DEBATE

Otros aspectos del debate sobre medicamentos

¿Y quién habla de los baratos-malos?



Foto: Edwin Vélez Vásquez.

En un mercado desaforado no sólo están los que venden caro, sino los que aprovechan para vender barato y de mala calidad.

Por Ana C. Ochoa, periodista

Dicen que los que abusan por arriba sorprenden, pero los que abusan por debajo espantan. Quienes venden caro no son los únicos que hacen viscoso este debate sobre los precios de los medicamentos. También están los que, con voracidad incalculable, aprovechan el caos y cierran negocios a bajos precios, haciendo feria con productos sin ninguna calidad. Aquí están comprometidos los que venden, pero también las instituciones expendedoras que, casi siempre por irresponsabilidad, compran medicamentos deficientes. Entre estas últimas han estado involucradas algunas E.P.S, que buscan economía en sus compras de medicamentos sin evaluar debidamente la calidad de los productos. Y calidad en estas materias es un asunto que compromete la vida. Por eso, en opinión de muchos entrevistados, el debate debe abrirse y examinar no sólo la tan publicitada desmesura de los precios, sino las prácticas oscuras que un mercado como éste, precariamente vigilado, genera. Así que los productos que han subido de precio (Según cifras confusas del Ministerio de Salud 220 primero 559 después, y sólo 30 según la Cámara de la Industria Farmacéutica de la ANDI), estos medicamentos, decíamos, no son la única porción del mercado que debería evaluarse. Ni sólo la propuesta del senador Ciro Ramírez de regular los precios. Ni sólo, tampoco, las declaraciones discutibles de la Comisión de Vigilancia a los Medicamentos en la que cruzan hilos, visibles e invisibles, las industrias, los ministros de Desarrollo y de Salud, la Superintendencia... Muchos opinan que el debate justo tendría también que examinar los hechos, más allá de esa noticia remolida en fragmentos de confusión televisada.

PEOR EL REMEDIO QUE LA ENFERMEDAD Hay problemas graves que merecen audiencia. La gente enferma corre el riesgo de empeorar, al consumir medicamentos que presentan, por ejemplo, inadecuada concentración de sus compuestos; medicamentos mal diseñados desde el punto de vista farmacológico, que impiden la liberación del principio activo; medicamentos contaminados, vencidos...sólo en Medellín, seis de cada diez establecimientos que suministran medicamentos al público tienen productos falsificados, según información de la Oficina de Control de Medicamentos de la Secretaría de Salud del Municipio. Son estos los mecanismos fraudulentos de un mercado amenazado que, según investigación de ACNielsen, viene en picada. Dice Jorge Fon-negra, funcionario de la Secretaría de Salud de Medellín, que la falsificación de medicamentos es sólo un ejemplo de las múltiples irregularidades, pero agrega que son varias las violaciones a la ley y varios también los que las cometen. Como ya se dijo, además de los fabricantes y los distribuidores, están aquellas entidades que por buscar economía adquieren productos inconvenientes. Agrega que, incluso, algunos laboratorios pequeños tienen dos líneas de producción, una de ellas más barata para las E.P.S. Opina que «muchas de estas entidades deberían ser más rigurosas en sus programas de adquisición de medicamentos...según la resolución 0452 del 97, ellas están llamadas a establecer servicios serios de atención farmacéutica, que estudien la calidad de los productos, que hagan verdadero control, pero desafortunadamente han limitado su función a la simple entrega de los medicamentos.»

OPINIONES El director del Departamento de Farmacología de la Universidad de Antioquia, Jesualdo Fuentes, insiste en que la vigilancia de me-

¡Denuncie!

Cualquier anomalía en los medicamentos detectada por la comunidad, puede denunciarse a la Secretaría de Salud Municipal, Oficina de Control y Vigilancia de Medicamentos, tel: 5137752. Sobre el tema de los precios, vale la pena recordar que, de acuerdo con la circular 11 de la Superintendencia de Industria y Comercio, los almacenes de cadena, Cajas de Compensación Familiar, droguerías, proveedores y expendedores de medicamentos deben fijar, en lista o en los mismos productos, los precios máximos al público. No podrá aparecer más de un valor, ni se podrán hacer tachaduras o enmendaduras al precio indicado originalmente. Si hay más de un precio el consumidor sólo estará obligado a pagar el más bajo. Si estas normas de fijación de precios se incumplen, podrá haber multa (hasta por diez veces el valor de un salario mínimo mensual), o en algunos casos cierre del establecimiento.

dicamentos en Colombia es insuficiente. «No existe seguimiento adecuado a los productos luego de que salen al mercado. El INVIMA - Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, creado por la Ley 100- no alcanza a hacer control en todo el país. Debería buscar apoyo en las diferentes ciudades. Las universidades, por ejemplo, son buenas opciones para reforzar estos programas de farmacovigilancia que son indispensables. El registro inicial del INVIMA no es su-

Los que abusan por arriba sorprenden, pero los que abusan por debajo espantan. Quienes venden caro, no son los únicos que hacen viscoso este debate sobre los precios de los medicamentos. También están los que aprovechan el caos y promueven negocios a bajos precios, haciendo feria con productos sin ninguna calidad.

ficiente para garantizar la calidad de un producto. Es preciso hacerle seguimiento». De los casos de medicamentos irregulares que se han presentado recuerda, por ejemplo, el de una Heparina, un anticoagulante que, en más de 90 casos generó reacciones anormales en los pacientes. Evaluamos y confirmamos en el laboratorio, las irregularidades que ya habíamos detectado también clínicamente. En otra oportunidad el problema fue con una Warfarina que, ni aumentándose la dosis, anticoagulaba al paciente. Se evaluó el principio activo y encontramos que lo que se le estaba dando al paciente era almidón, pues no tenía sino alrededor del 2% del principio activo. También nos ocurrió con una Cefalosporina inyectable que no tenía principio activo, después con un antiulceroso, en fin, hay que insistir a los médicos que reporten cualquier anomalía que detecten de forma reiterada. Evaluar los efectos adversos que pueda presentar el medicamento, la efectividad desde el punto de vista terapéutico...algunos se sienten intimidados y no denuncian las anomalías, pero deben colaborar.»

DE GENÉRICOS Y MÁS Según la ley, el médico debe formular el genérico -denominación común internacional- y no comprometerse con ningún laboratorio. El paciente recibirá el producto de la marca que haya adquirido la entidad a la que está afiliado. Lo correcto es que sean productos de óptima calidad. Jesualdo Fuentes, director del Departamento de Farmacología de la Universidad de Antioquia, insiste en que «la calidad no la determina el hecho de si son genéricos o no. Puede haber medicamentos de marca que no son de buena calidad. Otro aspecto curioso es que la gente se deslumbra por las marcas que ofrecen productos novedosos y desdeñan el producto tradicional, de viejo uso, al que ya se le conoce su funcionamiento, sin pensar en que esos productos nuevos están apenas por probarse masivamente. Los efectos se conocen en realidad en la fase de comercialización. Ya ocurrió hace poco con un bloqueante de canal de calcio y con muchos otros.»

PARA RECORDAR Según Juan Manuel Gutiérrez, director de la Cámara de la Industria Farmacéutica de la ANDI -que reúne 40 laboratorios, el 93% de la producción nacional- el sector está golpeado, las compras institucionales, por ejemplo las del ISS, han disminuido y todo eso ha afectado decisivamente. Al parecer muchos laboratorios, acosados por la necesidad de producir, vender y ser rentables, han llegado a ofrecer estímulos a los distribuidores, seduciéndolos con descuentos y otras estrategias no siempre honestas con la calidad. EL PULSO intentó establecer contacto con las directivas de varios laboratorios -que entre otras cosas tampoco suministran listados de precios de sus medicamentos- y estas se negaron a dar cualquier declaración argumentando que su vocería la tenía AFIDRO. A su vez la directora de AFIDRO se negó a hablar del tema. En coincidencia con el Ministerio de Salud, el INVIMA, la Superintendencia de Salud y la de Industria y Comercio, El Ministerio de Desarrollo hizo saber a través de su Directora de Comercio y Mercados Erika Beltz, que, «todas las políticas, incluida la de liberación de precios, están orientadas a la protección del consumidor». Propósito éste que, de tan fallido, fabrica cada día más incrédulos. ¿Y más enfermos?

Por ahorrar, muchos expendedores, incluso algunas E.P.S, compran drogas baratas sin examinar la calidad.

EDITORIAL

¿La bolsa o la vida?

La liberación del precio de los medicamentos se produjo a partir del primero de enero del presente año, en el contexto de la reforma tributaria y de otros aspectos ligados a la economía, con la esperanza de que ellos bajarían por las fuerzas del mercado.

El gobierno, previendo que no se cumplirían las reglas del «mercado perfecto» para los medicamentos de exclusividad terapéutica, es decir, «aquellos medicamentos que tienen tres o menos de tres laboratorios que los producen», tomó la decisión de mantener estos productos bajo el régimen de control directo, con la fijación de un Precio Máximo de Venta al Público. De los, aproximadamente, 6000 medicamentos que se comercializan en el país, 134 quedaron bajo dicho régimen y para estos se autorizó un 14% de incremento máximo para 1999.

Pero las fuerzas del mercado no fueron suficientes. De 5000 productos analizados, 220 evidenciaron un incremento excesivo de los precios.

El 86% del mercado total de medicamentos en el mundo, se concentra en el 15% de la población residente en los países industrializados, mientras que el resto de la población, que vive en los países en desarrollo, representa sólo el 14% de ese mercado. No por ello, el resto del mercado es despreciable para productores y comercializadores.

Entre 1975 y 1997 se introdujeron al mercado mundial 1223 nuevos medicamentos pero solamente 379 (30,1%) son en realidad considerados innovadores, es decir, tienen avances significativos en eficacia, seguridad y costos.

La industria farmacéutica es uno de los sectores económicos más poderosos en el mundo y fue una de las pioneras de los procesos globalizadores por medio de las multinacionales. Si bien es cierto que en muchas ocasiones sus intereses son comunes y complementan los del Estado en lo referente a la salud pública, en muchas otras esos intereses son diametralmente opuestos.

En el mercado farmacéutico, en términos generales, el consumidor final no es quien decide qué va a consumir porque no tiene el conocimiento ni la información suficiente para ello. Tal responsabilidad recae sobre los prescriptores, que también tienen dificultades para manejar la información necesaria.

En aras de la maximización de las ganancias por parte de algunos laboratorios e

intermediarios - que no son la mayoría -, se han generado prácticas de toda índole, que van desde la manipulación de la información, la expropiación del cuidado de la salud como responsabilidad de cada persona, la generación de la creencia de que la lucha contra la enfermedad se hace exclusivamente con el medicamento, la incidencia directa sobre el médico y sus hábitos de prescripción para condicionarlo con prebendas y dádivas, y hasta las maniobras políticas, comerciales y económicas. Ante la realidad de un mercado farmacéutico donde el interés por el bienestar general queda supeditado al interés de lucro, por una parte de ese mercado, se han utilizado diversas estrategias para racionalizar su uso y reducir los gastos, como prescripción con nombres genéricos, adopción de listados de medicamentos esenciales, uso de «precio de referencia.»

Pero la verdad es que estas estrategias sólo han tenido un verdadero impacto en la Seguridad Social en Salud; este mercado representa un 30% del total. Una proporción cercana al 60% de todo el mercado, que en el año 1998 fue de aproximadamente 1400 millones de dólares, sigue siendo atendida por las farmacias independientes y las cadenas de farmacias.

Por consiguiente, la responsabilidad no sólo está en estos sectores de la Industria Farmacéutica. Muchas farmacias han hecho su agosto aprovechando el hecho de que ya no es obligación del fabricante marcar el precio público en el medicamento y han abusado de los consumidores. Este es uno de los problemas más graves. A él se han sumado otros como la crisis del sector salud, la venta libre de medicamentos para los que se requiere fórmula médica o la antiética trasmutación que muchos de los dependientes de droguerías hacen.

Así las cosas, y ante las discusiones de palpitante actualidad como son el problema de patentes, de la calidad de los medicamentos, de las buenas prácticas de manufactura, de los registros sanitarios, de las pruebas de biodisponibilidad y bioequivalencia, es absolutamente necesario democratizar la información y profundizar en el debate sobre el impacto que las medidas de hoy, tendrán en el futuro. En toda esta temática el Estado tiene la obligación de defender el bienestar común a través de la vigilancia y el control. Pero tal vez lo más importante, es que todos entendamos las implicaciones que sobre la economía y la salud tiene el consumo de los medicamentos, para no perder inocentemente la bolsa o la vida, o ambas.

Cartas a la Dirección



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

e-mail : elpulso@elhospital.org.co

Doctor
Julio Ernesto Toro Restrepo

Apreciado doctor Toro:
Al cumplirse un año del periódico El Pulso las Directivas y Empleados de la Clínica Universitaria Bolivariana queremos manifestarle nuestro sentido saludo de felicitación por haber logrado consolidar con gran éxito este medio de comunicación escrito como un espacio de debate, de información y de análisis de los principales temas del sector de la salud. Que su comprometida labor periodística nos siga aportando elementos de juicio y engrandecimiento el periodismo especializado en Colombia. Maria Luisa V ásquez Botero Directora Administrativa Clínica Universitaria Bolivariana.

CARTA ABIERTA

Doctor
Guillermo León Franco
Director
Servicio Seccional de Salud
Departamento de Antioquia
Medellín

Respetado doctor Franco:
La sección de Reumatología de la Universidad de Antioquia, que atiende la consulta externa de Reumatología en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl es una entidad fundada en 1968 y donde se tratan pacientes con enfermedades reumatológicas de alta complejidad, adultos y niños. (...) Creamos un programa de especialización en Reumatología de adultos y recientemente en Reumatología Pediátrica.

En los últimos meses hemos venido notando como poco a poco se nos va desintegrando la familia de Reumatología, pues con las disposiciones gubernamentales, las cuales son necesarias y tienden a organizar el caos de atención médica subsidiada, a nuestros pacientes, a quienes les diligenciamos completa y adecuadamente las formas requeridas por la oficina del CRAE y mediante diagnóstico y grado de complejidad, les autorizan la atención pero en otra institución. Este procedimiento produce un alto grado de desconcierto en los enfermos y, por supuesto, en el grupo de reumatología y tiende a deteriorar y romper la relación médico paciente que hemos alcanzado durante los años de atención médica reumatológica. No han sido solo pacientes institucionales, pues les atendemos llamadas telefónicas en nuestros consultorios y resi-

dencias, lo cual ha sellado mucho más esa relación. En nuestro servicio disponemos, en el HUSVP de toda la información de las enfermedades de cada paciente desde el inicio, las hospitalizaciones, las ayudas diagnósticas, las complicaciones y todo el seguimiento y control de adultos y niños.

Ignoro cual es el criterio utilizado para derivar el paciente a otro centro de atención, en donde nada o poco conocen del enfermo y no regresarlo al mismo grupo donde tiene toda la información de su padecimiento, curso y pronóstico. No creo que esta reubicación se haga al azar, pues nosotros no vemos pacientes que estén controlados en otras Instituciones, a no ser por remisión médica en interconsulta u hospitalización.

¿Qué otra razón existe para, literalmente «quitarnos» los pacientes?

Por todas las razones expuestas, le solicito de la manera mas atenta y cordial que intervenga para proteger, primero a los pacientes, quienes son los directamente perjudicados, si se les interrumpe su vigilancia reumatológica continua y segundo a un grupo universitario que desarrolla programas de educación e investigación en pre y posgrado basado en la atención adecuada de pacientes con padecimientos reumatológicos.

Sinceramente,
Oscar Uribe Uribe
Jefe
Sección de Reumatología
Facultad de Medicina

Sólo se publicó algunos apartes de este comunicado.

El médico, el enfermo y las máquinas

Elkin Mesa, md.

A quienes nos interesan otras facetas del quehacer médico, distintas a las puramente pragmáticas, nos preocupa advertir cómo cada día que pasa el médico se aleja cada vez más del hombre enfermo. Este médico actual, por razones de diversa índole conocidas por todos los que trabajamos en el medio, ya no se acerca a su paciente para tocarlo, para sentir su fiebre, para explorarlo, para recoger sus angustias.

La culpa de todo lo anterior, hay que endilgársela a esa tendencia mecanicista de la medicina actual, propiciadora de que todo lo hagan los aparatos. El famoso «ojo clínico» que caracterizó a los legendarios médicos de antaño, se trocó en el «ojo mágico» de las máquinas; lo que podríamos llamar hoy el «médico eléctrico», no por su estilo energético para tomar la batuta y dirigir la recuperación del estado de salud de su paciente, sino porque al faltarle el fluido eléctrico a sus instrumentos, no es capaz de llegar con la prontitud necesaria al diagnóstico certero como si lo lograban aquéllos médicos legendarios solamente con sus conocimientos científicos y humanísticos acompañados de su carisma y un simple estetoscopio.

Antes el médico era esclavo del paciente; hoy se libró de él para entregarlo a la tecnología mecanizada y, de paso, entregársele él mismo. Es cierto que ese viraje, es nuevo estilo,

ha traído sin lugar a dudas, importantes avances diagnósticos y terapéuticos. Desafortunadamente ha atropellado tan fuertemente en todos los niveles de la práctica médica (el pregrado, la práctica rural, el postgrado, la práctica diaria), que su imposición en las mentes de los profesionales médicos se ha llevado a costa, deplorablemente, de lo que Hipócrates llamaba «la fantasía médica», el coloquio que tanto añoraba Duhamel en Francia, y de los cuales se deriva la solidaridad con el sufrimiento y el dolor.

Sucede que los aparatos son indiferentes, fríos, incapaces de escudriñar los sentimientos, el alma del paciente. Y el médico que sólo se fija en el mensaje mecánico, sin escuchar o intuir lo que dice esa alma, se comporta como un desalmado, al igual que la máquina. Actuar así, sin ponerle espíritu a su profesión, es algo propio del práctico utilitarista, del médico que hace alardes de ser un científico puro. De él no puede esperarse una medicina humanizada, pues ésta se sustenta en la consideración, en el respeto y en el amor al prójimo. Y el amor, como el respeto y la consideración, se dispensan con el alma. Razón tenían quienes afirmaban que para poder sanar de verdad, el médico debía penetrar más allá de la envoltura física del individuo enfermo.

Maimónides, ese extraordinario médico filósofo del medioevo, decía, por eso, con sabiduría muy suya: «dentro de la medicina no existe leyes absolutas; cada estado, cada individuo, exige una atención especial».

RECOMENDADOS DEL MES

Morir Dignamente, por VG

Un ensayo acerca de cómo tratar la enfermedad sin usar medicamentos

Ghost, por la FLA (Fábrica de Licores de Antioquia)

Acerca de cómo hallar dineros desaparecidos

Hasta el 10 de noviembre será la campaña de Orbitel en Antioquia, «llamando por el 05 salvarás muchas vidas por minuto», cuyos recursos serán destinados a la compra de un ecógrafo en color para la Unidad de Nefrología Infantil del Hospital Universitario San Vicente de Paúl. La campaña que se inició el pasado 10 de septiembre pretende recolectar 150 millones de pesos.



EL CASO

La prestación de servicios públicos de salud en Medellín está comprometida

Alcalde decide la transformación de Metrosalud

La comunidad en general se encuentra desorientada en cuanto al futuro de Metrosalud. Se habla de descentralización, hasta de privatización. Lo cierto de todo es que aún no se ha dicho nada, solo se presentó un estudio que dejó muchos interrogantes sobre su validez.

Por Juan Carlos Ceballos S., periodista

A mediados del mes de diciembre, el alcalde de Medellín, Juan Gómez Martínez, debe decidir sobre la transformación de Metrosalud, en una o varias Empresas Sociales del Estado, (E.S.E.), según lo determinó el Acuerdo N° 37 de 1998. Este hecho ha suscitado en la ciudadanía, en el sector de la salud de la ciudad y en los círculos políticos una serie de comentarios y especulaciones sobre el futuro de la entidad. En los barrios se han hecho protestas porque Metrosalud se va a privatizar, lo que genera temor al pensar que los servicios de salud no serán accesibles para las personas con menos recursos económicos; también se ha hablado de descentralizar, es decir, que no será una Metrosalud como hasta ahora, que reúne una red de servicios hospitalarios, sino varias, de acuerdo con un estudio contratado que analizaría la factibilidad de la empresa. Lo cierto del caso, es que esto ha generado una serie de comenta-

rios, más cuando la Fundación Teckhne, entregó los resultados que fueron avalados por la Comisión Interinstitucional que se integró con el fin de brindar un concepto de prefactibilidad del proceso de transformación, pero que fueron rechazados por la Gerencia de Metrosalud, por considerar que tiene serios errores en la presentación de cifras irreales y, por consiguiente, consideran que las proyecciones que brindan no son válidas. Por su parte, el recién nombrado secretario de Salud de Medellín, Rogelio Zapata Alzate, aún no se decide a dar una opinión acerca de esta decisión que debe tomar el alcalde, hasta tanto se haya documentado lo suficiente, para decidir qué es lo conveniente para Metrosalud. Sin embargo, el funcionario indica que la comunidad debe estar tranquila, porque en ningún momento sus derechos a la salud serán afectados, al contrario, el gobierno municipal los garantiza plenamente. Le corresponde al alcalde, Juan Gómez Martínez, documentarse lo suficiente, para tomar una decisión sabia y acertada sobre el futuro de la prestación de los servicios de salud para Medellín, sobre todo a aquellos sectores de la ciudad que más lo requieran.

“Metrosalud será transformada”

Señala el concejal Luis Carlos Díaz Mora

Metrosalud debe transformarse, porque no será viable en cinco años, tal como va en la actualidad. Además es necesario ajustarse a los lineamientos establecidos por la Ley 100 de 1993, a pesar que no está de acuerdo con la misma, según lo expresó el concejal Luis Carlos Díaz Mora, integrante de la Comisión Interinstitucional que validó el estudio de factibilidad presentado por la Fundación Teckne. Para el concejal, la transformación tiene que ver con el manejo administrativo de Metrosalud, porque en la actualidad existe burocracia administrativa, mas no asistencial y además se presentan niveles de corrupción dentro de la empresa. Sobre el informe Teckhne afirmó que a pesar de presentar falencias, aporta información suficiente para tomar una decisión sobre la transformación de la empresa. Reconoce el concejal Díaz Mora que Metrosalud es viable como unidad, de acuerdo con los estudios presentados por la empresa, pero señala que esto se debe a que desde la Secretaría de Salud de Medellín se suscribieron niveles de desempeño, que llevaron a demostrar la gestión que adelantan. En conclusión precisa que «lo que ha pasado con Metrosalud es que no han encontrado la brújula de la Ley 100, lo que les ha imposibilitado redefinir la entidad». A su juicio el alcalde de Medellín, Juan Gómez Martínez, tomará la decisión de transformar a Metrosalud, luego de estudiar las recomendaciones de la Comisión Interinstitucional, el Secretario de Salud y el estudio de la Fundación Teckhne. «La decisión que se tome debe ser la mejor para la ciudad», indicó.

«Nunca se ha hablado de privatizar»

Para el Secretario de Salud de Medellín, Rogelio Zapata Alzate, en la discusión sobre la transformación de Metrosalud, ha existido mucha desinformación que ha generado confusión en la comunidad. Para el funcionario es importante precisar que aún no se ha tomado ninguna decisión por parte del alcalde de la ciudad, sobre la transformación de la empresa y, por tanto, es imposible afirmar que la misma se privatizará. Por el momento, «la comunidad debe tener la tranquilidad que sus derechos a la salud no serán afectados, así hagan parte del régimen subsidiado o del régimen vinculado», aclaró el funcionario. De igual manera indicó que para la comunidad las condiciones para la prestación de servicios no cambiarán. Lo que se pretende con Metrosalud es mejorar las condiciones administrativas, con el fin de lograr una mayor rentabilidad social. El doctor Zapata Alzate invitó a la comunidad a esperar la decisión que va a tomar el alcalde de Medellín, Juan Gómez Martínez, sobre la transformación de Metrosalud, e indicó que es importante que la ciudadanía sepa y tenga claro que aún no se ha tomado ninguna decisión, porque los estudios no aclaran sobre una posible división de la empresa. Por eso, es necesario esperar a que el alcalde estudie los diferentes documentos, más las recomendaciones dadas por la Comisión Interinstitucional. «Sabemos que el alcalde no se equivocará en la decisión que tome», afirmó. Por su parte, el Secretario de Salud, Rogelio Zapata Alzate tampoco tiene una opinión sobre lo más recomendable para Metrosalud, por el poco tiempo que lleva al frente del despacho. Sin embargo, está comprometido en estudiar los documentos, y las actas que se han elaborado sobre este tema, para brindar su concepto en el momento más oportuno.

¿Y la gente donde quedó?

La Veeduría en Salud para Medellín sentó su posición en cuanto a los resultados del estudio realizado por Teckhne sobre Metrosalud, de los cuales se extrajeron algunos de sus puntos: En el artículo tercero del Acuerdo 037 de 1998, se establece que la(s) E.S.E. que se llegara(n) a conformar como resultado del estudio, estarán fundamentadas en su aceptación social, viabilidad técnica y operativa, sostenibilidad ambiental y factibilidad económica. Respecto a la aceptación social hay que señalar que la estrategia de fragmentación de Metrosalud, reforzado por el estudio de Teckhne, tiene una gran debilidad como punto de partida y es el significativo desacuerdo que ha generado en los diferentes sectores sociales. La pregunta es: ¿Por qué insistir en imponer una estrategia con tan baja legitimidad, cuando existen otras opciones que pueden ser el resultado de la concertación y tener el respaldo de las fuerzas sociales involucradas? De esos acuerdos participativos es que nuestra práctica social necesita, para mejorar el bienestar colectivo y los niveles de convivencia. Consideramos importante que se retomen algunas de las sugerencias anotadas por la firma Teckhne, especialmente aquellas que permitirán una mayor agilidad en la toma de decisiones en Metrosalud, pero llamamos la atención para que no se acojan aquellas recomendaciones que desvían a la entidad de su razón de ser y su sentido social, máxime cuando se tienen muchos interrogantes no resueltos. La preocupación financiera, el interés por la eficiencia y la rentabilidad económica son el centro de atención de los resultados del estudio de Teckhne, y se ignoran la orientación hacia la rentabilidad social y el mejoramiento en la prestación de los servicios a las personas más pobres y vulnerables. De esta forma, la eficiencia y la sostenibilidad financiera adquieren el protagonismo y se olvida su naturaleza instrumental, conformándose ellas en un fin en sí mismo. Los autores del estudio señalan: «En una visión sistemática del mundo, una variable solo existe por sus relaciones»¹ Pues bien, su visión sistemática recortó la razón fundamental del sistema, la cual interviene en la orientación de los demás elementos que lo conforman: Contribuir al mejoramiento equitativo de la calidad de vida de la población, implica ofrecer servicios a la población más desprotegida y vulnerable de la ciudad. La Veeduría reitera que Metrosalud no puede perder la misión para la que se creó: Contribuir al mejoramiento equitativo de la calidad de vida de la población, con acciones

de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, mediante una sólida red de servicios de salud fundamentados en la ética, la calidez humana, el servicio oportuno, la participación, la tecnología apropiada y la coordinación con entidades públicas y privadas. Resalta de esta misión, la equidad como un principio que debe persistir en cualquier tipo de cambio. La rentabilidad social deben ser aspectos prioritarios en el futuro de la organización. Señalamos además el sesgo del componente de impacto socio-económico en varios sentidos: En el informe este aspecto se reduce a un análisis muy superficial sobre creencias acerca de los servicios de salud. La metodología para recolectar la información fue cuestionada en su momento por las personas convocadas a los talleres. Algunos líderes comunitarios (entre ellos varios que pertenecen a la Veeduría) denunciaron que las preguntas de las entrevistas y encuestas realizadas por Teckhne tenían respuestas inducidas.²

El estudio no presenta un análisis real de impacto socio económico, pues no plantea cuál sería el efecto que tendría la fragmentación sobre los costos de los servicios para la población usuaria, es decir, no da respuesta a la pregunta que muchos actores le hicieron a la propuesta inicial que presentó la Secretaría de Salud: ¿Se trata de privatizar la institución?, ni tampoco responde cuál de los posibles escenarios sería más deseable en términos del bienestar social. En el componente socio-económico presentado, no se consideraron aspectos básicos para la comunidad como las condiciones de accesibilidad en caso de una fragmentación en dos o más Unidades. De igual manera carece de un análisis de demanda de servicios, indispensable en un estudio de este tipo. Esta omisión que se repite en todo el estudio de Teckhne, los lleva a que en la delimitación del sistema, al realizar la identificación de las variables, no se tuviera en cuenta una que es básica: el tipo de población atendida por Metrosalud. Esta variable es definitiva pues no es lo mismo atender población de estratos altos, medios o bajos. Para el análisis del impacto socio-económico, la Fundación Teckhne invitó a expertos de la ciudad y a líderes comunitarios para la validación de los escenarios del sector salud en Medellín. Allí fue evidente, que hubo insatisfacción con los componentes y con las hipótesis de comportamiento de éstos. Dos grupos de cinco, no aceptaron el instrumento. Además, muchos asistentes señalaron términos exquisitamente técnicos e inaccesibles para ellos, lo cual generó mayor desconcierto.

1 Resumen ejecutivo página 5.
2 Esta afirmación se puede corroborar fácilmente observando los cuestionarios entregados por Teckhne

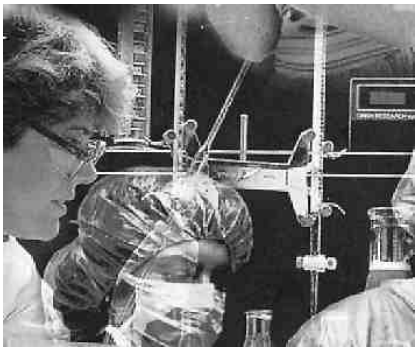
El proceso apenas comienza

Para el gerente saliente de la E.S.E. Metrosalud, Carlos Ignacio Cuervo Valencia, la decisión de transformar la empresa es producto de la desinformación que tuvieron el saliente secretario de Salud de Medellín, Luis Carlos Ochoa y, por ende, el alcalde Juan Gómez Martínez, a quienes se les presentaron unas cifras sin brindarles ninguna explicación y se precipitaron a generar una estrategia para dividir la empresa, con el fin de contener costos y aumentar la eficiencia. Como producto de ello surgió el rumor que Metrosalud sería privatizado. El exgerente reconoce que la empresa tiene errores, pero que ello no puede dar pie para atentar contra la dignidad institucional, más aún cuando se han mostrado resultados y un paulatino crecimiento económico y social de Metrosalud. Sostuvo que a raíz del aumento en la venta de servicios hubo necesidad de contratar personas para asumir la facturación, y que también se hicieron inversiones alrededor de los

18 mil millones de pesos en infraestructura física y dotación. Indicó además, que mientras las E.S.E. en todo el país, presentaban en promedio un 35% de su financiación por venta de servicios, Metrosalud contaba con el 70%. Consideró que «el proceso apenas se inicia, porque la decisión es de tal magnitud, por el perjuicio que pueda ocasionar a la comunidad. En cinco o más años se verán los resultados y la suerte de los hospitales involucrados en esta decisión». Sobre el estudio presentado por la Fundación Teckhne se señaló que no se puede validar porque presentó cifras irreales y, por tanto, las proyecciones que se hacen desde esta base no pueden ser tenidas en cuenta, además porque no se hizo un valoración integral y el análisis de mercado fue pobre. «Metrosalud presentó documentos que demuestran otra cosa, pero hasta el momento nadie se ha pronunciado sobre los mismos», indicó el doctor Cuervo Valencia.



Existe burocracia administrativa, más no asistencial. La disminución de la misma es uno de los aspectos a tener en cuenta en la transformación de Metrosalud.



Psiquiatría, 40 años en el Hospital

Antes era inconcebible que una persona con enfermedades mentales fuera tratada en un hospital, para eso estaban los manicomios. Sin embargo, el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, fue el primero que se creó en un centro hospitalario en Colombia y en Latinoamérica, de eso ya hace 40 años, siendo su impulsor el doctor Pablo Pérez Upegui, con una característica esencial como la de brindar una atención integral al paciente, en donde se tuviera en cuenta la parte mental y humana. Hoy, pasadas cuatro décadas, el departamento de Psiquiatría ofrece a sus pacientes una serie de servicios, entre los que se destacan las consultas ambulatorias, las metodologías de atención a través de grupos terapéuticos con determinadas patologías (tratamientos afectivos, psicoactivos, depresivos), grupos psicoeducativos, en los que se involucran las familias y se educa sobre las enfermedades mentales, entre otros. En los últimos años, el departamento ha consolidado su desarrollo investigativo, a tal punto, que en la actualidad cuenta con varios grupos de investigación, que han logrado prestigio nacional e internacional, entre otros están el de Salud Mental de la Mujer, que desarrolla investigaciones sobre anorexia, abortos; el Interdisciplinario, sobre la violencia y el de Psicofarmacología. Debido a esta labor investigativa, el departamento recibió un reconocimiento por el liderazgo investigativo, por parte de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, en el año de 1998, según informó su actual jefe el doctor Carlos Alberto Palacio Acosta. Académicamente el departamento de Psiquiatría realiza actividades con estudiantes de pregrado y cuenta en la actualidad con tres posgrados como son el de Psiquiatría Clínica, Terapia Familiar y una Maestría en Genética. Como parte de la celebración de los 40 años del departamento, organizó el XXVIII Congreso Colombiano de Psiquiatría, entre el 14 y el 17 de octubre, con el tema «La Psiquiatría ante el nuevo milenio, su arte, su ciencia y su misión.



En la actualidad, en el Departamento de Psiquiatría se trabajan en varias investigaciones relacionadas con la salud mental de la mujer, la Psicofarmacología y la violencia. Foto Edwin Vélez Vásquez.

Gases Industriales de Colombia S.A.

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

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

OFICINA PRINCIPAL (094) 230 06 00

CRYOGAS

BOC GASES

Medicina Física, 30 años al servicio del discapacitado

Si algo caracteriza el trabajo que adelanta el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, es la calidez humana de su grupo médico, personal de terapeutas y en general el equipo de trabajo interdisciplinario que en él se desempeñan, con el objetivo de contribuir a la superación integral de la persona discapacitada, tanto física, como psicológica, social y familiar. De manera permanente niños, jóvenes, adultos y ancianos ingresan por la rampa que da con el Departamento, contiguo a la Dirección General del Hospital Universitario San Vicente de Paúl. En medio de aparatos ortopédicos y herramientas didácticas, médicos fisiatras, terapeutas y enfermeras, entre otros, trabajan incansablemente en la rehabilitación de estas personas. Son 30 años de trabajo constante, liderados por los doctores Jaime Cano Alvarez y Ricardo Restrepo Arbeláez, entre otros, quienes fueron los impulsores de la Medicina Física y la Rehabilitación en el Hospital y en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Hoy son varios los especialistas comprometidos con una sociedad, caracterizada por la violencia, principal factor que aporta pacientes a este Departamento.



Los pacientes que llegan al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación reciben una atención integral, con un objetivo: contribuir a la integración a la sociedad. Foto Edwin Vélez Vásquez.

PRINCIPALES LESIONES
Los pacientes que llegan a consulta presentan, básicamente, lesión medular y trauma craneoencefálico. El principal factor identificado en el Departamento de la lesión medular, es la violencia que se vive en la ciudad, una de las más altas del mundo. Es preocupante que las personas afectadas por esta razón tengan una edad promedio de 25 años, lo que ha causado un impacto social grande que se refleja en lo económico, social y familiar. Para afrontar este tipo de situaciones, el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación trata de intervenir en forma oportuna este tipo de lesiones, con el fin de prevenir consecuencias más graves y disminuir la minusvalía. Uno de los aportes que se brinda a los pacientes es que las lesiones no sean permanentes y, sobre todo, que se concienticen que pueden integrarse a la sociedad con una nueva carga de valores humanos.

Algo de historia

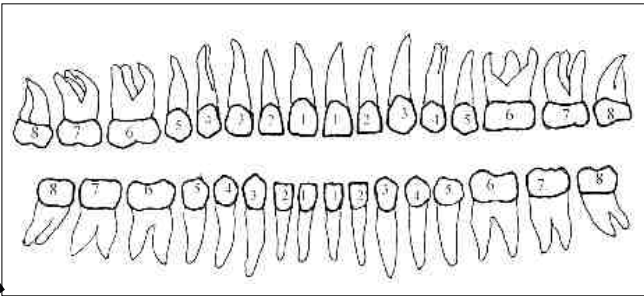
El nacimiento del departamento de Medicina Física y Rehabilitación se remonta a la década de los 50, cuando el doctor Jaime Cano Alvarez, ortopedista, viajó a los Estados Unidos a capacitarse. A su regreso, se inició el servicio de fisiatría en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl. En el año de 1966, luego de su especialización en Medicina Física y Rehabilitación, el doctor Ricardo Restrepo inició gestiones para la creación del departamento tanto en la Facultad de Medicina de la U. de A. como en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, hecho que se consumó en el año de 1968. La creación del Comité Regional de Rehabilitación, en el año de 1973, con la participación de la Andi, el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, la Universidad de Antioquia, entre otros. Para el año de 1974 se iniciaron los cursos regulares de pregrado en la Facultad de Medicina de la U. de A. Entre los años 1982 y 1993, se crearon la Clínica de Mano, la Clínica Encefaloraquimedular, el Plan Triángulo, la Clínica del Dolor y la Clínica de Radiología Ósea. Desde el punto de vista científico y académico el departamento de Medicina Física y Rehabilitación ha aportado la creación de la especialización en Fisiatría, que cuenta con 15 egresados; la elaboración del libro «Rehabilitación en Salud», editado por el doctor Ricardo Restrepo Arbeláez y la doctora Luz Elena Lugo, el mismo que sirve de texto guía en Centroamérica y de referencia en España. Así mismo, este equipo de doctores son los gestores del postgrado en Rehabilitación para Enfermeras. También la Medicina Física y Rehabilitación se consolidó como proyecto de pregrado en el año de 1989, al integrarse un currículo horizontal, que tuvo en la doctora Luz Elena Lugo y el doctor Diego Hernández sus principales impulsores, constituyéndose en el primer programa de esas características en América Latina. Hacia el futuro, el departamento tiene como reto brindar una atención integral en rehabilitación, en el que se conjungan el aspecto físico, mental, social, laboral y espiritual de la persona discapacitada, además de la participación activa de la familia de la persona discapacitada. Como jefes del departamento de Medicina Física y Rehabilitación han estado, entre otros, los doctores Ricardo Restrepo Arbeláez, Diego Hernández y Diana María Molina Montoya.

El Ministerio de Salud de Colombia adelantó el Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal, que demuestra una mejoría en la salud bucal de los colombianos. Entre los datos presentados figuran disminución en la caries, en todas las edades, la disminución en un 50% de los problemas propios de la dentición permanente. Los resultados de este estudio indican que Colombia ha alcanzado las metas de salud bucodental establecidos por la Organización Mundial de Salud.

EL PULSO

Noviembre de 1999

Nº 14



OBSERVATORIO

Compromisos de gestión en salud

Jairo Humberto Restrepo Zea
Centro de Investigaciones Económicas
Universidad de Antioquia

Una de las principales preocupaciones en los sistemas de salud actuales se refiere a la asignación de recursos, entre regiones y entre prestadores, para promover la eficiencia y garantizar el alcance de la universalidad, la equidad y la solidaridad. En el contexto de la crisis económica, y en respuesta a la escalada de costos que en el sector salud resulta de fenómenos como el envejecimiento de la población, y la adopción de nuevas tecnologías y de insumos para el tratamiento de la enfermedad, los países han venido adoptando reformas inspiradas en la separación de funciones y en la generación de incentivos a los diferentes agentes que participan en el sistema, particularmente administradores, prestadores y usuarios.

COMPETENCIA Y EFICIENCIA

En algunos países, como en Colombia, la reforma se basó en la competencia de mercado como medio fundamental para alcanzar la eficiencia, y es así como se adoptó un esquema de libre elección por parte del usuario, entre administradores del seguro de salud y entre prestadores de los servicios, a la vez que se consagró una transición para atender a la población más necesitada a través de contratos de prestación de servicios, mientras ella es cubierta por el régimen subsidiado, lo cual se ha entendido en términos del pago por servicio prestado. Sin embargo, este mecanismo de la competencia no siempre es efectivo para alcanzar la eficiencia, especialmente cuando se presentan fallos importantes en el mercado, como los monopolios naturales en los prestadores (comunidades pequeñas con un centro de salud u hospital) y los bienes públicos. Igualmente, el pago por evento no es recomendable para contener los gastos al inducir una sobreprestación de servicios y no priorizar las atenciones más costo-efectivas.

CUASIMERCADOS Y COMPETENCIA INTERNA

Una opción diferente, reconociendo las limitaciones del mercado y los mayores costos de transacción que implica la aplicación de la competencia, consiste en la formación de un cuasimercado, el cual se basa en un mecanismo que «separa internamente las funciones de recaudación, financiamiento, compra y provisión de servicios de salud, y en un modelo de financiamiento (...) los precios no están formados por la interacción de la oferta y la demanda y, por lo tanto, no son precios libres de mercado sino, más bien, precios negociados o administrados (...) los consumidores finales no influyen en el precio, que ha sido regulado por la agencia gubernamental. El límite presupuestario de la agencia, que determina el nivel de precios que puede ofrecer, es fijado por el gobierno. Respecto de la oferta, para que el cuasimercado sea eficiente, una condición es que los proveedores pertinentes estén sometidos a límites presupuestarios». La adopción de un cuasimercado implica una reforma de gestión que introduzca a los sistemas públicos indicadores y sistemas de evaluación adecuados para generar los incentivos que promuevan la eficiencia. Sobre el particular, existen experiencias principalmente en Europa (Inglaterra, Suecia y España) y, en el caso de Latinoamérica, se encuentran los casos de Chile y Costa Rica.

LOS COMPROMISOS DE GESTIÓN Para el funcionamiento del cuasimercado, la relación entre el financiamiento y compra, por una parte, y la provisión de servicios, por la otra, se desarrolla de forma contractual y los compromisos de gestión surgen así como el «instrumento clave para asignar y transferir recursos en función del rendimiento y cumplimiento de metas, especificando objetivos de salud y fijando acuerdos de producción para cada centro, en los tres ni-

Compromisos de gestión de la Caja Costarricense de Seguro Social con los hospitales, 1997		
ÁMBITOS	INDICADORES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y PROCESOS	METAS
CONSULTA EXTERNA	Sistema centralizado de citas en admisión y mecanismo centralizado de listas de espera por especialidad. Registro de diagnósticos y tratamientos por cada servicio. Sistema de registro de patologías. Registro de procedimientos.	Reducción de listas de espera en % y plazos máximos de espera
PRESTACIONES HOSPITALARIAS	Nueva hoja de egreso hospitalaria. Registros de reingresos, actividades y atención obstétrica. Registro mensual de tasa de cancelación de intervenciones quirúrgicas programadas, con causas. Protocolo de lavado de manos en todos los servicios. Protocolo de detección y control de portadores intrahospital de enfermedades infecciosas. Registros de atenciones y de complicaciones de la atención obstétrica-pediátrica.	Prevención y control de la infección nosocomial. Análisis cuantitativo y cualitativo de las complicaciones en el área de la salud materno infantil, según patología, edad y período.
SISTEMA DE REFERENCIAS	Registro de referencias derivadas del primer y segundo nivel y áreas de atracción, para identificar pacientes. Vigencia de sistemas de referencias y contrarreferencias. Informe al Financiador Comprador sobre patologías que debieran ser resueltas en otros niveles de la red.	
RECURSOS HUMANOS	Registro de días de incapacidad de los empleados y de la población en general	Implantación de sistema de control y evaluación de días de incapacidad. Reducción de días de incapacidad. % jefaturas capacitadas en gestión.
CALIDAD Y ATENCIÓN AL USUARIO	Encuestas de satisfacción de los usuarios externos. Recepción de reclamaciones escritas de usuarios, con 10 días como tiempo máximo de respuesta.	Análisis cualitativo de quejas y reclamaciones de los usuarios.
SERVICIOS DE APOYO	Registro sobre entrega de medicamentos. Informe sobre uso de medicamentos.	Tiempos adecuados de entrega. Uso adecuado de medicamentos.
ATENCIÓN CLÍNICA	Protocolos de atención.	Protocolo de tratamiento.

veles de atención».

LA EXPERIENCIA DE COSTA RICA: En 1996 se llevó a cabo la reforma de la Caja Costarricense de Seguro Social, inspirada en los principios de solidaridad, universalidad y equidad. Esta reforma de gestión estuvo acompañada del saneamiento financiero estricto de la Caja, al saldar el gobierno sus deudas con ella y corregir también los traslados de recursos con el sistema de pensiones. Para el diseño del modelo, se observaron tres aspectos fundamentales: el sistema de pago debía evitar la sobreprestación de servicios o la manipulación en condiciones de baja producción; los indicadores no debían orientarse simplemente a los resultados, saltándose los procesos; y la evaluación debía concebirse como un proceso fuerte, consistente y constante. Al adoptar los compromisos, se desplaza el eje de la cultura de gestión desde los gastos hacia los costos. Se determina un componente variable del presupuesto, alrededor del 10%, el cual se distribuye de manera igual en los siguientes fondos: Fondo de incentivos : Posee recur-

sos que pueden entregarse al prestador para permitir inversiones que mejoren la calidad de las prestaciones y financien incentivos monetarios y no monetarios a los funcionarios, tales como capacitación, mejoras y mantenimiento de la planta física, adquisición de equipos de menor cuantía, mantenimiento de equipos, etc. Fondo de compensación solidaria: Constituye un margen de protección o compensación contra imprevistos en la ejecución presupuestaria, tales como los excesos de producción sobre las actividades previstas o el incremento de costos. La aplicación de este modelo en el caso de los hospitales de primer nivel, contempla tres fases en cuanto al financiamiento: primero, se asignan presupuestos históricos introduciendo el 10% de asignación variable que pueden recibirse, sujetos al cumplimiento de los compromisos, para áreas como las siguientes: inversiones menores en equipo, capacitación, becas, reparaciones; segundo, se introduce un pago per cápita y se crea un fondo de capacidad resolutive para asignar recursos a la atención primaria de acuerdo con la capacidad para atraer usuarios y reducir el uso de hospitales; y tercero, el pago per cápita se ajusta por tasas de mortalidad infantil, sexo y edades, al mismo tiempo que se fortalece el sistema de referencias.

RESULTADOS EN HOSPITALES2

En el inicio de la aplicación de los compromisos de gestión, la evaluación anual destaca entre los principales logros la disminución de los tiempos de espera y de las listas de espera en todos los centros y en los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización. También se encontró: remodelación de lugares de estar internos y externos, charlas dirigidas al usuario interno en temas relacionados con la calidad del servicio, ordenamiento del horario de atención al público en el servicio de laboratorio y farmacia, mejoras del equipamiento de los servicios de apoyo, introducción de nuevos tipos de consulta y optimización del uso de salas de operaciones y otros servicios. Por otra parte, en los aspectos organizativos y los procesos de trabajo se destacan la integración de grupos de trabajo para el mejoramiento; el uso

de análisis de información para la toma de decisiones; el desarrollo de sistemas más automatizados en algunos centros, el establecimiento de normas y controles para evaluar los procesos de trabajo, la mejora de los registros. Por último, dentro de las dificultades se destacaron: la falta de confiabilidad en la medición del producto, la cultura del registro y el método empleado para la medición no permite hacer comparaciones entre los diferentes resultados; la necesidad de vincular al usuario en la búsqueda de la excelencia de los servicios; la inflexibilidad de las contrataciones del personal; los compromisos de gestión no contaron con incentivos económicos convincentes.

LECCIONES PARA COLOMBIA:

Los convenios de desempeño previstos en la Ley 100 de 1993 merecen ser explorados bajo esta perspectiva. Es necesario entender que pueden corregirse muchos sobrecostos, derivados de la existencia de múltiples compradores y a la vez, de las modalidades de contratación entre los entes territoriales y los hospitales públicos. Incluso, puede integrarse la red de servicios en empresas de mayor tamaño que asuman la gestión en el área estratégica y pacten con los centros de atención el cumplimiento de metas y objetivos como los sugeridos en el caso de Costa Rica. ¡Nunca es tarde!

1 Este artículo corresponde a una síntesis parcial del trabajo publicado por Ana Sojo, «Compromisos de gestión en salud de Costa Rica con una perspectiva comparada» (Revista de la Cepal No. 66, diciembre de 1998).

2 Los compromisos de gestión también se realizan con las áreas de salud. En Chile, predomina este modelo entre el Fondo Nacional de Salud, y los servicios de salud (municipalidades).

Un grupo de odontólogos bioenergéticos en Colombia argumentan que en los dientes y muelas de toda persona están ligados directamente a alguna parte del cuerpo y a un todo. Para demostrarlo trabajan con hologramas del sistema oral en donde indican que el cuerpo está representado en la boca. Estos profesionales de la salud oral llaman la atención, en el sentido que cualquier tratamiento odontológico puede beneficiar o perjudicar la salud del paciente.



Inaugurado el más moderno centro
de urgencias del país
Medellín recibió
la Policlínica



Así como al Rector de la Universidad de Antioquia, doctor Jaime Cuartas Restrepo y al Director del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Julio Ernesto Toro Restrepo, las puertas de Policlínica estarán abiertas para todos los ciudadanos. Foto: Edwin Vélez Vásquez.



Los invitados a la inauguración se ubicaron en la calle Barranquilla, vía por la cual llegan todas las urgencias a la Policlínica del Hospital Universitario San Vicente de Paúl. La bendición de las nuevas instalaciones estuvo a cargo del Obispo Auxiliar de Medellín, Darío Monsalve. Foto: Edwin Vélez Vásquez

«El embrujo de la Policlínica es el que tiene toda historia viva. Es el del diario suceder con sus triviales consecuencias y sus inexplicables desenlaces; es el que resulta de cotejar la vida con la doctrina; es el que brota al ejercer la medicina con prontitud y decisión y querer acertar siempre; es el embrujo que mágicamente se descubre a sí mismo cuando se mira al hombre desde otro ángulo y bajo otro aspecto: el de su integridad y el de su intimidad; es el que va formando al estudiante y forjando el mejor médico, cuando está al pie del dolor, de la angustia, de lo incierto y hasta de lo insospechado; es el que se vive con frecuencia al asistir y acompañar a traspasar el dintel a lo eterno».

Con estas palabras, el doctor Julio Ernesto Toro Restrepo, director del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, compartió con la sociedad el esfuerzo hecho por la entidad para hacer de Policlínica el mejor centro de urgencias del país.

En un sencillo acto, más de 600 personas conocieron con sus propios ojos la nueva Policlínica, obra en la que se invirtieron más de cinco mil millones de pesos, con un propósito: brindar atención integral al paciente.

Este acto de fe en la ciudad y en el país es bastante significativo, más aún cuando el sector de la salud se debate en medio de crisis económicas, en cierre de centros hospitalarios y en reducción de servicios. Sin embargo, el Hospital Universitario San Vicente de Paúl con el apoyo de la empresa privada y recursos gubernamentales, invirtió más de cinco mil millones de pesos en esta obra, de la que se beneficiará los habitantes de Medellín, especialmente de los estratos 1,2 y 3.

Durante la celebración del Día Mundial de la Salud Mental, la reflexión se centró en la Salud Mental y el envejecimiento, teniendo en cuenta que la población cenil aumenta cada día, sobre todo en los países, que tienen una alta calidad de vida. Expertos en el tema indicaron que se debe trabajar en la depresión de las personas de edad avanzada, porque son personas que necesitan sentir que aportan tanto a la familia, como a la comunidad en general, con el fin de evitar esta enfermedad que puede afectar su salud integral.



Congreso internacional entre el 7 y el 10 de diciembre

Salud pública mira al próximo milenio



Entre los objetivos del evento está la de propiciar la participación de estudiantes y egresados de los programas de salud pública, en la planeación del desarrollo académico y la formulación de políticas de salud.

La Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia llevará a cabo el Congreso Internacional «Salud para todos, Desarrollo de Políticas en Salud Pública para el Siglo XXI», que servirá para conmemorar los 35 años de vida académica de la facultad. Este evento será el espacio propicio para congregar los diferentes estamentos vinculados y comprometidos con la salud pública, como estudiantes, profesores de pre y postgrados, además de los egresados y también organismos internacionales, ministerios de salud, instituciones de servicios de salud, asociaciones gremiales y científicas de la salud, ONGs y otros actores sociales de la salud. Como resultado de este congreso se espera producir lineamientos básicos que orienten a las diferentes instancias y actores en la toma de decisiones frente a la formación del recurso humano, los actuales procesos de reforma sectorial y la política de SPT, con el fin de fortalecer el desarrollo académico e investigativo, superar los actuales procesos de reforma y avanzar hacia la salud pública en el próximo milenio.

Declaración motivacional del congreso

Estamos comprometidos con la continuidad del debate y la reflexión en torno a la salud pública, su quehacer, sus transformaciones más recientes y necesarias, así como su articulación con otras áreas relacionadas con la atención en salud y la seguridad social. La Facultad Nacional de Salud Pública «Héctor Abad Gómez» de la Universidad de Antioquia propicia nuevamente el encuentro alrededor de los actores sociales del escenario internacional de desarrollo de políticas de salud y formulación de la salud pública en concreto. Desde diciembre pasado en los debates sostenidos en el Seminario Taller Nacional, antecedente importante de la discusión, se insinuó la necesidad de posicionar a la salud pública como una función indelegable de la instancia pública, como derecho básico a la calidad de vida y como área indiscutible para el alcance de mayores niveles de bienestar de la población. En esa oportunidad se reconocieron avances como la mayor participación de actores sociales antes marginados de la toma de decisiones alrededor del logro de un mejor estado de salud. Se reiteró, sin embargo, la necesidad de inscribir los márgenes de acción y de participación de estas nuevas instancias al marco de la territorialidad, cuya definición resulta siendo básica para la salud pública frente al mercado de servicios de salud, ahora presentes en el marco asistencial. El Congreso Internacional Salud Para Todos y Desarrollo de Políticas en Salud Pública hacia el Siglo XXI está inspirado en este debate y se propone concitar en el mismo espacio los diferentes puntos de vista, posturas y propuestas alrededor del tema. Convocamos como instancia académica y asumimos como actor social el papel que nos corresponde en la deliberación, la conciliación y la conducción sobre el tema desarrollo de políticas en salud pública e invitamos a todos a participar en este evento cuyo fin es asegurar mayores niveles de bienestar y de salud de la población.

Durante el Congreso se realizarán una serie de acciones paralelas como la Reunión de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública, ALAESP; será la oportunidad para conformar la Red Latinoamericana por la Salud Pública; se realizará el encuentro de estudiantes y egresados de la facultad y se adelantarán las jornadas de investigación.

TEMAS DE DISCUSIÓN

Durante el evento, los participantes tendrán la oportunidad de debatir sobre los siguientes temas: Principios y paradigmas de la Salud Pública, Historia de la Salud Pública, Planificación de la Salud, la Proyección Social de los estudiantes de Salud Pública, la Crisis de la Salud Pública, el Análisis de situación de la Salud Pública, la Ciencia y Conciencia en la Política Sanitaria, la inversión Social y la calidad de vida. Otros temas que se debatirán son el Desarrollo y Pobreza y su Relación con la Salud Pública, la Economía, Gerencia y Salud Pública, la Salud y la Paz, las Reformas Sectoriales y la Organización de los Sistemas de Salud, la Salud Pública y Seguridad Social, la Promoción y Prevención en la Salud Pública, la Salud Ambiental y Desarrollo Sostenible, las Políticas Públicas en Salud, los Actores de la Salud Pública, la Salud Pública y la Universidad y la Salud Pública del Nuevo Milenio.

ANUNCIE EN LOS CLASIFICADOS DE

EL PULSO

El Premio Nobel de Paz otorgado a «Médicos sin fronteras», es el reconocimiento a una labor que se cumple en más de 80 países, en la que se aporta ayuda médica a las víctimas de guerras y desastres de la naturaleza, sin distinción de credo, raza o posición política. En Colombia su labor está centrada en regiones apartadas como Urabá, Magdalena Medio, aunque también han tenido presencia en las principales ciudades del país, en un trabajo con desplazados.



MEDIO AMBIENTE

La biodiversidad, un tesoro que aun no descubrimos

El nuevo Dorado

Aunque siga sonando a soberbia, este territorio es el segundo en biodiversidad en el mundo y el primero en relación con su tamaño. Sin embargo, esta frase se gasta cada día más pues seguimos sin saber lo que tenemos y mientras tanto se extinguen especies vegetales y animales al mismo ritmo que se deforestan las selvas húmedas tropicales.

más especies de hormigas que toda la Gran Bretaña, es una riqueza difícil de evaluar para cualquier persona acostumbrada a entender el desarrollo por la cantidad de industrias que pueda poseer un país. Sin embargo, poco a poco, autoridades, comunidades indígenas, campesinos, comunidades negras, organizaciones no gubernamentales y, sobre todo, transnacionales farmacéuticas, han ido percatándose que la riqueza biológica de este país es un tesoro sin explorar. Cada día, incluso, desaparecen especies animales y vegetales sin que el hombre se haya dado cuenta de su existencia y de sus posibles beneficios alimenticios o médicos. Según documentos de la Red de Agricultura Biológica, Recab, la totalidad de las plantas cultivadas comercialmente, son precisamente producto de la biodiversidad que los campesinos tradicionales han preservado. De las 270 mil especies de plantas vasculares existentes en el mundo, cerca de tres mil son comestibles, sin embargo, solo se cultivan unas doscientas. Además, el 90% de los alimentos de origen vegetal, se derivan de solo veinte especies.

PROPIEDAD DE QUIÉN? Este tema es bastante conflictivo, pues integra aspectos económicos, éticos, culturales, políticos, biológicos y tecnológicos y ha generado bastantes polémicas, la mayoría de ellas centradas en los derechos de propiedad de los recursos genéticos. Precisamente, al entender el valor creciente de los recursos naturales de los países andinos, Ecuador, Bolivia, Colombia, Venezuela y Perú, decidieron establecer una reglamentación común para regular el acceso a los recursos genéticos. Esta es la decisión 391, o Acuerdo de Cartagena, que pese a tener algunos desarrollos legislativos internos en algunos de estos países, sigue presentando un vacío jurídico con respecto a los derechos sobre los conocimientos tradicionales de las comunidades locales. En este sentido, se trata de respetar, por



La Amazonia y el Chocó Biogeográfico, son dos territorios privilegiados por sus riquezas naturales y declarados Patrimonio de la Humanidad. Sin embargo, el país aún no está preparado para aprovecharlos y respetarlos. Foto: Revista Ecológica N° 15-16

un lado, los aportes de las comunidades negras, indígenas y campesinas al desarrollo y permanencia de la biodiversidad, incluso, al desarrollo de ciertas especies adaptativas o resistentes a plagas por medio de sistemas biológicos y tradicionales. Por el otro, se trata de impedir que por el acceso de empresas comerciales a ciertos recursos genéticos, pues la decisión 391 y la legislación local lo permiten, campesinos tengan que pagar por semilla que ellos ayudaron a mejorar. Eso sin contar con que la facilidad para transportar células vegetales, permite que cada día se efectúen robos de recursos genéticos en las selvas colombianas. Según el indígena Lorenzo Muelas, la solución está en no permitir el acceso. «A través de los siglos los indígenas se han atrevido a desarrollar colectivamente innovaciones sobre los recursos que han utilizado y hoy todavía se atreven a decir que son silvestres. Claro que se producen silvestres hoy, porque en muchas regiones donde habitaban los indígenas hubo represiones fuertes hacién-

dolos replegar. En estas condiciones van los técnicos e investigadores a la selva después de un desalojo de 50 ó 60 años y resulta fácil decir que son silvestres». «Por eso cuando se habla de privatizar cosas tan esenciales como lo que llaman Biodiversidad, se está hablando también del fondo de la conciencia indígena. Por eso desde nuestro punto de vista no se debe permitir el acceso. Existen miles de recursos a los que no tenemos derechos, ¿por qué las transnacionales sí se creen con derecho a algo que no les pertenece? A eso están acostumbrados, porque lo que quieren es patentar plantas, animales y todo lo que existe en el planeta», afirma el senador indígena. La otra posición, tiene que ver con la imposibilidad de nuestros países para desarrollar rápidamente una tecnología que permita acceder a los beneficios de la biodiversidad local, en términos alimenticios y farmacéuticos, por citar solo algunos. Además, ésta, para muchos, es la única forma que tienen los países andinos de desarrollar una economía local que les posi-

Del intercambio comercial a la biopiratería

Infortunadamente, cada día crece el número de ejemplos de especies vegetales patentadas por fuera de sus territorios de origen y no por las comunidades asentadas en sus territorios de origen. La planta conocida en la Amazonia como el Yagüé y en lengua quichua como ayahuasca, planta alucinógena utilizada por decenas de comunidades indígenas, ha sido patentada en Estados Unidos con el número 5751 por el señor Loren Miller, dueño de la International Plant Medicine Corporation. No es una fórmula que utilice el extracto de la planta, ni un químico extraído de ella, es la misma planta que adoran nuestros indígenas amazónicos y que también tiene propiedades farmacéuticas. También se han conocido casos de patentes de especies ornamentales como algunas variedades de la Heliconia, planta comúnmente conocida como platanillo y que tiene aquellas flores grandes, de colores fuertes y nervosas que adornan los ramos de flores exóticas. Algunas se conocen como bastones, otras como maracas y otras como aves del paraíso. Pese a que hace unos pocos años eran desechadas como maleza en Urabá, aún aquí están cada día más costosas y una sola de estas flores puede costar decenas de dólares en Nueva York. Según Germán Alonso Vélez, investigador del grupo Semillas, también se conoce la patente de «la planta medicinal sangre de drago, de variedades de algodón de colores, de numerosas variedades mejoradas de maíz, frijol, papa, yuca, tomate y demás cultivos que sustentan la alimentación mundial. También varias razas de animales domésticos, microorganismos y más crítico aún, numerosos genes y células humanas». El investigador afirma que los países del Norte han venido imponiendo en todo el mundo el Sistema de Propiedad Intelectual, que permite privatizar cualquier forma de vida, sus productos derivados y el conocimiento tradicional asociado, con el fin de apoderarse de la biodiversidad perteneciente a los países y comunidades indígenas y locales de los países del Sur. De hecho, las legislaciones recientes, como la del Acuerdo de Cartagena, legitiman prácticas comerciales que mal manejadas pueden convertirse en verdaderos casos de biopiratería. Pues sin las condiciones locales adecuadas, en cuanto al inventario de especies, el conocimiento tradicional asociado y el acceso equitativo a los beneficios, no pasa de ser una entrega incondicional de la ilimitada e invaluable oferta natural del país.

bilita estar a la altura de los países desarrollados. La verdad, es que mientras no haya una plataforma investigativa adecuada, que fomente primero que todo conocer, inventariar e investigar que tenemos y como podemos utilizarlo, ninguna negociación será justa, y eso incluye el conocimiento tradicional, el aporte de las comunidades locales y el desarrollo biotecnológico que beneficie a campesinos, negros, indígenas y a todos los colombianos.

CONSERVACIÓN EX-SITU E IN-SITU Otra de las polémicas ha tenido que ver con las diferentes alternativas para conservar la diversidad del planeta. La mayoría de las especies vegetales y sus componentes genéticos, sobre todo de las que tienen valor alimenticio, comercial, cultural o farmacéutico, están guardadas en bancos genéticos alrededor del mundo. Sin embargo, sigue siendo la naturaleza y las comunidades tradicionales las más capacitadas para resguardar los recursos en sus campos agrícolas, pues el estado de conservación de las semillas almacenadas en los bancos está empeorando cada día más. Un indicador lo constituye la tasa de regeneración. Para mantener con vida las semillas almacenadas en los bancos, éstas deben ser, cada tanto, plantadas y regeneradas fuera de los mismos. De acuerdo con los informes de los mismos bancos, casi la mitad de los ejemplares almacenados en el mundo entero requieren en forma urgente una regeneración. De hecho, muchas organizaciones no gubernamentales de todo el mundo, advirtieron desde el principio, que la erosión genética en los bancos puede ser más alta que en el campo. En este sentido el senador Lorenzo Muelas afirma: «Para mí es incompatible immortalizar y conservar en bancos genéticos, en cuartos fríos, cuando sabemos que podemos conservar en la selva, donde están los dioses y el hombre manejando sus recursos».

La distribución per cápita del agua en el mundo es muy irregular: mientras Canadá dispone de cerca de 109.000 metros cúbicos por habitante al año, en regiones como el Medio Oriente, nueve de 14 países cuentan con menos de mil metros cúbicos por habitante al año, situación que los coloca en la categoría de países que sufren de falta de agua. De igual manera, países como la China, que posee el 20% de la población del mundo, sólo cuenta con el 8% del agua dulce disponible en el mundo.

EL PULSO

Noviembre de 1999

Edición Nº 14



PERFIL

Visita al sacerdote Federico Carrasquilla

“Hay que repartir la pobreza”

A las ocho de la mañana, el padre Carrasquilla nos recibió en su casa del Playón de los Comuneros, uno de los sectores populares en los que, hace más de 35 años, ha vivido como el Jesús pobre del Evangelio: descubriendo entre los despojados «la verdadera fuerza de la vida».



Foto John Gaviria



Foto John Gaviria

Por Ana C. Ochoa, periodista

uso un queso enorme, de corteza dura, en el centro de la mesa. «Aprovechen que hay», dijo con esa risa sonora que nos acompañó durante todo el desayuno. «Me lo regalaron en Perú. Unas misioneras me invitaron a dar unas conferencias. Vengo con queso y no con plata porque no cobro ni las charlas, ni las misas... Yo nunca he vivido del ministerio.» Uno de los jóvenes que comparten la casa, trajo café caliente de la cocina y se sentó a la mesa. Trabaja en el pequeño taller de artesanías de madera que funciona en el segundo piso, justo al lado del oratorio. Del modesto oratorio en el que metieron a Cristo en una olla de barro. «Como todos, está en la olla», dijo alegre. Al rato llegó otro vecino a saludar. «Sentate aquí», le dijo el padre Carrasquilla y el muchacho desayunó con nosotros. «Yo creo en la acogida», contó después el sacerdote. «Es importante recibir la gente, conversar con ella, brindarle ayuda que lo promueva, compañía... todos, no sólo los pobres, necesitamos que nos acompañen, que nos ayuden. Así que, desde las 6 de la mañana, entran y salen personas. Se sienten en confianza. Esto no parece casa de cura... Y es que, entre otras cosas, yo siempre he dicho que no tengo vocación de cura. A mí las cosas clericales me dejan frío. Yo creo en el pobre y en Jesucristo. En trabajar desde abajo. Por eso me han contrvertido tanto. Aclaro que yo no soy del tipo de sacerdote que hace obras de beneficencia, ni tampoco soy un sacerdote de tipo revolucionario, aunque no falta quién haya querido ver en mí a un marxista camuflado. Pero lo que no saben es que los revolucionarios, a su vez, me tildan de reaccionario por no hacerle juego a la revolución. Es que no creo en la política, en la acción desde arriba. Siempre he querido hacer una labor diferente, a mi juicio más eficaz. Cuando estuve en Roma conocí otras corrientes como la del padre Faucauld, que impulsa el trabajo con la gente desde abajo, estimulándolos para que sean sujetos de su propio desarrollo, sin regalarles nada y trabajando con ellos en su medio, sin que pierdan su identidad... Eso sólo se puede hacer viviendo en sus barrios, siendo pobre como el Jesús del Evangelio. Para Jesús, ser pobre es su manera de ser y hacer... Para él el pobre es el representante del hombre auténtico, el que posee los verdaderos valores».

«REPARTIR LA POBREZA»
En lo que él ha llamado «Aportes para una antropología del pobre», hace énfasis en que: «A través de los siglos el hombre ha insistido en construir te-

niendo como meta final el arquetipo del rico, un mundo de abundancia en el que lo tengamos todo. Los resultados están a la vista. Cada día el número de personas que viven en la miseria aumenta en proporciones preocupantes y hacia el futuro las perspectivas son peores. En este mundo del rico, dice Eduardo Galeano «es necesaria la miseria de muchos para que sea posible el derecho de unos pocos». Para que pocos sigan consumiendo más, muchos deben seguir consumiendo menos. S sólo este ejemplo es ilustrativo: Un norteamer-

icano medio consume diariamente por 50 haitianos. Visto desde otra óptica, el consumismo y el nivel de vida alcanzado por ciertos estratos en los países desarrollados, son el espejismo que le venden a estos pueblos subdesarrollados como una morfina para mantenerlos atados a un colonialismo económico. Por eso nuestra propuesta es cambiar de norte, enfocar la acción en dirección contraria y ensayar a «repartir la pobreza». Dejemos de soñar con paraísos inalcanzables y construyamos un

hombre nuevo, anclado en nuestra propia realidad.

Repartir la pobreza significa aprender a vivir de una manera más simple, de una manera más frugal, de una manera más sencilla. Repartir la pobreza significa vivir en armonía con la naturaleza, cuidar los recursos naturales evitando el deterioro acelerado del planeta para que no son gastemos el patrimonio de las futuras generaciones. Repartir la pobreza significa aprender a ser tolerantes con los demás, a respetar las ideas ajenas. Significa ser solidarios y compartir el pan con el vecino...»

PARA PENSAR

En la puerta de su habitación tiene pegadas varias cartas de la gente del barrio, dibujos... Él ha estimulado en ellos la organización, el trabajo común para la resolución de sus problemas. En el barrio Popular ayudó a conformar la Fundación para la Educación Popular y la Pequeña Industria. Hoy, en el Playón de los Comuneros, La Gabriela, Popular 1 y 2, ya se cuenta con una agrupación de la que participan 60 familias. Se trabaja en 4 núcleos: Autoconstrucción, microempresas, educación y cultura y salud. Los recursos los consigue la gente, de ellos se les presta, no se les regala nada. Al pobre, dice el padre Federico Carrasquilla, hay que ayudarle a que descubra que sí tiene valores, que sí puede enfrentar la vida... Lo importante es que ellos sean los gestores de las soluciones. «Cuando a finales de los sesenta llegué al barrio Popular -que fue el primer barrio de invasión- iba en reemplazo del padre Vicente Mejía. El era un revolucionario clásico, que recogía materiales para construcción por todo Medellín, que se abría paso con revólver y sacaba a los Policías si era del caso... Yo llegué con otro estilo, sin regalar nada, sin carro, en fin, los decepcioné mucho al principio y me lo decían. Pero en ese entonces, como ahora, creo que hacer lo que se conoce como «obras de beneficencia» es válido, no obstante hay que pensar en que eso sólo enfrenta

una de las dimensiones del pobre, la económica. La otra, la humana, la antropológica, se deja de lado. Pero es que no se trata sólo de resolverles sus carencias materiales.» La idea del padre Carrasquilla, es que las personas reconozcan sus valores y luchen contra su destrucción. Así, siendo sujetos de su propia liberación, dejan de ser «objeto de beneficencia».

LA CRÍTICA CLAVE

Pobres ¿quiénes son? Al respecto cita a Leonardo Boff: «El común de las personas considera al pobre como aquel que no tiene nada (comida, casa, vestido, trabajo, cultura). Los que poseen bienes materiales, se dice, tienen que ayudarles a liberarse de la pobreza. Esta estrategia va cargada de voluntad y de recta intención; está en la base de todo asistencialismo y paternalismo históricos, pero no es eficiente ni suficiente. No libera al pobre, ya que lo mantiene en un estado de dependencia; peor aún, tampoco valora el potencial liberador del pobre. Pobre no es el que no tiene nada, porque tiene una cultura, tiene capacidad de trabajo, de colaboración, de organización y de lucha. Solamente cuando el pobre confía en su potencial y opta por otro pobre, se crean las verdaderas condiciones para su auténtica liberación...».

LOS VALORES

Recuerda cómo algunas características de la gente pobre resultan en valores fundamentales: La aceptación de la realidad, el sentido del «otro», el sentido de lo concreto y lo inmediato, el sentido de la gratuidad y de la fiesta y la obstinación. «Cuando se está en contacto con la existencia pobre, no se explica uno cómo son capaces de vivir (¿o de sobrevivir?) con salarios de hambre, hacinados en viviendas antihigiénicas, en situaciones de opresión familiar, vecinal... es la persistencia, la obstinación en vivir, en no dejarse vencer por la adversidad. Eso es un valor extraordinario en el pobre, sobre todo en la mujer pobre... allí es donde mejor aparece la fuerza de la vida».

EL OTRO

«Muchas veces el pobre posee esa capacidad de compartir, de acoger, de solidarizarse, en un grado heroico, que ningún grupo, ni siquiera religioso, es capaz de tener. Hay ejemplos en cantidades... una señora me había pedido el favor de conseguirle una cobija para sus niños menores (tenía 8 hijos) porque se estaban cubriendo con costales. Días después, le dije que fuera a la casa que ya le tenía la cobija. Llegó en compañía de otra vecina, y me dijo que si no tenía otra para ella. Cuando le manifesté que sólo tenía esa, me respondió: «Entonces, padre, désela a ella que es más pobre que yo, porque como sólo tiene dos hijos a ella le prestan menos atención que a mí que tengo 8». Y aquí, en medio de estas otras historias aparece un hombre como Federico Carrasquilla, cuyo profundo sentido de la vida, tal vez, lo hizo «inepto» para el sacerdocio que se funda en privilegios y que, por una ideación oscura e indescifrable, no reconoce la verdadera inteligencia, esa chispa que, según bien dijo alguien, la Providencia repartió con tan prudente mezquindad.



“Siempre se nos ha dicho y se seguirá diciendo que el problema del mundo es que la riqueza está mal distribuida, que es indispensable repartirla mejor. Pero la conclusión, aunque parezca insólita, es que lo que hay que repartir, no es la riqueza, sino la pobreza.”

El Presidente de Colombia, Andrés Pastrana Arango, y el Ministro de Salud, Virgilio Galvis Ramírez, entregaron 70 ambulancias y 351 consultorios de urgencias que beneficiarán a cerca de tres millones de habitantes ubicados en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Boyacá, Córdoba, Cundinamarca, Guajira, Magdalena, Huila, Meta, Norte de Santander, Cesar, Arauca, Chocó, Guaviare, Guainía, Casanare, Vaupés y Vichada, entre otros.

EL PULSO

Noviembre de 1999

Nº 14



Anorexia nervosa y otros
desórdenes de la alimentación

Buscar la belleza en el abismo

El reto es prevenir desde los Colegios y escuelas la anorexia nervosa, la bulimia y otros trastornos de alimentación, que han pasado de ser problema secreto a pública amenaza. Este es uno de los esfuerzos del Programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Departamento de Psiquiatría de la U de A-HUSVP, con 20 años de experiencia que los convierte en pioneros.



Kate Moss

Está en agonía. En el momento que empezamos este artículo, puede haber muerto. Es ¿era? una estudiante de tercero de bachillerato, que empezó a vivir los vómitos y otras manifestaciones de anorexia, como caprichos en apariencia inofensivos. Por ejemplo, no comía en el colegio para rebajar de peso y luego, cuando creía comer en exceso, tomaba laxantes. La desnutrición, el desajuste emocional, todos sus problemas alcanzaron a ser severos y los tratamientos médicos llegaron a destiempo. Ella había pasado muchos días derrotándose secretamente a sí misma y su familia manejó el asunto de manera equivocada. El proceso de deterioro físico y mental avanzó con el estímulo demoledor de una idea fija: adelgazar, conseguir una figura, tal vez, como la de la modelo aquella que salía en las revistas: Kate Moss, la favorita del diseñador norteamericano Calvin Klein, el hombre que puso de moda un glamoroso desaliño. ¿Cómo? Utilizando modelos flaquísimos, que exhibían provocadores vientres planos debajo de sus costosas camisetas. Figuras «light» que se han convertido en arquetipos, en sueños de consumo masivo que son también formas, falsamente compensatorias, del vacío de millones de personas. Ahí está, otra vez, el mecanismo de «parecerse a...», del cual los mercaderes de la estética han calculado bien sus dividendos. Y juegan cada vez con novedad. Y con cuerpos. Y cuerpos para venderlo todo: Desde un carro hasta una Coca-Cola. Y hasta su botella. ¿No dicen que ésta tiene las formas voluptuosas del cuerpo de Mae West, la rubia fabricada del Hollywood de los años 30? Sobran ejemplos de cuerpos vueltos prototipo de lo deseable. Muchos, en todos los campos, han desencadenado idolatrías. Antonioni puso de moda la belleza de Veruska; Andy Warhol la de Eddie... ¿Quién recuerda a la desgarbada Twiggy? Para seguir con Calvin Klein, años antes de Kate Moss, en los setenta, el ideal físico propuesto era diferente. Lo encarnaba otra adolescente, esta vez de silueta curvilínea: Brooke Shields. La misma que hizo fama -y dólares- promocionando bluyines

con su atrevida pregunta: «¿Saben qué hay entre mis Calvin Klein y yo? Nada». Así, con sus dosificadas cuotas de escándalo, la publicidad, los medios, han sublimado, aniquilado o promovido cada vez, patrones de belleza que, lejos de su aparente frivolidad, cumplen un papel definitivo en las sociedades mediatizadas. Así que, a la sombra de estos pocos ejemplos, a la sombra de esta crónica de tono elemental, está el problema complejo que hoy lleva a miles de jóvenes a vivir de manera peligrosa. Estos elementos sociales, estos mensajes que convencen o disuaden con efectividad pasmosa, son claves a la hora de analizar la dimensión cultural que a toda enfermedad le corresponde. Y es por esto que, según el médico internista Pablo Robles, «el desmonte progresivo de estos patrones culturales, como se ha intentado hacer en España; o por lo menos el fomento en los jóvenes de la mentalidad crítica a través de acciones educativas, por ejemplo, en los colegios, son labores claves a la hora de trabajar en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Con la psiquiatra Lucrecia Ramírez, perteneciente también a este grupo interdisciplinario, hemos efectuado ya varios trabajos en instituciones de la ciudad. Los índices de alumnas afectadas son muy importantes. Aunque suene espantoso, hay, incluso, grupos crecientes de «vomitadoras». Me atrevería a asegurar que en cualquier colegio, tomado al azar, encontraríamos estos y otros problemas.»

LAS MUJERES, LAS MÁS AFECTADAS
El grupo interdisciplinario del Programa Trastornos de la Conducta Alimentaria,



Antianorexia: Cindy Crawford, la celebración de las curvas.

del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquia-HUSVP, lo conforman: dos psiquiatras y una residente, un médico internista, una terapeuta de familia, una nutricionista y dos psicólogos. Según la psiquiatra Lucrecia Ramírez «la anorexia nervosa, la Bulimia Nervosa y el Trastorno por Sobrealimentación, constituyen un grupo de enfermedades en las cuales existe una preocupación constante por el peso y la silueta, se tiene una imagen corporal negativa que se convierte en el centro de la existencia e interfiere con el desarrollo normal de los proyectos de vida... Los estudios realizados en distintos países demuestran que la anorexia nervosa se presenta entre el 0.1% y al 1.9% de la población general; la bulimia nervosa entre el 1% y el 5% y el Trastorno por Sobrealimentación en el 2% aproximadamente. Las mujeres padecen con mayor frecuencia estas enfermedades, sufriendo el más alto riesgo las



Ally Mc Beal, ¿otra anoréxica famosa?

adolescentes y las adultas jóvenes. De cada 100 personas afectadas 98 son mujeres y 2 son hombres. Parece ser también más frecuente la presentación en mujeres de clase media y alta y de mayor nivel educativo. Las modelos, gimnastas, bailarinas son colectivos de alto riesgo porque están sometidos a ideales estéticos de delgadez y es el cuerpo el que desempeña el oficio. También se ha visto que en una población hay mayor número de casos a mayor nivel de occidentalización».

LA FAMILIA, ENTRE EL SILENCIO Y LA DESOLACIÓN
Para Beatriz Molina, terapeuta de familia, estas enfermedades se presentan generalmente en grupos familiares de extrema interdependencia, muy unidos, que, como cosa curiosa, dan la apariencia de armonía. En ellos se presenta una gran sobreprotección y un esfuerzo permanente por evitar que se ventilen los problemas, pues estos amenazan su pretendida estabilidad. La psiquiatra Lucrecia Ramírez agrega además que «hallazgos derivados de estudios científicos han llevado a pensar que estos trastornos están determinados por múltiples factores predisponentes que interactúan con un factor desencadenante. Se cree que interactúan predisponentes genéticos (se hereda el 'descontrol impulsivo' al parecer), factores biológicos metabólicos (regulación del apetito y la saciedad, reducción del metabolismo basal, disminución de los requerimientos energéticos), rasgos de personalidad (perfeccionismo, industriosisidad, intolerancia a la frustración) y características familiares (sobreprotección, dificultad en la expresión de emociones negativas, evitación de conflictos, rigidez frente al cambio) con el factor hasta ahora detectado que es la dieta. Se ha visto que el riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación es ocho veces mayor en las mujeres que hacen dieta».

La información existente sobre el tema tiene un volumen inversamente proporcional al de estos cuerpos hiperdelgados, prototipos de una nueva figura. El tema está al orden del día y las informaciones hacen públicas las historias más insólitas: Que Calista Flockhart, la protagonista de la famosa serie Ali Mc Beal, es anoréxica; que Audrey Hepburn era anoréxica... Y en medio de todo el repunte frívolo, aparece el terror de miles de mujeres, cuyo desgarramiento emocional conmueve al mundo con la complejidad de su dolor, de su amenaza.

Otra de las novedades de Expouniversidad fue la propuesta de recuperación de instrumental quirúrgico corroido con cromo duro, presentada por estudiantes de la Universidad de Antioquia. Los visitantes pudieron apreciar este nuevo experimento en el stand de Energía y Salud

EL PULSO

Noviembre de 1999

Nº 14



A propósito de anorexia, bulimia y arquetipos estéticos

Las bellas del cine, qué bombas



Marilyn Monroe

Ese talento perturbador para cruzar las piernas. Esas miradas ambiguas y ese cálculo para posar, para arrasar, para demoler inocencias con sus sonrisas de bocas entreabiertas... Las divas más carnales del cine han surtido el siglo de provocación y de deseo. Bellezas de perfecta manufactura, sublimadas por su éxito, pero también por su tragedia.

Por Ana C. Ochoa, periodista

«Cuando me muera quiero que este sea mi epitafio: Aquí yace Marilyn Monroe: 87-52-83». Ochenta y siete de busto, cincuenta y dos de cintura, ochenta y tres de cadera. Y en su obsesión por la figura, cuenta al escritor Truman Capote: «Sabes... Del futuro me gustaría saber dos cosas: una, es saber si voy a adelgazar». «En términos generales, lo que me siento es desgraciada». «No me gusta que la gente se fije en mis manos, son demasiado gordas». Así, el símbolo sexual más popular del siglo, la diosa platinada, la llamada «Venus rubia», decía inconforme: «Ojalá me pareciera a Elizabeth Taylor». Y, a su vez, Elizabeth Taylor (para más señas talla 10 en sus buenas épocas, pero que ha tenido las fluctuaciones de peso más publicitadas), «Liz» Taylor, decíamos, afirma con todo el énfasis de que es capaz su prodigioso rostro de ojos púrpuras: «Me aburre mucho ser Elizabeth Taylor... ¡Dios! si sumara todas mis cicatrices». A juzgar por el número de sus operaciones, 73, de sus cicatrices se podría hacer también la «lista de las cien», como tanto se explota en este fin de siglo.

LA FABRICACIÓN DE LA BELLEZA
No todas pero sí muchas de las intervenciones quirúrgicas de Elizabeth Taylor fueron estéticas. «Reformarse» es un derecho, dicen las revistas. Y Baudelaire en su «Elogio del maquillaje»: «La mujer está en todo su derecho e, incluso, cumple una especie de deber al aplicarse en parecer mágica y sobrenatural». Esto fue hace mucho tiempo y los arquetipos de belleza eran muy distintos a los de los medios masivos de hoy. El cine no había hecho y deshecho a muchas diosas y estábamos lejos de la carrera homogenizante de los prototipos «anoréxicos» que fascinan a Silver Stallone, según declaró a la revista Time. Flacas o voluptuosas; blancas, amarillas o morenas; ingenuas o fatales... durante este siglo las actrices y modelos estelares, han disparado los



Sharon Stone



Brigitte Bardot

deseos de belleza y de fortuna. «Nosotras no nos levantamos nunca por la mañana por menos de 10 mil dólares», afirmó sin rubor la fotogénica modelo Linda Evangelista.

LA PANTALLA
Pero volviendo a Hollywood y a sus bellezas, lo cierto es que la tiranía de la esbeltez ha fabricado muchas be-

llas y también muchas inconformes. Algunas de ellas, demasiado aficionadas al Seconal. Marilyn ha sido la más famosa pero antes hubo otras hermosas suicidas, entre las que vale mencionar a la olvidada latina -ex amante de Gary Cooper, según Cabrera Infante-, llamada Lupe Vélez. De sus rituales de belleza, llegan historias de inmersiones en bañeras con hielo y noches que pasaba envuelta en trapos empapados de aceite. Que sea un pretexto este asunto de las latinas en el cine, para mencionar a mujeres legendarias como una de las mexicanas más famosa de Hollywood, Dolores del Río y otra belleza morena que, como Marylin, tampoco gustaba de sus grandes manos. Se trata de María Félix, «Doña diablo», «María Bonita», imaginario erótico que hoy va por los ochenta y que afirma sin reservas: «Mi vida no puede ser un ejemplo para nadie, se necesita ser de un egoísmo formidable para ser como yo. Hay que pasar por encima de todo y de todos.» Su belleza de mirada peligrosa ha sido asociada por muchos con la de Ava Gardner, «el animal más bello del mundo» según Mankiewicks y de quien Louis B. Mayer, el magnate del cine, decía: «No sabe actuar, no sabe hablar, pero es fantástica.» El endiosado Hitchcock diría después que los actores eran «ganado». Con razón la inolvidable Louise Brooks, catalogada por muchos como «la imagen más sexual del celuloide», afirmó que «la carrera de actor es la más degradante de las esclavitudes... Las fuerzas que mueven a los magnates del cine son dinero, poder, sexo, fama y la creación de la cultura popular norteamericana...

me parece que Hollywood está lleno de gente que no es feliz». A finales de los años 20, Louise Brooks, con su cabello negro cortado a lo Garçon, era considerada «el rostro más obsesivo del cine» según el escritor Bioy Casares. Y según Polanski, Godard y otros más entre los que se encontraba su amante, Charles Chaplin. Sin embargo, decía, «cuando iba a una fiesta, y veía a Dolores del Río o a Constance Talmadge, me decía a mí misma: eres la más fea... tienes pecas, tu vestido no es el más atractivo». Brooks hizo cine en Europa y desdén a Hollywood por considerarlo «una alcantarilla». Como pensó también Greta Garbo. Esta belleza sueca lo dejó todo en la cumbre de su fama: «Quiero estar sola», decía. A propósito del tema, no faltaron las historias sobre la afición de la Garbo por la comida «natural» y, en su obsesión por el detalle, las revistas le contaron al mundo que el tallaje de la diva era de hombre. Basta un dato: Calzaba 42.

LEYENDAS

A los cultores de las tallas no se les habrá escapado la de Jackie Kennedy (4), la de la princesa Diana (6)... De la realza más polémica, aquella que encarnó Wallis Simpson -la mujer por la cual un hombre renunció al trono de Inglaterra- queda la terrible sentencia: «Nunca se es lo suficientemente rica ni lo suficientemente flaca». Esto último, no se sabe si también lo primero, parece repetir Kathleen Turner, la rubia de voz tentadora, «el sexo» puro de los 80: «Me siento como una vaca. Soy enorme y torpona».

¿CÓMO?

Ella hace pensar en las bellezas rubias que, falsas o no, han seducido siempre. En los años 90 sobresale Sharon Stone, famosa por esos «Instintos Básicos» que mandaron a la luna la ropa interior. En los 80 Kim Basinger, la llamada «mujer 10»: Bo Derek. También en Daryl Hannah, Michelle Pfeiffer. En los 70 Ursula Andress, Jane Fonda, Farra Fawcett... Y en los 60 «El cuerpo»: Brigitte Bardot. De quien decían sin pudor, que «junto con el queso, era el producto más exportado de Francia». También rubia -pero falsa- Kim Novak. Y rubia -platino- Jean Harlow. Rubias inolvidables Carole Lombard y Lana Turner. Rubias de senos cinematográficos Anita Ekberg y Jane Mansfield, quien hace recordar a las Pin Ups, figuras de mujer menos fatal, con más humor, que sucedieron a la tradicional vampiresa.

IDEALES

Y en este mundo a media luz que es el de las vampiresas, cómo olvidar a la alemana que Hitler declaró «traidora» por animar las tropas americanas durante la II Guerra: Marlene Dietrich. «Su nombre empieza como una caricia y termina como una cachetada», diría el escri-



Daryl Hannah

tor Jean Cocteau. «Legs», le decían por sus larguísima piernas. Curiosamente medía apenas 1:55 cms. Rivalizó en esta materia con otras como Ginger Rogers. Rubias también fueron Grace Kelly e Ingrid Bergman. Ni qué decir, después, de Catherine Deneuve. Rubia y millonaria también fue la amante del magnate de los medios William Randolph Hearst: Marion Davies. Y otra de final solitario Mirna Loy, en el cine mudo. Otro día habrá ya para recordar a Mary Pickford Lillian Gish y otras bellezas de principios de siglo.

ESE ENIGMA LLAMADO «SEX APPEAL»

Para muchos, uno de los momentos de más taquillera ligereza lo protagonizó la mujer que se quitó un guante a manera de strip-tease: Rita Hayworth, para siempre en «Gilda». Era una audaz pelirroja, primero esposa de Orson Wells y luego del príncipe Ali Khan, cuyo verdadero nombre era Margarita Carmen Cansino. Tenía origen español. Así como tenía origen boliviano otra bomba de Hollywood: Raquel Welch, realmente llamada Rita Tejeda. Pero antes de todas estas diosas de piel canela había llegado de Italia Sofía Loren. Su boca de sonrisa sin miedo, fue elegida en las encuestas como la más bella. Hoy se habla también de la mexicana Salma Hayek. Pero ahora la morena de fuego es inglesa. Se llama Catherine Zeta-Jones. Sus atributos, mejores que sus películas. Pero a pesar de estas jóvenes provocadoras hay quienes no olvidan a las bellezas clásicas como Gloria Swanson, contemporánea ésta de la rubia de rubias «Mae West», cuyos labios inspiraron a Dalí para diseñar una famosa silla. Ellas y muchas más, forman parte de ese culto al bello sexo que despierta fervor y pavor, fascinación y a veces tristeza.



Bo Derek

Metrosalud entregó a la comunidad del corregimiento de San Antonio de Prado en Medellín, un moderno hospital en el que se invirtieron 6200 millones de pesos y que beneficiará a unos 60 mil habitantes del corregimiento y poblaciones aledañas, a quienes prestará servicios de consulta externa, urgencias, atención quirúrgica, zona de alimentación, salud oral y programas de prevención y promoción.

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

SOLUCIÓN AL
CRUCIPULSO
ANTERIOR

CRUCIPULSO

Por Julio Ramiro Sanín A. md.

HORIZONTALES

- Apellidos con muchas aes. Remolcar el barco.
- Divinidad suprema entre los caldeos, sumerios y asirios. Pone los colores del arco iris
- Verbo muy corto. Lo que hac ía el finado Heriberto de la Calle.
- Tratamiento que se le da a algunas religiosas. Ah í se las dejo para que le pongan los puntos encima. Huele maluco.
- Desde que llegó la silicona se ven muy pocos pechos así. Se consigue con el sudor de la frente.
- Hay que mantenerlos abiertos, pero cerrada la boca para vivir bien bueno. Número que nos pone el Estado para poder cobrarnos.
- Invertido y con Coca-Cola, le decían Cuba libre. Atado de diez resmas de papel.
- Usted se para en el centro de la plaza de toros, sale un toro bravo. Usted se queda quieto y ¡el toro no le hace nada! Esta es la suerte de Don...
- En inglés Es. Comer.
- La que se duerme se la lleva el río o acaba en un cocktail.

VERTICALES

- A la morcilla gruesa, la que no es de la angosta, le dicen así. Si eres solterón y rico estás hecho.
- La muchachita que más guerra le ha dado al papá en Mónaco, (plural).
- Símbolo de la hectarea. Radioactivo de NA 86.
- Manera muy taurina de animar. Nombre de mujer, rarón él, pero yo conozco una y casada con un médico.
- Establecer relación de posesión o pertenencia, (plural). Memoria del computador.
- Los egipcios la consideraban como la encarnación del dios Tót. Por ah í

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

- regresa la sangre al corazón, pero con ortografía de infarto.
- En francés, tres. Flotar en el agua (se le trasladó una a en t).
 - En inglés aceite. El que choferea el avión, (se le trasladó una t en a).
 - La mesera del avión (se le trasladó una z en s). Raúl Naranjo.
 - Si su hijo juega con muñecas, aprende peluquería, y se depila las cejas, no le parece que está ... Los angelitos de Hitler.

CONCURSEY GANE. Resuelva acertadamente este Crucipulso y envíe el original al Periódico El Pulso, Dirección General del Hospital Universitario San Vicente de Paúl y adjunte nombre completo, profesión y número de teléfono. Entre los ganadores se sorteará un fabuloso premio. Plazo límite de entrega: 16 de noviembre.

Encuentre la solución en el próximo número.

EVENTOS

- En la ciudad de Granada, España se realizará el V Congreso Nacional de Sanidad Ambiental, entre el 3 y el 5 de noviembre. El evento es coordinado por la Sociedad Española de Sanidad Ambiental. Mayores informes en el tel: 958-161044 o en el e-mail julia@easp-es.
- Curso-taller sobre Mesoterapia, noviembre 6. Organizado por Asmedas Antioquia y la Asociación Científica Colombiana de Medicina Estética, Acicme. Mayores informes en el teléfono 2631612.
- Para conmemorar los 30 años de funcionamiento, el departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, se programó un evento académico denominado «Violencia y lesión cerebral adquirida», el día 5 de noviembre, en el auditorio principal de la Facultad de Medicina, además el «Encuentro de amigos del departamento de Medicina Física y Rehabilitación», que se realizará el día 6 de noviembre. Informes en el teléfono 2637806.
- El Hospital Universitario San Vicente de Paúl invita a participar en la Cuarta Carrera de Observación La Fórmula Médica, dirigida al personal del sector de la salud, el día 6 de noviembre. Mayores informes en la Oficina de Comunicaciones, teléfono 2637810.
- El IV Congreso Colombiano de Dermatología Pediátrica se realizará entre el 12 y el 14 de noviembre, en el Hotel Intercontinental de Medellín. Mayores informes en el teléfono 2500016.
- En la ciudad de Medellín se realizará el Simposio sobre Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Oxigenoterapia a largo plazo en casa, con el aval de la Sociedad Colombiana de Neumología, los días 7 y 13 de noviembre. Mayores informes en el teléfono 3813386.

- La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, Sespas, organizó el VIII Congreso denominado «La salud pública, nuevos desafíos ante el nuevo siglo», que se llevará a cabo entre el 17 y el 19 de noviembre en la ciudad de Sevilla, España. Mayores informes en los teléfonos 954223413/954210825 o en el e-mail comercial svq@viajeseci.es
- La Facultad de Medicina de la U.P.B. organizó el Seminario -Taller Visión Integral del Paciente con Dolor, que se llevará a cabo los días 19 y 20 de noviembre, en el Auditorio Humanae Vitae.
- * La Dirección Seccional de Salud de Antioquia realizará el 25 de noviembre el simposio «Antioquia frente al cáncer». Mayores informes en la Dirección Seccional de Antioquia.
- El Departamento de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la U. de A., programó para el 26 de noviembre la conferencia «¿Qué hay de nuevo en Pediatría?». El evento se realizará en el Auditorio de la Facultad, entre las 2:00 y las 6:00 de la tarde. Mayores informes en los teléfonos 5106070 o 5106072.
- La U.P.B. y la U. de A. realizarán el Seminario -Taller de Reconocimiento Cardio-Pulmonar Neonatal y Pediátrico, los días 26 y 27 de noviembre. El evento se llevará a cabo en la Facultad de Medicina de la U.P.B.
- Asmedas Antioquia, con el respaldo de la Facultad de Medicina de la U. de A. y la Academia de Medicina de Medellín, realizarán el XIV Congreso de Medicina General y Social, el V Seminario Nacional de Urgencias Médicas y el IV Simposio de Seguridad Social, los días 1,2 y 3 de diciembre en el Teatro Camilo Torres de la U.de A. Mayores informes en el teléfono 2631612.

Noviembre 17 Día del Terapeuta Ocupacional.
Noviembre 20 Día del Psicólogo
Felicitaciones

CLASIFICADOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAÚL. Requiere vincular Oncólogos Clínicos. Enviar hoja de vida a la Dirección Médica, A.A. 6509, Medellín.

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

Perfumería fina, gran variedad y mejores precios. Teléfonos 3414150.

Productos naturales para mejorar la salud. A la venta. Mayores informes 5225740.

Venta de ocasión: juguetería Fisher Price, Tyco, Mattel (Barbies) a mitad de precio. Tel: 2655307



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

MENSAJERIA URBANA
Licencia MIN N° 000122

A DOMICILIO

OXIGENO

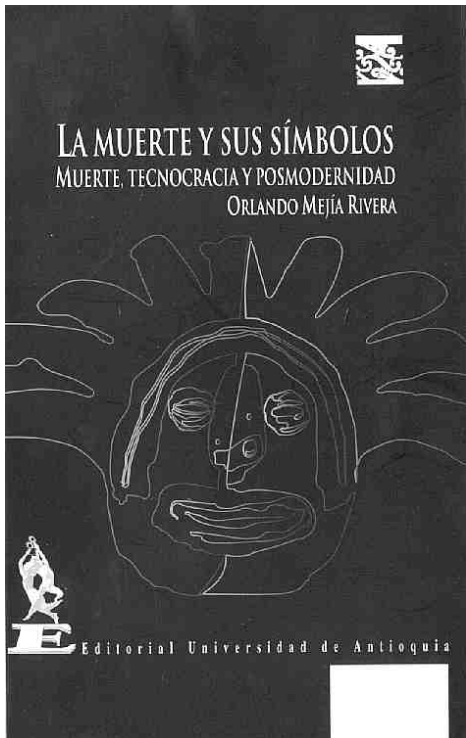
MEDICINAL

Oxígeno 24 horas a domicilio

Alquiler y venta de equipos para enfermos
SILLAS DE RUEDAS - MULETAS - CAMAS HOSPITALARIAS
351 4747 - 265 3410
Cl. 34 N° 66 A 61 (frente al Superley de Unicentro)

Reseña bibliográfica

LA MUERTE Y SUS SÍMBOLOS. Muerte, tecnocracia y posmodernidad. Orlando Mejía Rivera. Editorial Universidad de Antioquia. Colección Otraparte. 252 páginas. La muerte y sus símbolos. Muerte, tecnocracia y posmodernidad llega a todas las personas en cuanto seres vivos y miembros de la cultura, pues, según su autor, es la concepción de la muerte la que configura nuestras relaciones con la vida y el mundo. Por esta razón, conjugando la mirada médica y la humanista, el ensayo analiza la tecnocracia y la medicalización de la vida, la clonación y el sueño de la vida infinita, la segregación de los ancianos y la soledad de los moribundos, manifestaciones de la muerte en nuestra sociedad actual. Este examen abre paso a una reflexión sobre la posmodernidad y la revolución del paradigma científico en los campos de la física, la medicina y el psicoanálisis, nuevas miradas que modifican nuestra concepción de la muerte y de la vida misma. Además, el libro trata las nuevas ciencias como la tanatología que ofrece una esperanza a los enfermos terminales y proporciona herramientas a quienes se ocupan de su cuidado. En un discurso claro y directo, este ensayo presenta, además de la reflexión de tanatólogos, psicólogos y profesionales de la salud, una mirada optimista a quienes vivimos un fin de milenio y nos aprestamos a comenzar uno nuevo. El autor expresó en la presentación del texto: «en este libro está fundida mi relación de más de 15 años con textos, poemas, nombres y rostros de enfermos terminales que conocí como médico, fragmentos de palabras susurradas al borde de un lecho, en la penumbra, por un anciano o un niño moribundo que ya me miraban desde el otro lado. La fascinación por el misterio de la muerte la tengo desde la infancia y quizá todo el recorrido laberíntico, y en apariencia caótico, que he realizado por distintas disciplinas del conocimiento tiene su hilo conductor en la necesidad profunda de saber de la muerte, o mejor, de saber que nunca podremos «saber» qué es la muerte, pero que intentar pensar e intuir sobre ese límite existencial, es una manera de madurar como personas y de liberarnos de los superfluo de nuestra vida cotidiana».



SUSCRIBASE

CUPON DE SUSCRIPCION

Para efectos contables, le solicitamos remitir este formato y copia del recibo de consignación, al fax: 263 44 75 Dirección Comercial: Diana Cecilia Arbeláez G. Hospital Universitario San Vicente de Paúl Calle 64 con carrera 51 D. Teléfonos: 2634396, 2637810. Medellín

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

Valor de Suscripción: \$ 24.000,00

La suscripción puede cancelarse en cualquier ciudad del país, a nombre de la Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl. Banco Ganadero, Cuenta No. 29900055-2 Banco Santander, Cuenta No. 01004147-3 Nota: La suscripción también se puede cancelar en las Cajas del Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

Duberney fue la atracción del stand del Hospital Universitario San Vicente de Paúl en Expouniversidad 99. Gracias a este muñeco, los visitantes pudieron comprender los procedimientos médicos que se adelantan con las terapias neuroendovasculares, con el fin de intervenir las aneurismas cuyos casos aumentan cada vez más en nuestra sociedad.



CULTURAL

Fernando González,

El gran incomprendido de Otraparte

Por Gustavo Restrepo
Estudiante especialización Periodismo Urbano U.P.B.

A pesar de las muchas páginas escritas sobre su vida y su obra, Fernando González Ochoa sigue siendo entre nosotros el gran desconocido. Sólo unos pocos lectores han sido capaces de vislumbrar la impresionante grandeza humana y divina que se respira en cada uno de sus escritos, en cada una de sus palabras. La mayoría, en cambio, no ha podido trascender lo anecdótico y trivial de su existencia. Se habla mucho sobre él, pero no se leen sus obras; sus graciosas historias pasan de boca en boca, pero no se comprenden los profundos significados de sus dichos y acciones. Al igual que en la antigua parábola hindú, sólo se mira el dedo que señala la luna.

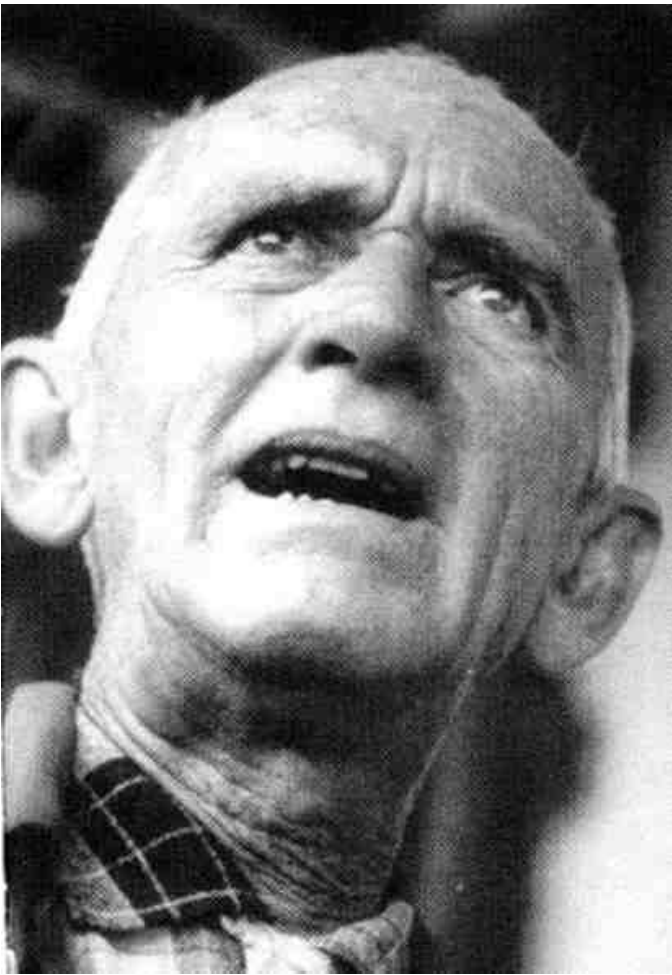
«Era un impío», comentaba una vecina suya de Envigado hace pocos días. No sólo ésta, sino muchas otras opiniones equivocadas existen sobre este gran hombre que caminó nuestras sendas antioqueñas. Y es tal vez ahí donde radica el problema en que nos resistimos a creer que desde el parque de Envigado se pueda aportar al conocimiento universal. Reímos al pensar que un «envigadeño descalzado» pueda ser comparado a cualquier grande de la literatura o de la filosofía, que pueda contribuir al enriquecimiento del pensamiento humano. Pero sí se puede y él lo hizo.

Desde niño y hasta el día de su muerte solía anotar sus vivencias y pensamientos en «pequeñas libretas como de carnicero». Y así, poco a poco, «paladeando» cada idea, cada ocurrencia genial, en esas hojas sencillas dejó plasmado su pensamiento sólido y universal. Todos sus libros son hijos de esas humildes libretas que siempre cargaba consigo, incluso cuando la vida le llevó por caminos europeos. Y fue así como estas hojas, originalmente blancas, fueron enriquecidas con su filosofía de la personalidad y su teoría de los viajes, dos importantes aportes de este «grande hombre incomprendido».

Pero en Colombia muy pocos han reconocido la calidad de su obra. En los círculos intelectuales la burla y el desprecio son la respuesta encontrada por quien ose pronunciar su nombre. No lo quieren y no lo aceptan porque cometió un gran «pecado»: buscar a Dios. Renunció a las glorias de la literatura para conocerse a sí mismo y a la Intimidad (Dios), y por

eso fue repudiado por sus colegas escritores. Paradójicamente, su obra era admirada y comentada por sus contemporáneos europeos y americanos, incluso hasta el punto de haber sido nominado en dos ocasiones al premio Nóbel de Literatura, según lo relatado por Javier Henao Hidrón en su libro Fernando González, filósofo de la autenticidad. Jean Paul Sartre y Thornton Wilder fueron los protagonistas de este hecho que habla por sí solo de la calidad del pensamiento de Fernando González. Refiriéndose a su obra, Wilder, dramaturgo y novelista norteamericano, afirmó lo siguiente: «Tan sólo vida... vida... torrentes, ríos de vida. Dondequiera que uno la toque: vida. Qué concisión, qué densidad, cada palabra rebose de vida humana».

Y precisamente «tan sólo vida» es lo que puede encontrarse en los escritos de Fernando González, porque la Vida -así, con mayúscula-, era su pasión. Fue un niño asombrado en cuerpo de adulto que incansable y tenazmente hurgó en todos los recovecos de la existencia y de la creación, a la búsqueda de su propio ser y de Dios, así «como mi mamá buscaba las agujas, en Envigado...». Sumergirse de lleno en sus libros es viajar por mundos hermosos y coloridos que vivifican y alegran el espíritu. Así describió esta experiencia su amigo y escritor Félix Angel Vallejo:



La vida, la muerte, Dios..., el hombre, la tierra, el cosmos..., todo esto adquiere, en sus labios, un sentido tan vivo y hondo..., que asombra... Por eso, al oírlo hablar... lo primero que descubrí fue que yo había permanecido... muerto ante el misterio; y que de pronto..., cuando iba por un camino..., como desterrado..., me encontré con un brujo que me lo mostró...

Debido a lo original de su obra, sin embargo, será necesario

para el lector que quiera entenderla, siga su desarrollo de principio a fin. Tendrá éste que seguir a Fernando González desde Pensamientos de un viejo (1916) hasta Las Cartas de Ripol (1964) para poder comprender a cabalidad la belleza y lógica de sus ideas. Un solo libro no será suficiente, pues como cualquier obra magnífica y colosal, ésta debe ser estudiada desde una perspectiva amplia que permita apreciar el gran conjunto y no solamente el detalle. Porque el detalle en Fernando González le hará reír y pensar, pero el gran conjunto... lo llevará a Otraparte...

(Para conocer más sobre Fernando González, visitar el sitio web dedicado a su vida y obra en <http://otraparte.tripod.com>)



Pensamientos varios

Lo primero es conocerse, y lo segundo, cultivarse. Nuestra individualidad es nuestro huerto, y la personalidad es nuestro fruto. Individualidad es la obra posible que está en cada hombre en forma de instintos, facilidades, habilidades, tendencias; todo ello proviene de la raza, el medio, la sociedad. Individualidad es lo que está encerrado en nosotros y que puede manifestarse o no, así como en la envoltura del capullo está la semilla, el árbol y los frutos.

Yo conocí al padre Elías, que usaba un pequeño sombrero; era un gorrito sobre su gran cabeza. Fue la primera vez en que vi cómo una prenda de vestir, de hecho fea, se hacía bella por la personalidad. El alma del padre Elías irrigaba el sombrero, echaba raíces en el sombrero. ¡Cuán bello iba el jesuita! Sentí deseo de usar un sombrero así... ¡Terrible error que todos cometemos! Lo bello es la individualidad, el soplo divino que al manifestarse por modos propios embellece lo exterior.

LABORATORIOS FRESENIUS

Ten presente que tu rostro siempre refleja lo que tu alma siente». Poesías como estas se encuentran en el libro «La puerta de tu corazón», escrito por Martha Luz Londoño L. Los dineros que se recauden por la venta de este libro serán destinados a las personas con la enfermedad conocida como «Péntigo Foliaceo Endémico», producto de la intoxicación con mercurio. Mayores informes en la Facultad de Medicina de la U. de A., oficina de Comunicaciones.



Asumió nuevo Secretario de Salud de Medellín



Foto cortesía



Medellín es una ciudad saludable, es la opinión del doctor Rogelio Zapata Alvarez, secretario de Salud de Medellín.
Foto Edwin Vélez Vásquez.

E A la Secretaría de Salud de Medellín llegó el doctor Rogelio Zapata Alvarez, tecnólogo industrial del Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid y médico de la Universidad de Antioquia, con especialización en Gerencia Hospitalaria de la Universidad Eafit. El nuevo funcionario tiene el compromiso de continuar el programa que adelantaba el doctor Luis Carlos Ochoa, quien renunció a la Secretaría hace más de un mes. Antes de asumir la Secretaría de Salud de Medellín, el doctor Zapata Alvarez se desempeñaba como concejal en el municipio de Itagüí, Antioquia. Desde joven siempre se ha involucrado en el trabajo con la comunidad, hecho que lo ha llevado a estar en cargos públicos, como el que tiene en sus manos actualmente y en el que se encuentra a gusto por el proyecto social que enmarca el plan de gobierno del alcalde de Medellín, Juan Gómez Martínez. Según el nuevo Secretario de Salud, en Medellín hay salud para todos, tanto para los que hacen parte del Régimen de Seguridad Social, como para los que no, quienes reciben atención directa en Metrosalud que luego factura los servicios prestados al municipio.

INVERSIONES SALUDABLES
El doctor Rogelio Zapata Alvarez considera que el «el alcalde de Medellín ha hecho inversiones importantes en salud, tanto en la afiliación de personas al régimen subsidiado, como en la atención directa de los servicios en centros, puestos y hospitales de las personas que no están subsidiadas». Además de lo anterior, se adelantan una serie de actividades de salud pública que tiene que ver con el control de alimentos, control del medio ambiente y activi-

dades extramurales como programas de salud oral, visual, sexual, capacitación de líderes comunitarios y trabajo con los Copacos a través de Metrosalud, entre otros. Para el Secretario la ciudad será saludable «si existe un uso racional de las oportunidades». Para contrarrestar la violencia, una de los principales factores que afecta la salud de la ciudad, el secretario indicó que se adelantan programas educativos para prevenir la violencia intrafamiliar y la drogadicción, además de la propuesta de escuela saludable, orientados a mejorar la salud de los niños en todos los aspectos. Desde la Secretaría de Salud se adelanta un proceso de desarrollo institucional y mejoramiento de servicios, que incluye evaluación de los requerimientos mínimos de las instituciones prestadoras de servicios, la renovación tecnológica de los equipos, la actualización de equipos y programas con el fin de encarar los cambios del nuevo milenio, entre otros. Uno de los retos que tiene el doctor Rogelio Zapata Alvarez es la de aumentar la cobertura de salud en la ciudad de Medellín, que en la actualidad está en un 65%, cifra que considera aceptable, pero que lo ideal es alcanzar durante su gestión un cubrimiento del 80% de la ciudad.

En muchas ocasiones los productos de CORPAUL hablan por usted

- ▶ *Tarjetas de Navidad*
- ▶ *Tarjetas para Toda Ocasión*
- ▶ *Mini-Tarjetas "De:/Para:"*
- ▶ *Cajas Decorativas*
- ▶ *Mini-Calendario*
- ▶ *Pesebres*
- ▶ *Bonos de Condolencia y Felicitación*

CORPAUL

INFORMES Y VENTAS:
Santafé de Bogotá:
Calle 35 N° 6 - 29 · Tels: 340 4092 / 93 / 94 · Telefax: 285 9735
Medellín:
Cra. 60 N° 48 - 62 · Conm: 511 4555 Ext: 103 · Fax: 514 1085

Al comprar las Tarjetas de CORPAUL, usted hace un aporte significativo a la Unidad de cuidados intensivos del recién nacido del Hospital San Vicente de Paul.

Anuncia en los Clasificados de

EL PULSO

AVISO
IATM