

# EL PULSO

Periódico para el sector de la salud

Medellín, Colombia • Año 2 • Nº 15 • Diciembre - 1999 • ISSN 0124-4388 • Valor: \$1.000

## Alvaro Uribe V. defiende la Ley 100

EL PULSO, entrevista al hombre controvertido que fue gestor de la Ley 100.

- «Cómo será de buena la Ley 100 que, a pesar de tantas dificultades, ha dado resultados.»
- «Hay todavía muchos hospitales que son nidos de burocracia.»
- «La sola nómina del I.S.S hace pensar en su mal funcionamiento.»
- «Estoy dedicado a estudiar, entre otras cosas, de qué manera se puede generar empleo en el corto plazo y no esperar que venga como consecuencia de una reactivación de la economía en el mediano y en el largo plazo.»
- «El ejercicio, el yoga, devuelven serenidad.»
- «Mis principales asesoras siempre han sido las mujeres.»

Perfil, página 10

## Qué entender por economía de la salud

En el momento de hacer un análisis de la rentabilidad que produce la prestación de los servicios médicos, hay que tener cuidado de considerarlo como el fin último del sistema de salud. Es por ello que la economía de la salud debe pensarse de una manera más amplia y contribuir a la solución de problemas como ¿Cuáles son los aportes de la salud al crecimiento económico? ¿Cuál es la naturaleza del mercado de los servicios médicos? ¿Cuáles son los determinantes de un mejor estado de salud?

Observatorio, página 7



## Por demora en pagos

# Sin frenos, polémica entre instituciones y Fidusalud



**E**l consorcio fiduciario, Fidusalud, encargado de administrar los recursos del FOSYGA, está en la mira de numerosas clínicas y hospitales que reclaman celeridad para la cancelación de cuentas pendientes, principalmente las relacionadas con la subcuenta de Seguro de Eventos Catastróficos, ECAT. EL PULSO hizo un sondeo nacional con instituciones prestadoras de salud y entrevistó a las directivas de la Fidusalud y la Dirección General de Gestión Financiera del Ministerio.

¿Existe o no la infraestructura para ser eficientes? De 1.996 a 1.999 el incremento en el número de reclamaciones ha sido evidente. De 50 mil presentadas en 1.996 se ha pasado a 111.315 en lo que va del presente año y se espera que, como suele ocurrir, estas aumenten en los últimos meses. Frente a la avalancha de cuestionamientos mutuos, a la eficacia de Fidusalud y, a su vez, a la de numerosas instituciones prestadoras de servicios, el consorcio fiduciario responde que el 32.6% de estas reclamaciones se han devuelto por no cumplir los requisitos legales. Fidusalud reconoce, no obstante, haber enfrentado dificultades que han dilatado los procesos, como ocurrió en el mes de julio ante la multiplicación de reclamaciones. ¿Qué sucede? La mayoría de las instituciones consultadas argumentan inconsistencias en el equipo de revisión de la Fidusalud y, en general, dificultades en la interpretación de la Ley. ¿Qué se está haciendo para enfrentar esta situación? El Ministerio de Salud está ejecutando un plan de trabajo que, según declaran sus directivas, permitirá entre otras cosas mejorar las condiciones en que se hacen los trámites. ¿Cómo funciona la Fidusalud? ¿Cómo va la revisión del manual tarifario? ¿Quiénes están detrás de este consorcio? Estos y otros temas en EL PULSO.

Debate, páginas 2, 3 y 5

*Mientras las Instituciones Prestadoras de Salud hacen esfuerzos para mejorar sus condiciones locativas y ofrecer una adecuada atención a los usuarios, entidades como Fidusalud demoran el pago de facturas por conceptos de accidentes de tránsito y eventos catastróficos, entre otros, lo que agrava aún más el problema de iliquidez que viven los hospitales y clínicas del país.*

Foto Edwin Vélez Vásquez.

## Construir sueños posibles

*La paz y el amor sólo son posibles, si todos unidos nos proponemos alcanzarla. A nuestros lectores, a nuestros colaboradores y a las empresas que tanto nos ha apoyado, El Pulso les desea una Navidad llena de alegría y un nuevo milenio pleno de esperanzas.*  
Medellín, diciembre de 1999



*La incertidumbre es propia de estos tiempos de transición de milenio. La humanidad pide respuestas existenciales a una sociedad consumista, donde es más importante ser eficientes que felices. Sin embargo, como personas y como ciudadanos tenemos responsabilidades y deberes, para construir una sociedad donde los sueños de todos sean posibles.*  
Foto Edwin Vélez Vásquez.

Cultural, página 15



## LEA EN ESTA EDICIÓN

Las especializaciones médicas. ¿Subempleo?

PÁGINA 6

Megaproyectos vs supervivencia cultural

PÁGINA 12

Preocupante desnutrición en Bogotá.

PÁGINA 9

El ganador del Crucipulso

PÁGINA 14

Editorial. La salud de Fidusalud

«No es extraño ver en las clínicas y hospitales cómo después de ser respondida una glosa, se les retorna la misma cuenta, pero con una nueva, totalmente diferente; tampoco es raro escuchar quejas sobre criterios cambiantes, para su beneficio, en la interpretación de normas y coberturas y sobre su posición obstinada de no aceptar el manejo de notas débito ni crédito. Nada es con Fidusalud»

PÁGINA 4



El Concejo de Medellín otorgó la condecoración Orquídea, mérito científico al Hospital Universitario San Vicente de Paúl y a la Universidad de Antioquia, por el trabajo adelantado en el Grupo de Trasplantes. Este es un reconocimiento público por la labor adelantada por la Unidad de Trasplantes que ha permitido prolongar la existencia de muchas personas, tanto del país como del extranjero. Recibió la condecoración el doctor Alvaro Velásquez Ospina.

## DEBATE

# Facturas de hasta un año son objetadas por la fiduciaria Fidusalud demora pagos a hospitales



*Por asuntos tan simples como gasas, jabón quirúrgico, la falta de un sello, se puede objetar una factura de millones de pesos, la misma que debe ser elaborada de nuevo, porque las notas crédito para estos casos no son válidas.*

Foto: Edwin Vélez Vásquez.

## Hospital Simón Bolívar de Bogotá Cuestionan pertinencia médica

El Hospital Simón Bolívar de Bogotá vive el drama de muchos centros hospitalarios del país. Según el gerente de la entidad, doctor Carlos Vicente Rada Escobar, Fidusalud se demora más de 90 días para objetar las cuentas, una vez han sido radicadas, incluso señala que se han encontrado facturas objetadas después de un año de haber sido radicadas. Entre las razones por las cuales glosan las facturas están: cuestionamiento de la pertinencia médica de ciertos procedimientos derivados de un accidente; ausencia de FUSOAT 01; certificado de atención médica, al respecto refieren inconsistencias entre el diagnóstico anotado y los ítems facturados, entre otros. A la fecha, Fidusalud adeuda al Hospital Simón Bolívar de Bogotá, por concepto de SOAT: 71'376.446 pesos y por Eventos Catastróficos 157'365.836 pesos.

## Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín Las I.P.S. son las afectadas

Las demoras en el pago de las facturas afectan directamente a los hospitales y clínicas del país. En el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, el asunto es claro. Fidusalud ha devuelto a esta entidad a octubre 15, el 62% de lo facturado, que corresponde a 1.933'000.000, de 3.105'000.000 facturados a septiembre 30, específicamente por glosas en las facturas.

Luego de varios análisis se considera que la causa principal de estos hechos es la diferencia que existe en la interpretación de la norma, porque los decretos y la ley que los regula, dejan muchos campos abiertos, que se prestan para cualquier tipo de interpretación. Son varios los problemas detectados en la institución, entre los que se destacan: el tiempo promedio para objetar las cuentas es de 91 días; las glosas corresponden a valores menores, como materiales de curación, por lo que se dejan de pagar facturas por varios millones y además no aceptan las notas crédito, por lo que se tienen que generar nuevas facturas y pueden objetar una misma factura varias veces, por causas diferentes. La facturación del Hospital es de alta calidad, pero se pueden cometer equivocaciones en cuestiones mínimas que no ameritan una glosa. Todas las facturas tienen los soportes que requieren como los certificados médicos y los informes de tránsito.

Por estas situaciones el Hospital ha tenido que ampliar su capacidad operativa, para atender las facturas objetadas por Fidusalud. Antes se cubría este tipo de demandas con un auxiliar, ahora debe contar con cuatro, con todos los costos operativos que esto implica para la institución.

## Hospital General de Medellín Claridad en las cuentas

A la fecha de elaboración de este artículo, Fidusalud debía al Hospital General de Medellín mil millones de pesos. Sin embargo, luego de una serie de viajes a Bogotá tanto el centro hospitalario como la fiduciaria establecieron un acta de compromiso, en la que dejaron claro la forma como deberían presentar las cuentas y confían que en los próximos días lleguen los pagos. Además, el Hospital General realizó ajustes en el software de facturación que permitirá tener mayor claridad en las cuentas que presentan, a disminuir el nivel de glosas y con esto facilitar el proceso de recolección y pago de cuentas.

El doctor Ricardo Betancur Posada, Director Científico del Hospital General, considera que el problema con las glosas se debe a que por una menor cantidad se puede glosar una factura de varios millones de pesos. «Esto se podría solucionar fácilmente con una nota crédito o una nota debito en este caso. Puede ser la tramitología que se produce al interior de la institución, para aclarar la cuenta con ellos. Pero una vez aclarada la cuenta, ellos comienzan a hacer los respectivos pagos, con una demora de 60 días luego de presentar la cuenta».

De igual manera, considera el doctor Ricardo Betancur Posada, que una de las fallas de Fidusalud es no contar con una oficina regional, que les permitiera a las I.P.S. presentar sus cuentas y tener un interlocutor mediato, que les agilizaría la comunicación.

Para el doctor Betancur las normas que regulan Fidusalud, «no tienen mucha precisión y dan lugar a la interpretación. Muchas de estas interpretaciones la gente se acomoda a ellos y es tal vez donde hay que hacer claridad. La norma debe tener unos pasos de obligatorio cumplimiento para todos, esto debe incluir tanto a la entidad prestadora de salud como a la entidad que nos está pagando».

**Hasta el momento del cierre la Asociación de Clínicas y Hospitales no tenía aún una posición sobre esta situación que se presenta entre Fidusalud y los centros hospitalarios del país.**

Mientras no exista una norma clara y precisa, las interpretaciones abundarán. Esto ha generado confusiones en los centros hospitalarios, que ven con preocupación cómo las cuentas pendientes crecen y los pagos no llegan. Es un deber de la fiduciaria orientar los hospitales en la presentación de las facturas.

## Hospital San Pedro de Pasto Cuentas superiores a un año

En el Hospital San Pedro de Pasto, Fidusalud, tiene deudas pendientes de hasta más de un año. En total, el centro reporta una deuda de 309'985.870, aunque figuran también consignaciones por 36'687.499 en el segundo semestre de 1998 y por 16'041.515 en el segundo de 1999. Sin embargo, estos dineros no se han descargado porque la consignación se hace por giros electrónicos y esto ha imposibilitado saber a que factura corresponde el valor cancelado. Para conocerlo, habría que viajar a Bogotá para recibir las explicaciones, pero el Hospital no cuenta con personal, ni con recursos para hacerlo, a juicio de la contadora de la entidad, Edna Figueroa. Las deudas con el San Pedro de Pasto son: a 30 días, 63'522.642; entre 31 y 90 días, 25'942.812; entre 91 y 180 días 60'107.052; entre 181 y 360 días, 151'202.115 y más de 361 días, 8'911.246.

## Hospital Universitario San Jorge de Pereira Aún deben plata del terremoto

El Hospital Universitario San Jorge de Pereira siente aún el no pago por la atención de las personas víctimas del terremoto del pasado 25 de enero. La mayoría de las cuentas enviadas por este concepto fueron glosadas, aunque «se habían comprometido a cancelar en un lapso corto de tiempo», según comunicó el gerente de la entidad, doctor Carlos Alberto Botero López.

De igual manera, el funcionario informó que Fidusalud demora un promedio de seis meses en objetar las facturas que se le envían e incluso ha objetado facturas de más de un año. Para el pago, se demoran en promedio un año, aunque aclara que pueden tener una cartera

morosa de hasta dos años. Entre las principales causas por las cuales devuelven o glosan las facturas están: la solicitud del certificado de atención médica para víctimas de accidentes de tránsito, cuando se trata de reingreso de pacientes, aunque esta información se haya enviado durante la primera atención; inconsistencias en el informe de policía, por no ser éste un funcionario del hospital diligencia autónomamente el informe y en general, no conoce los requisitos que tiene Fidusalud; cuando se facturan excedentes por encima de 500 salarios mínimos, el hospital envía copia de la factura hecha a la aseguradora que expidió el SOAT, pero en Fi-

dusalud sólo revisan el estado de la póliza y la devuelven por estar vigente, además, porque el paciente no aparece en el listado de víctimas de la catástrofe entregado por el Servicio Seccional de Salud.

El gerente del Hospital San Jorge aclara que «no existe información enviada por parte de Fidusalud o Servisoat acerca de la reglamentación o modificación de las normas de facturación y presentación de cuentas de accidentes de tránsito y eventos catastróficos». En la actualidad el Hospital adelanta capacitación con el personal sobre la normatividad y los formatos que requiere Fidusalud, y adecua el software de facturación.

Por Juan Carlos Ceballos S., periodista

**F**idusalud ha contribuido a aumentar el problema de iliquidez de los hospitales. Es deber de estos centros atender a los heridos que llegan por accidentes de tránsito, derrumbes, terremotos, explosión de bombas o víctimas de alguna toma guerrillera o paramilitar. Luego de prestar sus servicios de salud, viene el dolor de cabeza para los hospitales: enviar la facturación a Fidusalud - entidad encargada de administrar los recursos para cubrir este tipo de eventos- que presenta demoras en la tramitación de las cuentas y, por tanto, en el pago de las mismas.

A la fecha son miles de millones de pesos los que debe Fidusalud a los diferentes hospitales y clínicas en el país, por la subcuenta correspondiente a eventos catastróficos, accidentes de tránsito y víctimas de la violencia. Dineros que bien podrían aliviar en parte el problema de iliquidez. Entre las causas encontradas para que se dé este problema están: la libre interpretación de las normas que rigen estos pagos: Decretos 2423 y 2426 del 96, la ley 418 del 97; las glosas que surgen como producto de lo anterior; el centralismo y la desinformación, que impiden un mejor acercamiento a cada caso particular que se presenta en las clínicas y hospitales; además de esto se evidencia la necesidad de contar con una reglamentación clara y precisa, que clarifique y fije unas normas válidas y ágiles para todos.

EL PULSO indagó con varios hospitales y clínicas del país sobre su situación particular con Fidusalud. En la mayoría de los casos el retraso en el pago es evidente. Algunos de estos centros han optado por buscar un acercamiento y establecer actas de compromisos entre las partes, con lo cual esperan lograr el pago de las deudas. Sin embargo, la situación amerita soluciones de fondo.

## Hospital Universitario de Cartagena Objeciones de forma, no de contenido

Para el gerente del Hospital Universitario de Cartagena, doctor Luis Pérez Payares, «las objeciones hechas por Fidusalud a nuestras facturas son más de forma que de contenido». El funcionario cree además que esto tiene como objetivo demorar en el pago de las facturas. A septiembre de 1999 Fidusalud tiene un saldo con este centro de 414'630.028 pesos.

Entre las causales de glosa a este hospital figuran: facturas presentadas por el valor exacto, no aceptan notas débito ni crédito, por lo que hacen devolución total del valor de la misma; la aplicación del decreto 2423, con ajuste a la centena haciendo devolución total de lo facturado; consulta prequirúrgica o preanestésica en paciente de urgencias; atención diaria intrahospitalaria por el especialista en pacientes hospitalizados con más de quince días de estancia; la falta de sello en el formato Fusoat 2, entre otras.



Los niños con Síndrome de Down pueden lograr, con el apoyo de su familia, capacidad plena de lectura, escritura y el desarrollo de una carrera útil en sociedad. Así lo demuestran los casos de tres jóvenes israelíes con el Síndrome. Dos de ellos violinistas de altas calificaciones, ofrecieron un concierto al cabo del cual fue hecho el anuncio por el Director del Centro Príncipe de Asturias, Juan Perela, en las islas Baleares. Otro caso de capacidad excepcional presentado, fue el de un joven con Síndrome de Down, próximo a graduarse como Profesor Universitario.

## DEBATE

# “La mayoría de reclamaciones no se ajustan a la Ley”

*Dr. Jorge Maichel.*

Fidusalud y la Dirección General de Gestión Financiera del Ministerio de Salud, dirigida por el doctor Jorge Maichel, responden en entrevista concedida a EL PULSO, múltiples cuestionamientos que se hacen a su labor.

Por Ana C. Ochoa, periodista

**D**e acuerdo con lo establecido en el artículo 218 de la Ley 100 de 1993 y en el artículo 1 del Decreto 1283 de 1996, el FOSYGA debe ser manejado por Encargo Fiduciario. En consecuencia, el Ministerio de Salud abrió la Licitación Pública MS-01-97. Se seleccionó a Fidusalud, Consorcio Fiduciario que desde el 1 de julio de 1997, y por el término de dos años, administrará los recursos del FOSYGA. El contrato fue prorrogado por ocho meses. El Consorcio Fiduciario Fidusalud está integrado por las sociedades Fiduciarias Fiducolumbia S.A. y Fiduciaria de Desarrollo Agropecuario S.A. Fiduagraria S.A.

### ENTREVISTA.

**EL PULSO:** *Varios entrevistados por EL PULSO afirman que existen demoras perjudiciales en el flujo de dineros hacia las instituciones prestadoras de servicios de salud. Dicen que se han incrementado las glosas de manera injustificada, que hay demora en la revisión de las reclamaciones hechas por las instituciones hospitalarias, que cada día se glosa por diferentes razones y que el equipo que revisa la facturación es inconsistente pues, dependiendo de quien revise, se encuentran o no inconvenientes.*

R: "Cada año, en la medida en que la gente ha venido conociendo la protección y apoyo que tiene para ellos el Fondo de Solidaridad y Garantía, aumenta el número de reclamaciones presentadas para la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito" (ver cuadro).

| Año   | Total Reclamaciones | Promedio Mensual | Incremento Porcentual |
|-------|---------------------|------------------|-----------------------|
| 1996  | 50.000              | 4.1467           |                       |
| 1997  | 68.414              | 5.701            | 36.8                  |
| 1998  | 95.529              | 7.961            | 45.5                  |
| 1999* | 111.315             | 10.600           | 16.5                  |

\*Incluye el período de enero-octubre

El incremento del número de reclamaciones presentadas durante 1997 frente a 1996 fue de 36.8%. En 1998 aumentó en un 45.5% y de lo que va corrido de 1999 con respecto al año anterior el aumento va en 16.5%., se espera que a finalizar 1.999, este porcentaje se incremente debido a que la mayoría de las IPS presentan las reclamaciones en los últimos meses del año. Cada una de estas reclamaciones requiere de un trámite normal que implica procesos operativos como: recepción de la correspondiente cuenta de cobro, digitación, scanner, asignación del número de radicación y, también, procesos de análisis en aspectos jurídicos, médicos y económicos, con el propósito de determinar si cada una cumple con los requisitos legales definidos. Cuando la reclamación ha cumplido con todos los parámetros legales vigentes establecidos (decretos 1283 y 2423 de 1996 y las resoluciones 13049 de 1991 y 1591 de 1995), Fidusalud envía el paquete de reclamaciones al Ministerio de Salud, para que ordene el gasto y se autorice el pago. El giro y consignación de los dineros se hace a través de la cuenta corriente de la IPS o si se trata de personas naturales se consigna en el Banco Agrario a nombre del beneficiario. Todo este proceso tarda en promedio 30 días. Cuando las reclamaciones no han cumplido con los requisitos legales establecidos, se devuelven para que se complete la documentación requerida y, una vez recibidas nuevamente en Fidusalud, deben reiniciar el trámite. De 111.315 reclamaciones que se han recibido en el año, 36.293, equivalentes al 32.6%, se han devuelto por no cumplir con los requisitos legales.

No es cierto que se incrementen glosas injustificadamente. Las únicas glosas que se tienen en cuenta son las que determinan los decretos 1283 y 2423 de 1996 y las resoluciones 13049 de 1991 y 1591 de 1995 y no se varían a capricho.

Es importante anotar que debido al incremento en el volumen de reclamaciones recibidas en el Consorcio, durante el mes de julio se presentó un «cuello de botella» en el proceso de revisión que

así como asesoría a las IPS en la presentación de las cuentas y en la normatividad vigente".

**P/ Sobre el tema de la normatividad, la interpretación de leyes y decretos es múltiple. Es el caso del artículo 42 del decreto 1283 referido al pago de anticipos en caso de devolución de la reclamación. Este establece términos claros de tiempos y porcentajes de los pagos, pero la queja es que ustedes no los cumplen argumentando, por ejemplo, que el Decreto hace referencia a Compañías de Seguros y que ustedes no lo son.**

R/ "Precisamente, quien expide la norma es quien conoce el sentido de su expedición y por consiguiente tiene la única interpretación válida. El artículo 42 del Decreto 1283 de 1996 hace referencia únicamente a las Compañías Aseguradoras. La normatividad que rige al FOSYGA y al Administrador Fiduciario no señala el tiempo para adelantar la revisión y pago de las reclamaciones presentadas a la subcuenta ECAT.

El administrador fiduciario debe cumplir con la obligación de administrar recursos públicos con destinación específica, sometidos a una especial reglamentación médica, económica y jurídica que, como se explicó anteriormente, significa un proceso complejo de operación.

Actualmente, la mayoría de devoluciones se presentan porque las reclamaciones no se ajustan a requisitos de ley como son la presentación del certificado de atención médica, la aplicación del manual tarifario (Decreto 2423 de 1996) y el diligenciamiento completo de los formularios de reclamación. Es por ello que el Ministerio solicitó hace un mes al administrador fiduciario establecer los correctivos para devolver de manera inmediata las reclamaciones que no cumplan requisitos para facilitar su proceso de ajuste y la nueva presentación por parte de las IPS".

**P/ Otro caso de múltiple interpretación de la normatividad está relacionado con las víctimas de eventos catastróficos que tienen derecho a atención. La Ley 418 hace mención de víctimas de atentados terroristas, masacres, combates y ataques. El Decreto sólo hace referencia a víctimas de «eventos terroristas ocasionados por bombas o artefactos explosivos».**

**Algunas fuentes consultadas por EL PULSO, dicen que sólo se está respondiendo por lo que refiere el Decreto y no la Ley. ¿Qué pasa con la gente que queda por fuera?**

R/ "Efectivamente, en las siguientes normas: artículo 167 de la Ley 100 de 1999; artículos 30 y 32 del Decreto 1283 de 1996; artículos 15 y 19 de la Ley 418 de 1997; hay diferencias en las definiciones sobre lo que se considera «víctimas» con derecho a ser cubiertas por la subcuenta ECAT del FOSYGA. Por ello, en la Ley 508 de julio de 1999 o Plan Nacional de Desarrollo «Cambio para Construir la Paz», se estableció en el artículo 31 que para efectos de la ejecución de los recursos de la subcuenta ECAT, se entenderán como eventos terroristas los que se

susciten en el marco del conflicto armado interno que afecten a la población civil, y los que se relacionan con atentados terroristas, combates ataques y masacres. Con base en esta definición el FOSYGA atiende las reclamaciones presentadas por este concepto a partir de la fecha de vigencia de la mencionada Ley.

Precisamente, previendo que ninguna persona se quedara por fuera de la atención en este tipo de eventos, es que cada una de estas normas contemplan cubrir las diversas particularidades que se presentan.

Así por ejemplo, con el Decreto 1283 de 1996 (artículo 30, literal B y artículo 32) se cubre a las víctimas de eventos terroristas ocasionados por bombas o artefactos explosivos que provocan pánico a una comunidad y daño físico a las personas y a los bienes materiales. Las personas afectadas, tienen derecho a recibir todos los servicios de salud destinados a lograr su estabilización, así como al tratamiento de las enfermedades

resultantes de manera directa por el evento terrorista, catastrófico o accidente de tránsito y a la rehabilitación de las secuelas producidas. Por su parte, con la Ley 418 de 1997 (en un ámbito un poco más amplio) se cubre a las personas que sufren perjuicios en su vida, grave deterioro en su integridad personal y/o bienes, por actos ocurridos en el marco del conflicto armado interno, como atentados terroristas, combates, ataques y masacres, entre otros. Esta norma establece la obligatoriedad a todas las instituciones prestadoras de servicios de salud de atender de manera inmediata a las víctimas de los atentados terroristas que lo requieran, independientemente de la capacidad de pago de la víctima y sin exigir condición previa para su admisión. Toda esta atención es garantizada por la Red de Solidaridad Social.

Así mismo, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, mediante Acuerdo 64 de 1998, al definir las prioridades para la asignación de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad provenientes del impuesto social a las armas, señaló que éstos se destinarán a financiar la atención de eventos de trauma mayor ocasionados por violencia a la población vinculada al sistema, y a los afiliados al régimen subsidiado, en los eventos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.

En consecuencia, con esta normatividad no hay lugar a que ninguna persona que resulte víctima de dichos eventos quede por fuera y por tanto no se le garantice la atención en las instituciones prestadoras de servicios de salud".



Se están distribuyendo a todas las IPS del país, guías para el trámite de reclamaciones por eventos catastróficos y por accidentes de tránsito. Foto Edwin Vélez Vásquez

Continúa en la página 5

## EDITORIAL

## La salud de Fidusalud

No obstante el corte típicamente económico que tiene la Ley 100, todos queremos comprender que su aspecto operativo explicado en el Sistema de Seguridad Social que fue definido como el conjunto de normas, disposiciones, procedimientos y entidades, está en función del hombre, de su bienestar, de su salud. Hay que creer además que no fue por la economía en sí misma, sino por el ser humano que se hizo en 1993 esta ley, máxime si compartimos que el verdadero y más elevado sentido de la economía es girar alrededor del hombre, y que en consecuencia su accionar y sus fines son esencialmente éticos.

Sin embargo, está en el ambiente algo que consideramos grave y que se desprende de una interpretación individualista de la Ley 100, desdibujando en ella la intención de propiciar oportunidades de bienestar para los enfermos y es el caso de la administración de los recursos, particularmente los del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, y más específicamente los de la cuenta del FONSAT, que en manos de FIDUSALUD, CONSORCIO FIDUCIARIO conformado por Fiducolombia S.A y Fiduaría S.A., se ha venido dando a aquellos que están bajo su custodia. Este consorcio parece no comprender ni interesarle el propósito general del sistema de seguridad social como lo entendimos arriba. Por el contrario, se le ve exclusivamente en función de sus propios intereses y nada parece obligarle de manera diferente, con el consentimiento o al menos la vista gorda de la Supersalud y del mismo ministerio del ramo.

El decreto 723 de 1997, que fija los plazos para hacer glosas y determina porcentajes para abonar a las cuentas glosadas, no es con él, como tampoco lo es el artículo 42 del decreto 1283 del 96 (anticipo del 60% sobre lo rechazado y 15 días para objetar cuentas, entre otras).

Las cuentas que le son presentadas permanecen eternamente en arrumes, para posteriormente ser glosadas y regresadas con todo desparpajo. No es extraño ver en las clínicas y hospita-

tales cómo después de ser respondida una glosa, se les retorna la misma cuenta, pero con una nueva, totalmente diferente; tampoco es raro escuchar quejas sobre criterios cambiantes, para su beneficio, en la interpretación de normas y coberturas y sobre su posición obstinada de no aceptar el manejo de notas débito ni crédito. Nada es con Fidusalud. Se la ve sólo en la tónica de dilatar y negar, mientras quien prestó el servicio y se apersonó del paciente, es castigado con objeciones, glosas, trámites, desacuerdos, papeleo, y entre tanto su dinero pierde valor y el de ellos lo va ganando en la misma o mayor proporción.

Cada vez resulta más evidente que por el patrón de la Ley 100 en su aspecto económico, se conceda tratamiento especial a quien maneja dinero, como en este caso, y se propicie de manera clara la oportunidad de ejercer posiciones dominantes, repelentes y dilatorias.

La administración de los dineros del FOSYGA es, sin duda, un buen negocio que además viene siendo mejorado por las acciones y las omisiones de quienes los administran, porque ¿a quién beneficia un dinero que mientras se cancelan las deudas está a interés, frente a unos acreedores a los cuales no se les paga ninguno por mora? Es un gran negocio y éste, como otros grandes negocios que lo prometen todo, intentó hacer creer que con él sí nos iría bien a todos, que se pagaría oportunamente, con justicia y agilidad. Es común que se crea y se haga creer que quien obtiene utilidades es eficiente y presta un buen servicio; pero no siempre es así.

Este tipo de privatización no permite, de ninguna manera, revertir al sistema los beneficios que se derivan de la operación y manejo de esos dineros. El propósito redistributivo pretendido por la ley y manifestado en el principio de solidaridad, no se logrará nunca por esta vía, la de la privatización protegida y menos con este método, el de manejo de dineros públicos por parte de intereses particulares que en vez de primar sobre el bien común, lo castigan.

## Cartas a la Dirección



Medellín, 21 de octubre de 1999

Señores  
Periódico El Pulso

Los abajo firmantes, integrantes de la Junta Directiva de la Asociación Antioqueña de Oftalmología, ya estamos cansados de oír quejas sobre la situación y quisiéramos aportar más bien hechos positivos, pero lamentablemente esta carta tampoco es positiva. Tal vez lo sea tanto cuanto sirva para abrir los ojos de la comunidad, que pasivamente es testigo de muchos problemas de la salud y no tiene una información adecuada al respecto. Sin más preámbulos, se trata de lo siguiente: los médicos, ya es sabido, estamos siendo vaporeados por multitud de factores, y a pesar de nuestra buena voluntad se está ya llenando la copa. La remuneración que estamos recibiendo no es proporcional a los grandes esfuerzos realizados para llegar a la posición profesional lograda. Y los especialistas oftalmólogos, debemos invertir una buena cantidad de dinero para dotar nuestros consultorios, y tristemente estamos siendo forzados a

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

Dirección: Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Calle 64 con carrera 51D. Medellín Colombia. E-mail: elpulso@elhospital.org.co

cobrar tarifas muchas veces iguales a las de oficinas que se aprenden en un año o menos. Pero el colmo de esta situación acaba de producirse, cuando nos llega una propuesta de una entidad de medicina prepagada, que avisa que ha implementado un plan muy económico para los pacientes, pero que para poderlo costear tenemos que mandarles una carta aceptando que nuestros ingresos se rebajen un 30% con respecto a los que hasta ahora se nos venían reconociendo. Salta a la vista el colmo de la injusticia de esta propuesta, y lo malo es que está tan grave la situación que muchos, sobre todo los jóvenes, ante el cúmulo de deudas y obligaciones, se vean obligados a aceptar por temor a perder la poca clientela, o a quedar por fuera de la lista de los adscritos.

Atentamente,  
**DR. FRANCISCO UMAÑA**  
**DRA. LUZ ELENA OSORIO**  
**DR. KEVIN ARANGO**  
**DR. JUAN PABLO GARCÉS**  
**DR. JORGE BAHAMÓN**  
**DR. SANTIAGO ARANGO**

Medellín, 5 de noviembre de 1999

Señores  
PERIODICO EL PULSO  
Ciudad

Apreciados señores:

Soy asiduo lector de su periódico, desde que salió a la luz pública hace un año. Me interesa sobremanera esta nueva publicación, no sólo por la cultura general sino porque consulta diversos e interesantes aspectos sobre Salud, Seguridad Social y Medicina, los cuales están relacionados con mi actividad de Asesor de Seguros.

Los felicito de verdad por este sensible aporte social que hacen a la comunidad y al cada vez más escaso, periodismo serio de nuestro país.

Cordialmente,

**OCIEL HUGO LONDOÑO GÓMEZ**  
Asesor de Seguros

## Siglo XX, población y medicina

Por Gabriel Poveda Ramos. I.Q.

Pocas personas son conscientes de que, en la sociedad colombiana, los cambios más profundos, más universales y más complejos que han ocurrido han sido los de su colosal transformación demográfica. En octubre de 1899 (hace 100 años exactos), el país albergaba unas 3.785.000 almas (el último censo había sido hecho en 1870). Hoy, en 1999, la población nacional es casi exactamente de 41.875.000 personas. Hemos crecido once veces en número. Y seguimos creciendo a razón de dos habitantes adicionales cada año y por cada cien existentes.

En 1905 el excelente presidente Rafael Reyes Prieto ordenó censar la población, por primera vez en este siglo. Halló 4.144.000 colombianos. La natalidad porcentual era altísima pero la mortalidad también. Por eso el crecimiento natural de la población era bajo: alrededor de 2.2% al año. Luego, en 1912, Carlos E. Restrepo Restrepo en la presidencia, hizo un nuevo censo. Encontró 5.072.000 vivientes. Marco Fidel Suárez censó 5.855.000, en 1918. Diez años después, los empadronadores de Miguel Abadía Méndez en 1925 enumeraron a 7.851.000 almas. El gran presidente Alfonso López Pumarejo, en 1938, ordenó el censo siguiente, que encontró 8.701.000 personas.

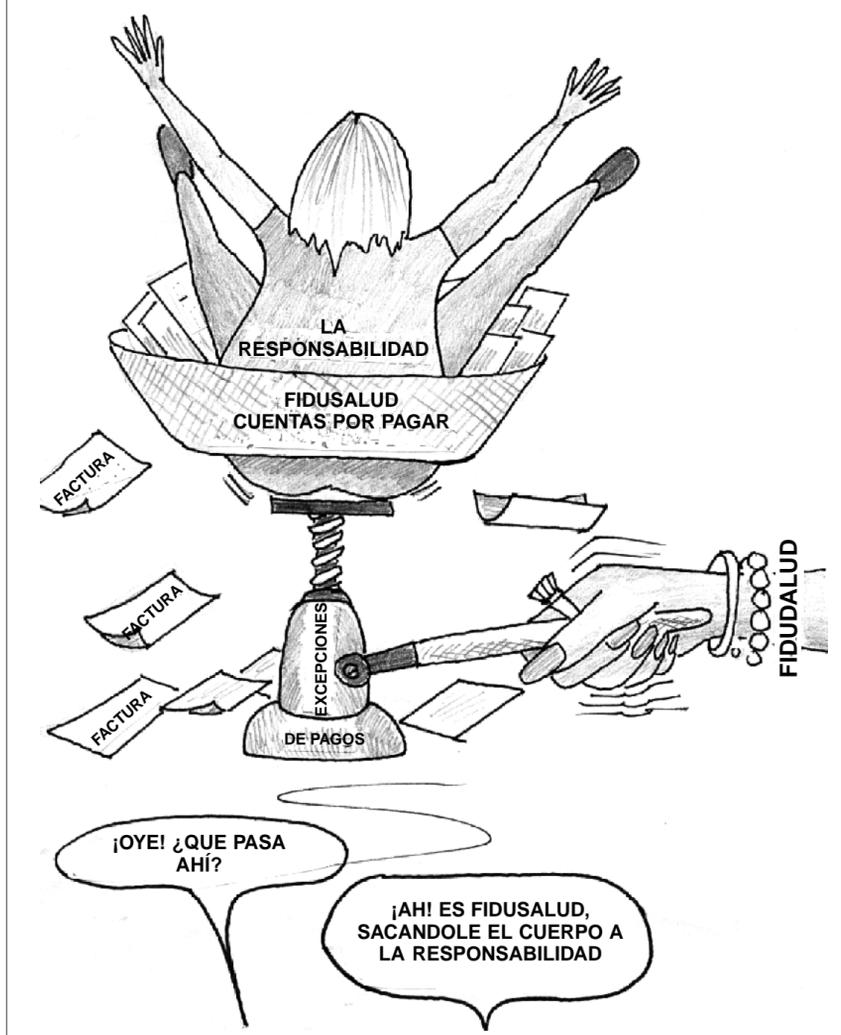
En 1951 presidía Laureano Gómez Castro. Su censo en ese año contó ya 11.548.000 habitantes. Y los demógrafos comenzaron a notar que las tasas de natalidad eran iguales a las de comienzos de siglo, pero que las de mortalidad estaban bajando con rapidez por los avances médicos surgidos entonces contra las peores endemias y epidemias de la época. Así, desde ese momento, durante quince años, las tasas de crecimiento natural

de la población aumentaron y aumentaron. A mediados de los sesenta llegaron al nivel alarmante de 3.5% anual. Lo comprobó el censo de 1964 (bajo Guillermo León Valencia), el que halló 17.485.000 personas.

Entonces se desencadenaron, por presiones del extranjero y del interior del país, intensas campañas para reducir la natalidad. Hubo protestas, agrios debates, pugnas religiosas, conflictos intrafamiliares, y hasta el Papa Pablo VI intervino (Encíclica Humanae Vitae, 1968). Pero las campañas fueron efectivas: a mediados de los setenta, las tasas de aumento poblacional volvieron al nivel del 2%. En 1973 Misael Pastrana Borrero presidió el censo que identificó 20.667.000 almas. Doce años después (1985) Belisario Betancur Cuartas hizo censar a sus 27.853.000 súbditos. Y en 1993 César Gaviria Trujillo ordenó otro censo. Quedó mal hecho. Hubo que recalcularlo todo. Tres años después de realizarlo, se supo que en dicha fecha había 37.423.000 habitantes; y que en marzo de 1997 se llegaría a la cifra precisa de 40.000.000 de personas. La natalidad ya había mermado a casi 2.8% anual y la mortalidad a 0.8%.

Mientras tanto, la esperanza de vida de cada colombiano al nacer, que a mediados del siglo apenas era de unos 50 años de duración, hoy ha subido a 70 años, gracias a la mejor nutrición, a más agua potable, a los antibióticos, a la cloroquina, al suero oral, a las vacunas (como la de viruela, que ya erradicó este mal, inclusive a nivel mundial), a los rayos X, y al gran aumento de los médicos en número, en saberes y en técnicas. Dios y Esculapio guarden a los discípulos de Hipócrates, Galeno, Celso y Lister en nuestra patria. Ellos nos han dado enormes y maravillosos servicios a los habitantes de este país en este siglo que se está acabando, mientras aumentamos once veces.

## HUMOR





La Clínica Universitaria de la U.P.B. en Medellín, puso al servicio de toda la comunidad un moderno tomógrafo, que permitirá mejorar la calidad en la evaluación diagnóstica a las personas que requieran de este tipo de exámenes, utilizando una de las más altas tecnologías en tomografía computarizada.

## DEBATE

FIDUSALUD y la Dirección General de Gestión Financiera del Ministerio, con la vocería de su director Jorge Maichel, responden a los cuestionamientos hechos a su labor. Continuación de la entrevista de la página 3.

Por Ana C. Ochoa, periodista

**P/ Se presentan confusiones también con el material de curación. Para ustedes muchos de los elementos están incluidos en la llamada «estancia», mientras que para las instituciones no.**

R/ "El Manual Tarifario definido mediante decreto 2423 de 1996 es claro en señalar, en su artículo 40, que el material de curación está incluido en la estancia, por tanto no puede haber lugar a confusión, en razón a que con base en esa norma deben regirse las instituciones prestadoras de servicios de salud en estos casos".

**P/ El Manual Tarifario es factor de controversia. Se ha hablado de revisión. ¿Cómo va?**

R/ "En el momento, el proyecto del manual tarifario está en revisión por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Este proyecto lo elaboró el Ministerio de Salud luego de un proceso de discusión y concertación con la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales, el Seguro Social, la Asociación Médica Colombiana, y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas".

**P/ Frente a la confusión general, argumentada por todos, se esperaría mayor efectividad del Ministerio para responder a las consultas que se le hacen. Hay falta de oportunidad de sus respuestas.**

R/ "En lo relacionado con los requerimientos a la Dirección General de Gestión Financiera se procura brindar la información oportunamente, de acuerdo con la normatividad vigente, así como la agilización del trámite de las solicitudes enviadas por las diferentes IPS del país. Para lograr una mayor efectividad en el trámite de las reclamaciones ante el FOSYGA, el Ministerio de Salud está ejecutando un plan de trabajo que contempla:

- La definición del Formato Único de Facturación de la Prestación de Servicios de Salud con el propósito de evitar inconsistencias, agilizar el proceso de revisión y trámite, fortalecer la operación integral y garantizar el pago oportuno a los beneficiarios.

- La modificación y ajuste del Decreto 1283 de 1996 en los términos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo.

- Revisión de procedimientos operativos implementados en el Consorcio para el trámite de reclamaciones con el propósito de racionalizar los tiempos empleados.

- Se está replanteando el sistema utilizado por FIDUSALUD para la devolución de la facturación no aprobada.

# Plan de Minsalud para mejorar trámites



Minsalud dice que habrá revisión de los procedimientos operativos del Consorcio para el trámite de reclamaciones, con el propósito de racionalizar los tiempos empleados.

Foto  
Edwin Vélez Vásquez

- Se brinda asistencia técnica a las IPS que presentan mayor número de devoluciones para mejorar su proceso de facturación.

- Se están programando seminarios de capacitación para aquellas Instituciones que presentan un mayor volumen de facturación.

- Se están distribuyendo a todas las IPS del país, guías para el trámite de reclamaciones por eventos catastróficos y por accidentes de tránsito".

**P/ Muchos entrevistados afirman que existen diferencias en los requisitos exigidos por ustedes a unos hospitales y los exigidos a otros. Se critica esta variabilidad.**

R/ "Esas apreciaciones no son ciertas, los requisitos que se exigen están establecidos en la normatividad vigente que, como se mencionó antes, corresponden a los contenidos en los decretos 1283 y 2423 de 1996 y las resoluciones 13049 de 1991 y 1591 de 1995, y no se cambian por capricho".

**P/ ¿Qué presupuesto manejan?**

R/ "Presupuesto del FOSYGA  
Para la vigencia de 1999 el presupuesto del FOSYGA, asciende a \$1.134.204,9 millones distribuidos por subcuenta así":

| Millones de \$ |                        |
|----------------|------------------------|
| Subcuenta      | Apropiación definitiva |
| Compensación   | 425.975.6              |
| Solidaridad    | 500.119.8              |
| Promoción      | 74.711.0               |
| Ecat           | 133.398.5              |
| <b>TOTAL</b>   | <b>1.134.204.9</b>     |

De la asignación total correspondiente a la subcuenta de Seguro de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito - ECAT- \$83.229.6 millones se destinan al pago de los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas distribuidos así:

| Millones de \$                                |                        |
|---|------------------------|
| Concepto                                      | Apropiación definitiva |
| Reclamaciones Víctimas de Accidentes Tránsito | 40.375.9               |
| Reclamaciones Víctimas Acciones Terroristas   | 1.679.4                |
| Reclamaciones Víctimas Catástrofes Naturales  | 16.143.4               |
| Reaseguro Reserva Especial:                   |                        |
| Excedentes Víctimas                           |                        |
| Atentados y Catástrofes                       | 12.200.0               |
| Ajuste  | 12.830.9               |
| <b>TOTAL</b>                                  | <b>83.229.6</b>        |

## Lo que viene

Para lograr una mayor efectividad en el trámite de las reclamaciones, el Ministerio de Salud afirma está ejecutando un plan de trabajo que contempla:

- La definición del Formato Único de Facturación de la Prestación de Servicios de Salud con el propósito de evitar inconsistencias, agilizar el proceso de revisión y trámite, fortalecer la operación integral y garantizar el pago oportuno a los beneficiarios
- La modificación y ajuste del Decreto 1283 de 1996 en los términos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo.
- Revisión de procedimientos operativos implementados en el Consorcio para el trámite de reclamaciones con el propósito de racionalizar los tiempos empleados.
- Se están replanteando el sistema utilizado por Fidusalud para la devolución de la facturación no aprobada.
- Se brinda asistencia técnica a las IPS que presentan mayor número de devoluciones para mejorar su proceso de facturación.
- Se están programando seminarios de capacitación para aquellas Instituciones que presentan un mayor volumen de facturación.
- Se está distribuyendo a todas las IPS del país, guías para el trámite de reclamaciones por eventos catastróficos y por accidentes de tránsito.

## A Fidusalud no lo rige nada

Por Juan Guillermo Gómez Jaramillo  
Contador Hospital Universitario San Vicente de Paúl

El sector de la salud, al igual que los demás sectores, debe acogerse a la normatividad vigente al establecer sus relaciones comerciales, que en la mayoría de las veces están soportadas en la facturación. Además de ser un mecanismo de control para la evasión de impuestos, la factura de venta es un documento que garantiza la recuperación de los recursos según lo contemplado en las normas comerciales.

Las Instituciones prestadoras de servicios de salud actualmente cumplen con todas las reglamentaciones vigentes en materia de facturación; no obstante, en muchas de las transacciones realizadas, el cumplimiento de las normas es en una sola vía, como es el caso de la presentación de cuentas al consorcio fiduciario FIDUSALUD, que sostiene no estar regidos bajo ninguna legislación en el tema, lo que ocasiona a la I.P.S. trabas y dificultades administrativas debido a la constan-

te devolución de cuentas (glosas), lo cual tienen las siguientes connotaciones:

- Se presenta extemporaneidad para objetar las cuentas presentadas, con un promedio de tres meses, generando distorsión en la información financiera de las I.P.S., así como desconocer el principio de causación consagrado en el artículo 48 del decreto 2649 de 1993, que establece el reconocimiento de los hechos económicos en el periodo en el cual se realicen, además de no sujetarse a lo estipulado por los decretos 1283 de 1996 y 723 de 1997.

- Glosas parciales de cuentas que generan la devolución total de la factura presentada, con lo cual se ignora la práctica comercial de corrección por intermedio de notas crédito, de amplia aceptación en el medio y reconocidas por las normas contables y fiscales, lo que conlleva para las I.P.S. dispendiosos procesos de refacturación.

Con situaciones como éstas es muy difícil que las I.P.S. en estos aspectos tengan un manejo administrativo eficaz y eficiente, y por supuesto resultan afectados los pacientes, que son la razón de ser de la organización.

Debido al incremento de reclamaciones recibidas en el Consorcio, durante el mes de julio se presentó un «cuello de botella» en el proceso de revisión que se reflejó en un aumento en los tiempos de revisión y obligó a adoptar medidas para la racionalización del trámite.



El Municipio de Medellín y Metrosalud firmaron un convenio por cerca de 12.081 millones de pesos, con el que se pretende subsidiar un gran porcentaje de la atención básica en salud, de la que se beneficiarán las personas de los estratos bajos, de acuerdo con la clasificación realizada por el SISBEN. A los del nivel I se les subsidiará el 95%, el nivel II el 90% y el nivel III el 70%. Se pretende con este convenio beneficiar alrededor de 700 mil habitantes de la capital antioqueña.

## Los especialistas del sector de la salud ¿Subempleados?

Es un asunto del que muchos saben pero pocos hablan, dijeron a EL PULSO numerosos médicos especialistas. Esta vez, manifestaron la necesidad de revisar las condiciones en que están siendo contratados por sus colegas.

Por Ana C. Ochoa, periodista

De manera recurrente se han recibido en EL PULSO, manifestaciones de preocupación por parte de médicos especialistas en diferentes áreas. La razón de la inquietud: El subempleo detectado en las cooperativas y sociedades de especialistas, que trabajan con las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud de la ciudad. Como se sabe, cirujanos, ginecobstetras, radiólogos, oftalmólogos, ortopedistas, neurocirujanos y muchos más, se asociaron por especialidades y hoy prestan servicios en diferentes entidades. Según el director de una de ellas, Soán, el oftalmólogo Diego Vásquez, «muchos profesionales de estas cooperativas trabajan, a la vez, con varias instituciones, pero a algunos les es imposible cubrir la totalidad de sus compromisos. Es entonces cuando ellos mismos sub-

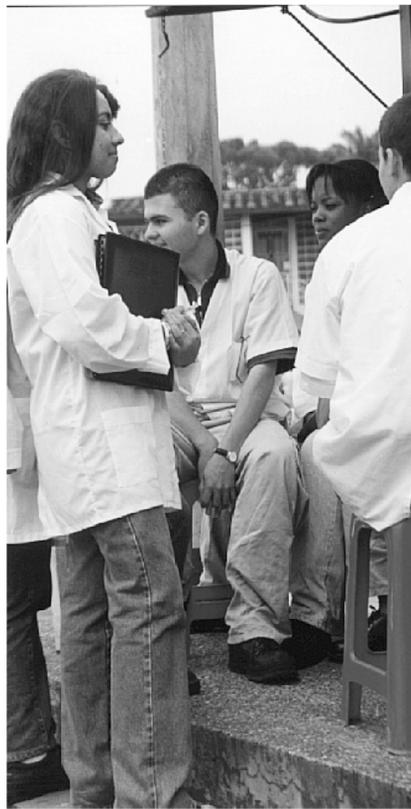
contratan colegas. Pero no siempre lo hacen en condiciones justas, equitativas. Hay casos alarmantes. Los hospitales no deberían coonestar con estas prácticas».

### DEBATE URGENTE

Aunque la discusión no es sólo de carácter económico -tema que a propósito está enredado por todas sus puntas- sino de racionalización general de la prestación de los servicios para beneficio de los pacientes, sí es preciso señalar que el 80% de los entrevistados aseguró conocer «casos en los que cooperativas pequeñas, de siete u ocho médicos, pagan sueldos de novecientos mil pesos al mes, a especialistas no asociados, subcontratados, que realizan diariamente intervenciones de altísima complejidad y considerables costos. Sería comprensible que existieran márgenes muy amplios entre las ganancias de asociados y contratados, si los miembros de la cooperativa hicieran inversión, pero los hospitales les dan todo». Y no es igualdad lo que se pide, dicen, «sabemos que las cooperativas tienen también sus salidas, pero simplemente es sano recibir un tratamiento más razonable, que no agudice el desmoronamiento ético que, en muchas circunstancias y con muchos actores, está generando suficiente descontento». Insisten en que no puede estar desueta la ética médica, que establece, incluso por ley, que «la lealtad y la consideración mutuas, constituyen el fundamento esencial de las relaciones entre los médicos».

### PARA PENSAR

«Los hospitales no deben ser indiferentes frente a estas prácticas que se están incrementando, a lo mejor sin que ellos lo sepan», dice el doctor



«El fenómeno de la subcontratación está en mora de ser analizado por las instituciones, ellas deben saber quién entra a trabajar a sus instalaciones, en qué condiciones, en qué condiciones se le contrata...lo peor que puede pasarles es que la prestación de los servicios les genere problemas adicionales a los de por sí agobiantes, que existen en todo el sector».

Foto Edwin Vélez Vásquez.

Fernando Vásquez, de Solsalud, cooperativa de radiólogos integrada por 32 profesionales. «Nuestra cooperativa es muy correcta con esto. Los informes pueden consultarse con la directora. Los estatutos permiten subcontratación pero con las mismas reglas del juego para todos. Lo mínimo que se pide es que los hospitales y clínicas, no permitan situaciones irregulares en las cooperativas con las que tengan contrato. A ellos tam-

co les conviene tener gente descontenta y que a veces ni siquiera conocen. Eso repercute en el servicio». Una de las 20 fuentes de información utilizadas para la elaboración de este artículo pidió reserva de su nombre por temor a verse afectada y coincidió en afirmar que «el fenómeno de la subcontratación está en mora de ser analizado por las instituciones, ellas deben saber quién entra a trabajar a sus instalaciones, en qué condiciones se le contrata...lo peor que puede pasarles es que la prestación de los servicios les genere problemas adicionales a los de por sí agobiantes, que existen en todo el sector».

### MODALIDADES

Las cooperativas y otras modalidades semejantes han ganado terreno, a pesar de la controversia que generan en algunos sectores. De acuerdo con un informe del Ministerio de Salud, «cerca del 40% de los médicos generales y especialistas entrevistados para un estudio, no tienen relación laboral formal y predominan las modalidades de contratación por prestación de servicios y de adscripción». En medio de todo esto, existe un debate pendiente, que es «urgente», dicen los médicos, porque «compromete la supervivencia»: Es el de la conveniencia, o no, del pago por horas o por eventos. En otros ámbitos ocurren casos polémicos como el de Fundacáncer, que cambió recientemente del pago por tiempos al pago por eventos, pues en opinión de su director Luis Fernando Chaín, es más justo con el trabajo del profesional. «Es imposible que le paguen a uno 15 o 20 mil pesos por hora de cirugía. Conviene más el pago según la intervención», dice un especialista del Hospital General. Otros, como el radiólogo Fernando Vásquez, opinan que «la mejor forma para trabajar es a través de un ingreso fijo, digno. El pago por evento es un incentivo perverso. No faltan aquellos que quieren hacer los procedimientos mayores y aumentar el volumen de actividades para obtener más ingresos. Muchas veces sin importar el paciente». Igualmente consideraciones hace el Dr. Diego Vásquez al enfatizar que en Soán se hace una «valoración justa de la hora y, por consiguiente, una distribución equitativa de los ingresos. Pueden revisar nuestros libros. A lo mejor surja una alternativa mejor. No estoy diciendo que tenga yo la verdad absoluta», insiste.

Y es que, a propósito de lo que afirma el especialista, «la verdad única, absoluta, murió anoche a las 11 en punto», como dijo Barba Jacob citando a no sé quién. Cada uno tiene su historia. Es deber del periodismo tenerla en cuenta.

## AVISO CADUCEO

## ¿Será Posible?

Por Juan Carlos Giraldo Salinas  
Jefe de Contratación y Facturación Hospital  
Universitario San Vicente de Paúl

\*Sara Ochoa Villegas, afiliada a Coomeva EPS Régimen Subsidiado, ingresó al Hospital en malas condiciones generales por el servicio de Policlínica. La paciente presentaba deterioro de su estado con predominio de un cuadro clínico hepatobiliar. Desde el inicio se sospechó adicionalmente un cuadro neoplásico, el cual solo se evidenció luego de múltiples estudios y específicamente por la biopsia de un ganglio linfático que correspondía a una enfermedad de Hodgkin variedad depleción linfocitaria, que según la legislación actual, su pago corresponde a la administra-

dora del Régimen Subsidiado.

La factura es devuelta por los doctores W. D. Duque, y A Giraldo S., porque «el diagnóstico del linforma Hodgkin solo se realizó en la última semana de hospitalización...en ningún momento se demostró que la colelitiasis, colesistitis y posterior sepsis, fueran consecuencia directa de una neoplasia. La anotación realizada en el epicrisis donde se especula sobre el deterioro de la paciente debido al linforma, es una suposición no respaldada por las evidencias y datos consignados en la historia clínica. Por lo anterior Coomeva EPS sólo cubre los costos generados por la colelitiasis...»

\* Nombre ficticio

## Los “paganinis”

Según la ley 100 de 1993, todos los afiliados a la seguridad social tienen derecho a un Plan Obligatorio de Salud (POS) que comprende consulta externa y de urgencias, exámenes diagnósticos, hospitalización si se requiere, tratamiento médico o quirúrgico, rehabilitación de ser necesaria y entrega de medicamentos según acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Pues bien: cuatro años después ya se había establecido que casi todas las Empresas Promotoras de Salud (EPS), públicas y privadas, habían resuelto dilatar y en ocasiones negar servicios debidamente definidos por normas legales a sus afiliados. ¿El propósito? Contener sus costos y beneficiarse de los rendimientos de los recursos financieros, que reciben del Estado, de patronos y trabajadores.

Es fácil comprobar cómo a los hospitales públicos y privados llegan cada vez menos pacientes, a pesar del aumento de cobertura de la seguridad social, por causa de una tramposa contención de costos a cargo de los usuarios. Por si esto fuere poco, las EPS resolvieron, en su gran mayoría, gloriar las facturas por prestación de servicios en un porcentaje tal, que cada vez se vuelven más encarnizadas las batallas para recibir los pagos. Estos, una vez reconocidos, se cancelan tardíamente para aprovechar la devaluación o conciliar por valores menores. Las grandes perjudicadas son aquellas instituciones prestadoras de servicios (IPS), en crisis, e indirectamente los afiliados y beneficiarios.

Dentro de ese mismo jueguito, los carnés de afiliación de nuevos miembros se entregan, en el mejor de los casos, un mes después del pago de los aportes y el de antiguos usuarios se renueva dejando lapsos largos, con el fin de demorar los servicios. ¡Qué poco ética esta política de «ahorros» de las EPS que

induce a los pacientes a pagar consultas u hospitalizaciones con recursos propios, cuando los poseen, o a «dejarse morir» cuando no los tienen!

Lo más increíble es que el Gobierno, a pesar de conocer la gravedad de los hechos mencionados, no obliga a todos los actores del sistema a prestar los servicios de manera eficiente y oportuna en el tiempo y lugar, en defensa del derecho a la salud de los colombianos. Han sido muy pobres las campañas informativas para que la comunidad conozca de los servicios a los cuales tiene derechos, cómo y dónde solicitarlos, dónde quejarse cuando se los dilatan o niegan, y por qué se impide a los afiliados a llegar por Urgencias cuando no se requiere, solo para obligar el pago por parte de las EPS, así se congestionen inútilmente estas áreas y se encarezcan los costos.

Si el Ministerio y la Superintendencia de Salud son incapaces de cumplir sus funciones, los ciudadanos deberían apoyarse en la Defensoría del Pueblo o, mediante la tutela cuando tienen con qué pagar abogado, pedir a la Corte Constitucional que ordene perentoriamente el respeto en esta materia por los derechos individuales y también los colectivos.

Una población doblegada por la recesión, el desempleo y la corrupción; saturada por la carga tributaria y mayores aportes parafiscales -justamente para el prepago de su seguridad social-, no puede ser empujada a la desesperación cuando se le impide mediante triquiñuelas acceder a unos servicios de salud por los cuales está pagando. ¿Dónde están pues las funciones de control político del Congreso de la República? ¿Dónde los organismos de vigilancia? ¡Muy probablemente hablando de justicia y paz!

Tomado de la Editorial de El Tiempo del miércoles 24 de noviembre de 1999.



Sergio Carrillo, un niño colombiano de nueve años, sordo de nacimiento, fue nominado como representante de los niños con limitaciones en el Consejo Asesor de Niños y Jóvenes, ante el Ministerio de Cultura. El nuevo representante de los niños con discapacidades ante la Red Nacional de Organizaciones Culturales de la Infancia, anunció que su trabajo será el de incentivar a otros niños como él, a participar con proyectos en los procesos culturales.

## OBSERVATORIO

# Economía saludable para el nuevo milenio

Por Juan Miguel Gallego Acevedo  
Jairo Humberto Restrepo Zea  
Centro de Investigaciones Económicas  
Universidad de Antioquia

En esta versión de El Observatorio se presenta una síntesis de la reflexión que el grupo de economía de la salud ofrece en el marco del Congreso Internacional: «Salud para todos, desarrollo de políticas en salud pública para el siglo XXI», a celebrarse en la ciudad de Medellín entre el 6 y el 10 de diciembre de este año.

### ECONOMÍA Y SALUD AL FINAL DEL MILENIO

La salud se ha convertido en uno de los sectores sociales con mayor interés económico y político en todo el mundo, debido especialmente a las contribuciones sobre el bienestar y el crecimiento económico, así como a las necesidades que impone en materia de recursos y aumento de costos.

Aunque persisten desigualdades entre países, regiones y grupos de población específicos, se destaca un balance satisfactorio en el presente siglo cuando se le compara con tiempos anteriores. En los países industrializados la esperanza de vida al nacer alcanzó los 77 años en la presente década, y en América Latina y el Caribe esta cifra fue de 71 años en el mismo período. Para obtener mejoras en estos indicadores, cobra gran interés la reducción de su dispersión atendiendo a los grupos con resultados inferiores, y la introducción de tecnologías y prácticas que contribuyan a contener el gasto.

### LOS PRINCIPALES DESAFÍOS

El mejoramiento continuo en el estado de salud es el reflejo de diversos factores sociales, ambientales, culturales y tecnológicos, como también de los avances en la ciencia médica. No obstante, estos logros plantean la necesidad de enfrentar la transición generacional, la dinámica de la población en cuanto a nuevos hábitos y las migraciones, los efectos de la globalización sobre la industria farmacéutica y la tecnología médica, al igual que la crisis económica y el nuevo capítulo de reformas políticas y fiscales.

Los sistemas de salud, más específicamente en los países de América Latina y el Caribe, se enfrentan a patologías que están demandando, además de importantes recursos, políticas eficaces que impidan disminuir los estándares de salud antes alcanzados. En este sentido se pueden mencionar dos ejemplos: por un lado, el creciente número de casos notificados de SIDA, el cual alcanzó los 808.540 casos en la región de las Américas en diciembre de 1997; por otro lado, la reaparición de enfermedades con altas externalidades, como el cólera y la tuberculosis, y la aparición de nuevas patologías, ponen de relieve la necesidad de mantener y perfeccionar los sistemas de vigilancia de la enfermedad y el control de vectores.

### ¿QUÉ ENTENDEMOS POR ECONOMÍA DE LA SALUD ... Qué debemos entender?

Muchas de las políticas que han permitido obtener los resultados en sa-

lud y las que permitirán abordar los retos para el nuevo milenio tienen un alto contenido económico. La economía que se aplique a las políticas que busquen mejoras adicionales debe seguir las dos dimensiones que se destacan cuando se mira la salud desde una perspectiva económica: por una parte, la salud es considerada como un componente del bienestar, donde es a la vez determinante del bienestar social y del desarrollo económico; por otra parte, implica analizarla como sector económico, donde se involucran recursos necesarios para la organización de los sistemas de salud.

De este modo, se está expresando el campo de estudio de la economía de la salud, el cual va más allá de relacionar la salud con investigaciones que impliquen dinero y negocio y, más bien, el problema consiste en decidir entre distintas alternativas la que permita obtener el mayor estado de salud posible, con la utilización de recursos disponibles, o, para decirlo de otra manera, alcanzar las metas con los menores costos. El llamado de atención sobre el quehacer de la eco-

nomía de la salud fue planteado por Selman Mushkin cuarenta años atrás y hoy en día cobra gran importancia si se tienen en cuenta la confusión, la malicia y los errores que cometen diversos agentes, escudándose en la aplicación de conceptos a nombre de la economía. Este problema es delicado e involucra tanto a economistas, que incursionan al sector sin dimensionar el alcance y las limitaciones de su disciplina en esta área, como a profesionales de la salud y de otras disciplinas que actúan como usuarios de la economía pero no hacen el mejor uso de ella.

En este punto es importante aclarar que al tener en cuenta un análisis de la rentabilidad en la prestación de los servicios médicos, se corre el riesgo de que se le considere, no sólo como el mecanismo, sino también como el fin último de un sistema de salud, dejando a un lado las características especiales del sector que los buenos economistas han venido replicando desde hace décadas. Es por ello que la economía de la salud debe pensarse de manera más amplia y contribuir a la solución

de problemas como: ¿cuáles son los aportes de la salud al crecimiento económico?, ¿cuál es la naturaleza del mercado de servicios médicos?, ¿cuáles son las implicaciones de adoptar un sistema de salud basado en el seguro?, ¿cuáles son los determinantes de un mejor estado de salud?, entre otros.

### CUATRO TEMAS BÁSICOS

La solución de estos interrogantes está acompañada de cuatro temas básicos sobre los cuales es necesario adelantar una gran labor pedagógica y la búsqueda de consenso: \* La salud y el crecimiento económico, como aspecto macro para orientar la formulación de las políticas, manteniendo una mirada integral sobre la salud y no sólo sobre los servicios de salud. Desde la década de 1950, y con enunciados y anotaciones previos por parte de varios autores destacados, la salud ha sido vista en parte como una inversión y, como tal, permite mejoras en el crecimiento económico a través de aumentos en la productividad. Los aportes recientes de Robert Barro y Michael Grossman ofrecen una línea de análisis para plantear las principales contribuciones sobre el estado de salud y, al mismo tiempo, sobre el crecimiento.

\* La frontera entre lo público y lo privado. Alrededor de esta mezcla se han creado fetiches y se propugnan dogmas que deterioran la imagen de la economía. Es importante diferenciar lo público de lo estatal, al igual que lo privado de lo colectivo. Las acciones en materia de salud se encuentran ubicadas en un gran espectro que va desde los bienes públicos puros (fumigaciones, investigación

básica) hasta los privados (consultas, tratamiento de enfermedades crónicas), pasando por las que ofrecen externalidades (vacunaciones) o, sencillamente, son declarados como bienes preferentes (paquetes básicos).

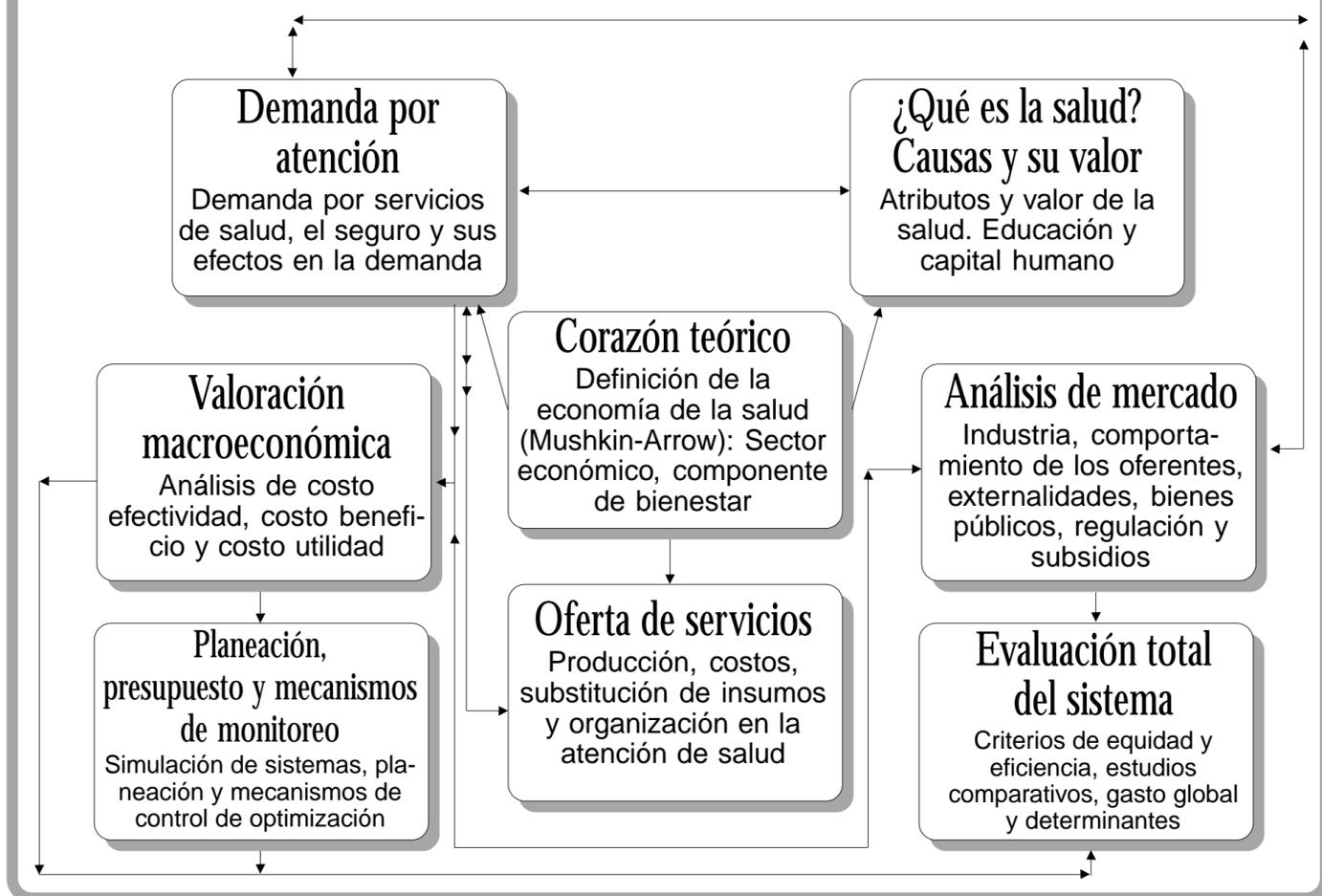
\* Competencia y eficiencia. Además de lo anterior es necesario contar con un conjunto de prestadores de servicios. Sobre el particular, es importante considerar que la eficiencia económica sólo se alcanza bajo condiciones muy especiales que en muchas no se cumplen para la salud, además que la promoción indebida de la competencia puede llevar a ineficiencias por aumentos en los costos de transacción. Resulta conveniente, más bien, adoptar mecanismos de mercado (incentivos) para promover la eficiencia, conservando como restricción la configuración de los mercados en espacios concretos, en el marco de las funciones atribuidas a los sistemas de salud y con el contexto de la descentralización.

\* Rentabilidad. Como se sugirió anteriormente, la rentabilidad no es cuestión de dinero y no puede pretenderse que particularmente los hospitales públicos y de beneficencia se inclinen hacia el lucro. Además de las limitaciones propias de tal propósito, es necesario clarificar las distinciones entre los resultados financieros, los económicos y los sociales.

### REFERENCIAS:

Mushkin, Selman. Hacia una definición de la economía de la salud. En *Lecturas de Economía* No 51. Junio-Diciembre de 1999. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas 1998. <http://www.paho.org>

## Esquema para el estudio en la Economía de la Salud



El Comité Regional de Rehabilitación de Antioquia elaboró un proyecto de investigación para determinar la prevalencia de las deficiencias, discapacidades y minusvalías en la población del departamento de Antioquia. El propósito del estudio es el de establecer las características principales, causas, componentes sociales, económicos, demográficos y la cobertura de la salud, para mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida de las personas con discapacidades.



## Hacia el tercer milenio: mística y solidaridad

«En Navidad deben renacer la paz, la justicia, la solidaridad, la reconciliación, el compartir con los más pobres. La Navidad no puede ser solo la amnistía social de unos días, tras de los cuales vuelve la ambición y la injusticia».  
Foto Edwin Vélez Vásquez.



«Lo que está en juego es la presencia y persistencia del cristianismo en la sociedad actual»

nizado y revestido de signos y lenguajes, tomados del mundo religioso, preferentemente cristiano. Lo sagrado es sucedáneo de la trascendencia, la estética reemplaza la ética y lo humano a lo Trascendente. Estamos ante el culmen del individualismo que empezó con la autonomía del sujeto, su razón y libertad como a priori fundamental de todo el proyecto humano. ¿Se tratará de una desaparición de lo religioso o de una nueva configuración del mundo religioso en su contexto cultural propio?

Por Padre Emilio Betancur Múnera

Quiénes tenemos la responsabilidad de conducir y orientar comunidades cristianas hacia los umbrales del tercer milenio nos preguntamos, por múltiples razones ¿tendrá vigencia el cristianismo en el futuro? Esa pregunta se la hizo el mismo Jesús:

«Cuando venga el Hijo del Hombre, ¿encontrará fe en la Tierra?» Luego que los abuelos, los padres y parte de los hijos han sido creyentes, surge una pregunta familiar: ¿serán creyentes nuestros nietos? Muchos adultos tienen la impresión de ser los últimos.

A partir de la pregunta por la fe surgen fenómenos incontrovertibles: la desmoralización ambiental, la violencia y la muerte, el consumismo, las sectas, la secularización, el resentimiento frente a determinadas orientaciones e instituciones religiosas, descenso de la práctica religiosa y extensión de las prácticas alternativas pertenecientes a otras tradiciones religiosas, indiferencia religiosa, entre otras.

Estamos ante una religión no del Dios único sino de la humanidad, del hombre divi-

### Navidad solidaria

Navidad es el tiempo en que Dios vino a buscar lo mejor para los demás y no sólo para sí mismo. De Uno que vino a preocuparse más por las personas y la comunidad que por sus negocios y asuntos personales.

Navidad es el nacimiento de algo nuevo, si no fuera nuevo no sería nacimiento. En Navidad deben renacer la paz, la justicia, la solidaridad, la reconciliación, el compartir con los más pobres. La Navidad no puede ser sólo la amnistía social de unos días, tras de los cuales vuelve la ambición y la injusticia.

La Navidad no puede ser sólo un tiempo de despilfarro, materialismo e inconsciencia. La Navidad no es la felicidad empacada y lista para el uso de unos pocos. La Navidad no es un encuentro comercial con un «niño» jefe de ventas, en el mejor mes del año.

La Navidad no es un tiempo de sentimentalismos ajenos a los verdaderos sentimientos del amor. El amor y la paz nunca vienen en etiquetas.

La alegría de la Navidad no puede estar en comprar sino en compartir. La Navidad no es para reavivar prestigios sociales o intereses económicos, nuestras codicias y celos. Lo importante de la Navidad es la fuente de la que procede: Dios nos regala un Salvador solidario.

Navidad no es el tiempo de la matemática costosa sino de los encuentros gratuitos. La Navidad consumista es más una huida que un encuentro. Con una Navidad solidaria ganamos nosotros, la familia, la empresa y la ciudad.

En Navidad hay que crear ideales colectivos de solidaridad. Los relumbrones navideños de la solidaridad, debemos reemplazarlos desde esta Navidad y hacia el tercer milenio, por una cultura de la solidaridad. El núcleo de la solución moral, para afrontar la corrupción, radica en la reconstrucción teórica y práctica de la solidaridad. Hagamos de la Navidad una escuela de mística y solidaridad.



### AVISO SODEXHO

#### DE NUEVO, EL CRISTIANISMO

Cuando cambia el horizonte en el que se inscriben las mediaciones cambia el sentido que tienen para el hombre. La posmodernidad más que la eliminación de la religión está produciendo cambios en sus expresiones. Lo que está en juego es la presencia y persistencia del cristianismo en la sociedad actual y la posibilidad de configurar de nuevo el cristianismo desde los umbrales del tercer milenio, descubriendo el deseo de Dios en los signos de los tiempos.

Lo que está desapareciendo no es el cristianismo, sino una forma histórica de ser cristiano. Una fe recibida y mantenida de manera pasiva conduce, en palabras de Newman, a los sencillos a la superstición y a la gente culta, a la indiferencia.

Estamos ante lo más importante y apasionante del cristianismo, la personalización de la fe en relación con Jesucristo, Hijo de Dios, sabiduría de Dios para los hombres, sin mecanismos de influjo social, político o cultural, pero sí cimentado en una experiencia personal sobre Jesús.

¿Será posible una experiencia de la persona de Jesús, en el evangelio, sin que el hombre pierda su condición de sujeto, su libertad y autonomía, su dignidad de persona? Una personalización de la fe en relación con Jesucristo lleva al hombre a un reconocimiento de la Trascendencia expresada en un conjunto de mediaciones que dan razón del Ministerio. Es el redescubrimiento de la dimensión mística de la fe y no simplemente al reconocimiento de lo sagrado del hombre como religión.

La absolutización del sujeto olvidó en la religión del hombre, al hermano como sujeto de solidaridad. La fe sin el pobre es intrascendente. Nada oculta tanto a Dios como la injusticia con todas las consecuencias que supone. Si la fe no tuviera nada que ver con la justicia, entonces, no tendría que ver con la salvación del hombre.

Un Dios ajeno a la injusticia no es el Padre de Jesucristo, presente en los pobres, «porque tuve hambre y me diste de comer, sed y me diste de beber».

El cristiano del próximo milenio, si quiere tener permanencia y trascendencia en la historia, tiene que incorporar de una manera más decidida la justicia. Además, por ser la justicia la que nos desmascara imágenes pietistas o ideológicas de Dios. La justicia y la solidaridad son la purificación más radical de cualquier imagen distorsionada de Dios.

Entre mística y solidaridad se reconstruirá la imagen de Dios hecho hombre quien hace dos mil años puso su tienda entre nosotros, según el pensamiento de San Juan.

La experiencia de la trascendencia de Dios en Jesucristo, que es el eje de la vida cristiana, está inseparablemente ligada a la experiencia de la justicia y la solidaridad como verificación del amor de Dios al hombre. Experiencia personal de Dios en Jesucristo y solidaridad con el hombre, es precisamente lo que celebra el mundo cristiano en la última Navidad de este siglo y milenio.

41% de los menores estudiados tienen déficit en su crecimiento

# Aumenta desnutrición en Bogotá

Por: **Angela Rivera Bohórquez**,  
Corresponsal Santafé de Bogotá.

**P**reocupantes cifras de desnutrición presentó la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá, según los estudios mostrados por los hospitales que hacen parte de la entidad. Según las estadísticas, el 41% de los 26.638 menores de siete años que se atendieron durante el primer semestre de 1999 mostraron algún déficit en su crecimiento en talla, es decir, desnutrición crónica, y el 21.6% presentó bajo peso para la talla correspondiente a su edad, lo que significa una desnutrición aguda.

En cuanto a los niños con sobrepeso, (que usualmente no se consideran como mal nutridos, pero que en la realidad sí lo están, porque se encuentran predispuestos a la enfermedad), los datos demuestran que se existe una leve tendencia al aumento, así: 4.2% en 1997, 4.4% en 1998 y 4.7% durante el primer semestre de 1999. Para las autoridades distritales de salud este incremento puede obedecer al alto porcentaje de baja talla en los niños, ya que rápidamente superan el peso que deberían tener para la talla, con lo cual se puede inferir un problema de crecimiento.

El Secretario Distrital de Salud, doctor Luis Gonzalo Morales, indicó que «los registros hospitalarios son un campanazo de alerta a todas las instituciones distritales responsables de la nutrición de los niños en la ciudad, que nos obliga a intervenir oportunamente en la salud de los menores para evitarles complicaciones en el futuro». En los niños menores de dos años, las diarreas, las infecciones respiratorias, la corta o inexistente lactancia materna, y la inadecuada alimentación, al igual que los factores económicos, sociales y demográficos, se han convertido en las principales causas de esta situación.

#### PROBLEMAS NUTRICIONALES

Las deficiencias en el suministro de hierro, yodo, ácido fólico y vitamina A, son una de las principales preocupaciones de los profesionales de la salud. De acuerdo con los datos del estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud en 1998, el 45% de las mujeres embarazadas tienen deficiencias de micronutrientes y las mujeres en edad fértil también presentan una marcada tendencia a los problemas nutricionales.

De acuerdo con lo informado por la Secretaría de Salud, el Distrito Capital es el único ente territorial que en cumplimiento del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 1996-2005 ordenó el suministro obligatorio de hierro y ácido fólico para las mujeres embarazadas y madres lactantes, y de



*La Secretaría de Salud del Distrito Capital ordenó el suministro obligatorio de hierro y ácido fólico para las mujeres embarazadas y madres lactantes, y de hierro en los menores de 12 años.* Foto Archivo

hierro en los menores de 12 años, a través de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), las Empresas Sociales del Estado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas.

En las mujeres embarazadas y en las madres lactantes la suplementación con hierro y ácido fólico debe iniciarse desde la primera consulta de la gestante (en lo posible desde el primer trimestre del embarazo) y debe continuarse hasta el tercer mes de la lactancia.

Con respecto a los menores de seis meses, si el niño es sano (peso adecuado, no prematuro, y sin manejo especial de neonato) no requiere la suplementación durante el período correspondiente a la lactancia materna exclusiva (hasta los 6 meses). En el caso contrario, es decir, si nace con un peso inferior a los 2500 gramos, requiere suplementación con hierro a partir del cuarto mes de edad, simultáneamente con la lactancia materna. Ahora bien, de los seis meses hasta los 12 años deben ser suplementados sin excepción alguna, a la par con la desparasitación, ya que si el niño tiene parásitos el hierro no es aprovechado por su organismo.

| Indicador                 | Clasificación    | 1997   |      | 1998   |      | 1999   |      |
|---------------------------|------------------|--------|------|--------|------|--------|------|
|                           |                  | Nº     | %    | Nº     | %    | Nº     | %    |
| Crecimiento<br>Talla/edad | Desnutr. Crónica | 14.363 | 39.2 | 21003  | 41.8 | 11089  | 41.6 |
|                           | Normal           | 22.278 | 60.8 | 29260  | 58.2 | 15.549 | 58.4 |
|                           | Total            | 36.641 | 100  | 50.263 | 100  | 26638  | 100  |
| Peso<br>Peso/talla        | Desnutr. Aguda   | 7.894  | 21.5 | 11622  | 23.1 | 5742   | 21.9 |
|                           | Normal           | 27210  | 74.3 | 36425  | 72.5 | 19641  | 73.5 |
|                           | Sobrepeso        | 1537   | 4.2  | 2216   | 4.4  | 1.255  | 4.7  |
|                           | Total            | 36.641 | 100  | 50263  | 100  | 26638  | 100  |

Análisis comparativo situación nutricional de niños menores de 7 años, atendidos en centros de salud de la red adscrita de la SDS. Bogotá 1997, 1998 y 1 semestre de 1999.  
Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá.

# SCHERING

## EL PULSO

Teléfono: 263-43-96  
Fax: 263-44-75

# PREVISORA VIVIR

La Cruz Roja Colombiana, Seccional Risaralda, promueve con su «Servicio de búsqueda» de personas que, luego del terremoto del 25 de enero de este año, no hayan sido encontradas por sus familiares o amigos. Para iniciar el proceso pueden escribir a la dirección electrónica: Cruzroja@pereira.multinet.co. Se garantiza confidencialidad de la información. El programa es «estrictamente humanitario». Se necesita una información básica del desaparecido, sus acompañantes, su último domicilio, actividad, circunstancias de la desaparición y lugar y fecha de sus últimas noticias.

# EL PULSO

10

Diciembre de 1999

Edición N° 15



## PERFIL

# “De seguir así, ningún modelo de seguridad social producirá resultados”

Dr. Alvaro Uribe Vélez

Los venenos de la salud, los desafíos de un estado contradictorio, la política puestera, sus estudios en Oxford, la Ley 100 y sus asesoras mujeres, el yoga que lo serena y más, en entrevista concedida a EL PULSO.

Por Ana C. Ochoa, periodista

“Ser líder significa, también, saber vivir sin el poder». La frase resuena mientras cuenta que estuvo un año «dedicado al estudio, en Oxford, en el Centro de Estudios de América Latina, gracias a una beca honorífica llamada Simón Bolívar, otorgada por el gobierno británico. Disfruté mucho con mi familia. Mi esposa se dedicó también al estudio(...) Le gusta Borges.» «Aquí estoy otra vez, conversando con los ciudadanos de diferentes regiones del país, analizando los problemas, pensando, por ejemplo, que es necesario encontrar la manera de generar empleo productivo en el corto plazo, para no esperar que éste venga como consecuencia de una reactivación de la economía en el mediano y largo plazo» (ver recuadro). «He dicho que se necesita un entorno para la paz.»

### SU VIDA

Quienes lo conocen dicen que parece que se hubiera echado hielo en la cabeza. Defiende el autocontrol, como sabiduría. Cuentan que no es que no se ofusque, ni que no diga, ni que no explote, sino que lo hace en frío. Y que, de puro frío. Tiene ritmo contenido para decir las cosas más apabullantes. Es pausado, directo, sin adornos. No parece importarle que lo que diga sea impopular. No lo dobla la crítica. «Yo tengo carnadura de mula. Soy fuerte. Y fíjese cómo reaccionan ellas frente a los obstáculos: se detienen antes de dar un mal paso. Aunque las acosen, no se lanzan». También habla del yoga y de su gusto por trotar diario a las cinco de la mañana. «Eso devuelve serenidad». En este sentido, le gusta rodearse de personas que lo ayuden a manejar las dificultades. Y a propósito de la Ley 100 y de sus épocas de congresista dice: «mis asesoras en los temas más delicados siempre han sido las mujeres... soy un convencido de que ellas son garantía de éxito a la hora de sortear momentos difíciles». Sobre el tema del liderazgo guarda silencio y de pronto concluye: «Para ser un líder se necesitan tres cosas: Honestidad. Competencia como principio de preparación y, oigase bien: ambición controlada, como energía creadora».

### OTROS TEMAS

**La salud.**  
**EL PULSO:** A la sombra del nuevo sistema de salud, crece una crisis agudizada por muchos factores ¿cuáles juzga más inconvenientes en este momento?

**Doctor Uribe:** “Me preocupa, entre otras cosas, que el gobierno nacional haya disminuido los aportes al Fondo de Solidaridad. También que el deterioro del empleo, de la situación económica en general, haya llevado a que la gente no pueda pagar sus aportes al Régimen Contributivo. En este momento está estancada la afiliación. Y crece el número de colombianos que no están ni en el Régimen Contributivo ni en el Régimen Solidario. Se sabe ya que para los vinculados, la escasez de recursos es todos los días más crítica. Me preocupa la desviación de dineros en muchos departamentos y municipios. También es motivo de alarma que numerosos hospitales no se hayan desburocratizado. Al contrario, se mantie-

nen como nidos de intereses, como premios para determinados grupos políticos. Hay hospitales que gastan el 70% de sus egresos en nómina administrativa, cuando no deberían gastar sino el 30%. A todas las entidades de la salud hay que sustraerlas totalmente del reparto burocrático en Colombia. Naturalmente que hay algunas instituciones buenas, otras no. Pero por lo menos, gracias a la Ley 100, tenemos opciones. ¿Se imaginan donde sólo tuviéramos el Seguro Social?»

**EL PULSO:** A propósito, se dice que la Ley 100 le dio el «golpe final» al de por sí resquebrajado Seguro Social, pues muchos ven un sector privado muy fortalecido que forzó a una competencia, para la que el I.S.S no estaba preparado.

**Doctor Uribe:** “Siquiera lo forzó. En un país tan pobre y tan mal atendido no podríamos pretender que el crecimiento se siguiera dando con la lentitud que se hacía antes de la Ley 100. Menos mal la Ley le impuso el desafío. Ahora lo que tiene que hacer el I.S.S es acomodarse para responder bien”.

**EL PULSO:** Cómo «acomodarse para responder bien», si sus propias directivas aseguran en privado lo que no admiten en público: dicen que no tienen poder de acción y que «de seguir así, el I.S.S, por lo menos en salud, no será viable.»

**Doctor Uribe:** “El I.S.S debe hacer un gran esfuerzo para ser eficiente, porque hoy es una máquina derrochadora de recursos. Tiene, por ejemplo, una nómina de 45 mil personas. Si el Estado no es capaz de volverlo eficiente, por qué no piensan en un esquema de manejo del Seguro Social como el de las cajas de compensación, que es un esquema social cuyos actores principales son los trabajadores y los empresarios. El I.S.S requiere un esquema social de manejo, necesita mantenerse como una opción pública para los colombianos, pero tiene que aislar la politiquería y la burocracia. Con el solo hecho de tener 45 mil empleados demuestra que es una entidad con fallas estructurales muy graves. Por supuesto que es necesaria como entidad pública. Porque la seguridad social no podemos dejarla sólo a los prestadores privados, también se necesitan los públicos”.

**EL PULSO:** Pero es innegable que prestadores privados han ocupado un lugar cada vez más preponderante en este nuevo panorama de la Seguridad Social. Algunos dicen que el Estado ha evadido sus responsabilidades. Que dejó la salud en manos privadas. Que, en palabras del economista Jorge Garay, hay una creciente «subordinación» de lo público a favor de los intereses privados que, entre otras cosas, adquieren cada día, legítima o ilegítimamente, mayor poder político, económico, social...

**Doctor Uribe:** «De ninguna manera. La constitución del 91 es clara en eso. La ha cumplido la Ley 100. La Constitución dice que el Estado tiene que mantener el monopolio de regulación y de control y velar para que la Seguridad Social sea efectiva... La comunidad académica internacional pregunta con positivo asombro cómo lograron los colombianos en la Ley 100 abrirle un espacio en la seguridad social a operadores privados, a otros operadores no estatales sin ánimo de lucro como las cajas de compensación; mantener al mismo tiempo a los operadores estatales, profundizar la solidaridad...Lo que importa es la soli-



«Ser líder significa también saber vivir sin el poder.» Alvaro Uribe Vélez.  
Foto, Blanquita García.

daridad, la focalización de los recursos en favor de los más pobres se ha cumplido a cabalidad, lo que ocurre es que hay unas «fallas» para corregir”.

**EL PULSO:** Fallas que forman parte de una crisis que, para algunos analistas, tiene muchas de sus raíces, -no todas, pero sí muchas- en el modelo. Y por eso, dicen, esta crisis no debe analizarse de manera coyuntural, sino estructural. Y más que hacer ajustes hay quienes proponen cambios radicales.

**Doctor Uribe:** “Yo creo que el modelo tiene tres elementos buenos: Control y regulación estatal, solidaridad y múltiples opciones. ¿Qué tal que estuviéramos como en el pasado, con la única opción del Seguro Social, o que estuviéramos como en otros países, con la única alternativa de las prestadoras privadas? Es muy bueno que los colombianos tengamos hoy diferentes opciones. Que exista un recurso como el Fondo de Solidaridad, que permite arbitrar recursos para llegarle con la prestación de los servicios a los más pobres. Por eso yo creo que el modelo está bien concebido, aunque tenga fallas en su implementación”.

**EL PULSO:** Usted habla de un «modelo bien concebido», pero ¿ajustado a las posibilidades de un país como Colombia?

**Doctor Uribe:** “Hay una profunda falla en la economía colombiana. Mientras ésta sea tan débil, y exista una población empobreciéndose más diariamente...ni éste ni ningún modelo de seguridad social producirá óptimos resultados. Porque se requiere un en-

«Es tan buena la Ley 100 que ha producido resultados a pesar del entorno tan desfavorable.»

torno económico y social más favorable, que infortunadamente la Ley 100 no ha tenido. Y es tan buena la Ley 100 que ha producido resultados a pesar del entorno tan desfavorable. Es importante la búsqueda de que la salud sea más universal, es decir, que avance paulatinamente hacia una cobertura que beneficie a la totalidad de la población; que sea eficiente, esto es, que se tenga en cuenta la ecuación entre recursos aplicados y beneficios obtenidos para la población y que sea solidaria, es decir redistributiva. Y la Ley 100 cumple a cabalidad con estos tres elementos”.

**EL PULSO:** Pero investigaciones como una reciente, efectuada por el Centro de Estudios de Seguridad Social, de la Facultad de Salud Pública de la U de A, demuestran con argumentación sólida, que el discurso oficial de ampliación de cobertura es una falacia.

**Doctor Uribe:** “No conozco el estudio. Si sospecho que con el creciente desempleo y el mal desarrollo de la economía está creciendo la población vinculada que habrá que atender. Pero en los tres años que estuve al frente del gobierno de Antioquia, ningún caso de ciudadanos pobres que requirieran diálisis renal, o quimioterapia, u operación de corazón...se dejó de atender por cuenta del Departamento. Nosotros procuramos avanzar hacia una cobertura en favor de los pobres, tan exitosa como en algún momento se predicó de la de Cuba”.

**EL PULSO:** Puede hablarse de cobertura pero con calidad. Y la calidad pero con un sistema que la permita. En este sentido, otro de los objetivos era promover con el nuevo modelo la descentralización. Lograr que los municipios pudieran dar respuesta a las necesidades de salud de la pobla-

ción... pero esta descentralización no ha aumentado.

**Doctor Uribe:** “En el resto del país ha sido muy lento. No sé en el último año cómo habrá evolucionado. Pero en Antioquia sí avanzamos mucho. Y cuando yo terminé en la Gobernación, ya casi todos los municipios tenían descentralizada la salud”.

**EL PULSO:** A propósito de regiones, se afirma que otra búsqueda fallida tiene que ver con la distribución de los recursos. Se ha comprobado que es inequitativa. Para sólo mencionar algo, los departamentos más ricos mantienen los porcentajes más altos de afiliación al régimen subsidiado y las regiones más pobres continúan desprotegidas.

**Doctor Uribe:** “La fórmula del Situado Fiscal de salud en Colombia es, a mi juicio equitativa. Si hay alguna queja valdría la pena que se recogiera y se tuviera en cuenta para revisar el instrumento legal de reparto”.

**EL PULSO:** Ya que menciona el tema legal ¿cómo juzga la posibilidad de reformar la Ley 100?

**Doctor Uribe:** “Casi todas las críticas que se le hacen a la Ley 100 apuntan a aspectos de implementación. No al texto legal”.

**EL PULSO:** Pero, en algunas ocasiones, el texto legal también enreda la implementación.

**Doctor Uribe:** “La Ley tuvo la virtud de ser sumamente genérica en su texto, no reglamentaria. Y le dejó un espacio al gobierno para que a través del reglamento y de los decretos que acojan los acuerdos del Consejo Superior de Seguridad Social en salud, fuera ajustando la Ley a las exigencias ciudadanas”.

**EL PULSO:** ¿Qué piensa de eso que usted llama «exigencia ciudadanas»? ¿Ha estudiado las críticas que se le hacen al modelo?

**Doctor Uribe:** “He recogido casi todas las críticas a la Ley 100 con un grupo de trabajo y pocas hablan de reforma legal. Casi todas se refieren a la escasez de recursos fiscales, desviación de dinero -especialmente en departamentos y en municipios- desgreño en la mayoría de los hospitales públicos...las tarifas del SOAT, por ejemplo, satisfacen los costos de los hospitales privados pero no de los hospitales públicos. Pero es que si uno quiere defender lo público que es lo que nos toca, tiene que exigirle a lo público que sea competitivo. Aunque eso es imposible mientras no sea austero y no esté desburocratizado”.

**EL PULSO:** A propósito de problemas de manejo, ¿qué opina de figuras tan controvertidas como la de las A.R.S?

**Doctor Uribe:** “Algunos dicen que son intermediarias, yo pienso que son asesoradoras. Dicen que la plata debería llegar directamente a los hospitales. Yo temo eso. No podríamos convertir los hospitales en aseguradores. La queja resultaba de la circunstancia de que las A.R.S tenían un margen de intermediación muy amplio, pero eso en parte se ha venido corrigiendo. El último estudio que vi me demuestra que las exigencias de los últimos años del Consejo Superior de Seguridad Social en salud le trasladaron más puntos del Plan Obligatorio de Salud a las A.R.S. Así que aumentaron su responsabilidad en la atención al P.O.S, lo que está bien. Y eso disminuyó el margen de las A.R.S. Entonces el asunto no es que existen o no A.R.S, sino que sean transparentes y que tengan un margen razonable. Y para lograrlo, la ley le dejó todo los instrumentos de regulación y de vigilancia al Gobierno”.

**EL PULSO:** Ya dijo usted que, en ocasiones, el gobierno se ha equivocado.

**Doctor Uribe:** “Sí, en un principio se equivocó. Le trasladó pocas responsabilidades a las A.R.S y a ellas les quedaba mucha plata. Pero al incrementarles sus responsabilidades, racionalizó su ingreso administrativo. Hay A.R.S buenas y malas. Al gobierno le toca también vigilar de manera muy rigurosa y tomar decisiones”.

**EL PULSO:** ¿Qué opina del debate existente sobre Metrosalud?

**Doctor Uribe:** “Conozco el caso muy superficialmente, no me atrevo a emitir conceptos. Lo que tiene esta entidad, como todas, es que ser muy eficiente, austera, mantener el clientelismo a raya, ojalá por fuera, y dedicar los recursos a la gente pobre y no despilfarrarlos en costos administrativos innecesarios”.

## Pienso en...

1. Cómo se puede generar empleo productivo en el corto plazo. No esperar que el empleo venga como consecuencia de una reactivación de la economía en el mediano y largo plazo, sino buscar cómo generar empleo rápidamente.
2. Cómo financiar, en un entorno tan difícil como es el de las estrecheces de los presupuestos.
3. Cómo hacer que el país sea más descentralizado. Necesitamos que se recorten gastos nacionales, que los municipios y los departamentos asuman más responsabilidades, que se desburocraticen y crezcan en gasto social, que se piense en eliminar los Departamentos y en crear unas regiones autónomas. Este sería un gran paso hacia un sistema más federal que el actual.



Expectativa por auditorías nacionales a los procedimientos de cobro de la cuota moderadora para los usuarios del I.S.S. La firma Hall & Hall es la encargada de auditar lo efectuado en este sentido por Sisprocol y Simco. Verificarán la contabilidad, el manejo de los recursos económicos y el traslado de fondos al Instituto. Igualmente realizarán auditaje a la exigencia de la cuota moderadora por parte de los centros de atención y clínicas propias del Seguro Social. Así que continúa en primer plano la labor de las auditorías, con su habitual y bien nutrida controversia.

# La salud pública en los albores del nuevo milenio

**Alvaro Franco G.**  
Médico, Magister en Salud Pública,  
profesor Facultad Nacional  
de Salud Pública

**E**ntre la enigmística, la ciencia y la ideología. El ser humano desde siempre ha echado mano de las más extrañas técnicas para adivinar el futuro. Pasados varios milenios, la humanidad insiste en reflexionar sobre él, sólo cambia la forma, hoy nuestras conjeturas pasan de la magia a la ciencia, cuando utilizamos las técnicas estocásticas y prospectivas, con cierta satisfacción, más que con seguridad, soñamos con la posibilidad de acercarnos a la verdad mediante nuestros augurios. Ese futuro nos convoca aquí a través de este importante medio periodístico con arraigo médico y no podría ser otro el tema que el de la salud pública, es decir la salud de la población, de los colectivos públicos o privados. La salud pública, se comprenderá a través de algunos artificios convencionales que inventan las disciplinas para tratar de construir ciencia o ideología; así estaremos preguntándonos por la equidad, la justicia social, la solidaridad, el humanismo; le apostaremos a la seguridad social, a la felicidad, al sosiego y a la tranquilidad que nos negó el pasado de la humanidad; indagaremos por las medidas de la salud, por el quantum de vida, los niveles y estado de salud en los colectivos; proyectaremos las organizaciones de acuerdo con las exigencias que nos depara el futuro cuando estemos dispuestos para la vida y la salud: ¿Será el Estado?, ¿Será la sociedad civil? o, ¿Sencillamente, los individuos autárquicamente comprometidos con las formas de producción, con el trabajo y la recreación? Los vaticinios se refieren también a la cultura, el único sistema que nos puede hacer trascender el pasado conservando la historia milenaria. La mayor dificultad estriba en el enunciado, cuando me piden avizorar el nuevo milenio, aunque como bien lo anotan los prospectivistas «el futuro no se prevé sino que se construye». Para tal efecto, haremos alusión a las tendencias de la salud pública que atraviesan el presente.

## LA SALUD PÚBLICA EN EL INTERSTICIO DE LOS DOS MILENIOS

**Estado del arte disciplinar:** para la salud pública, es difícil anticipar el futuro e intervenir el entorno porque como lo señalara uno de los tratadistas de este saber, E. Granda, «la salud pública es una práctica social, disciplina, acción estatal joven que intenta interpretar y actuar sobre los públicos o colectivos...». No obstante, las falencias son flagrantes; Fernando Savater, filósofo de actualidad que nos mira desde afuera, sintetiza así nuestras debilidades: «pandemias contagiosas de diferentes plagas ligadas a un uso vicioso de la libertad individual y (en contraste) la imposición obligatoria de cierto tipo de salud pública basada en el paternalismo y en una fundamentación en lo productivo, funcional y genérico...» Por consiguiente, se necesita en este campo de una maduración como ciencia y transdisciplina, superando el saber monotemático e incorporando las prácticas multisectoriales y la acción política. De otro lado, es imperioso terminar las diferencias en la entrega del conocimiento y la información para el desarrollo.

## LAS MEGATENDENCIAS

La internacionalización de la salud pública y sus problemas con expresiones locales. En el referente social, encuentro el pensamiento de uno de los prospectivistas europeos, J. Gabiña, quien observa al respecto que «el motor del desarrollo se mueve a nivel internacional, solamente los frenos y resistencias a los cambios se producen a nivel local»; igualmente habría que anunciarle que los problemas se deben resolver a nivel local pero sólo

se les logra erradicar globalmente. Siguiendo con las tendencias desentrañadas hacia el próximo siglo, destaco algunas que guardan más estrecha relación con el futuro de la salud pública: el enfoque a largo plazo; el desequilibrio demográfico y el envejecimiento de la población; las amenazas sobre el medio ambiente y su deterioro; crecimiento desigual; nuevas formas de exclusión; el desempleo y la crisis educativa; los cambios en los estilos de vida; cambios en el Estado, en las organizaciones y en la institucionalidad; la globalización; la democracia participante y la descentralización.

Así, iniciamos el nuevo siglo con un bagaje comprometedor para la humanidad: enfermedades por acumulación de factores negativos; problemas epidemiológicos que expresan enormes diferencias entre pobres y ricos, entre élites y regiones marginadas; resurgimiento de epidemias desde siempre atribuidas a la miseria, el nacimiento de nuevas pandemias como la violencia, el SIDA, la drogadicción, los trastornos mentales y enfermedades asociadas al estrés.

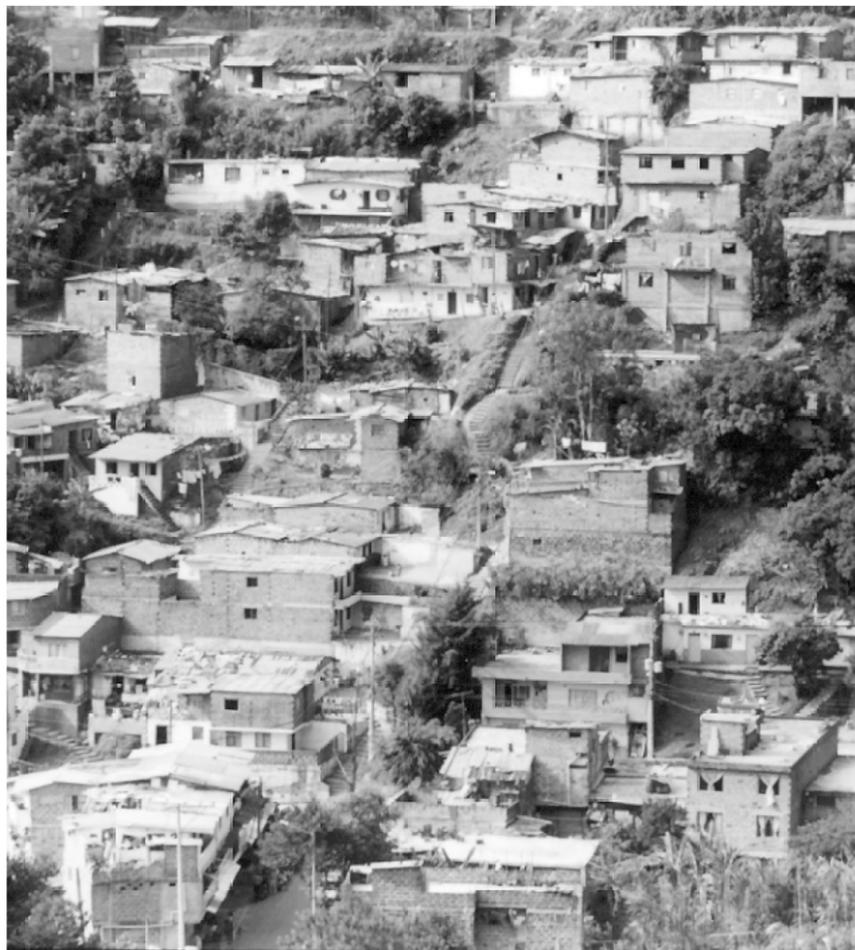
Pobreza, insalubridad, inseguridad social, desempleo, deterioro ambiental y guerra, cabalgando sobre la inequidad presagian la desgracia apocalíptica al final del milenio.

## DESAFÍOS Y PROYECCIONES

la renovación de la «Salud para Todos» en el siglo XXI, meta muy ambiciosa, ideal ético y político del cual no nos podemos abstraer, se logrará según la Organización Mundial de la Salud a través de las funciones esenciales de la salud pública. Seis prácticas sociales han logrado consenso en la salud internacional: construcción de entornos saludables y mejoramiento de las condiciones de vida, desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y la salud, generación de inteligencia en salud, atención a las demandas y necesidades en salud, garantía de la calidad y la seguridad de los

bienes y servicios, intervención sobre los riesgos y daños colectivos. Surgen así varios desafíos para la acción en el nuevo milenio: afianzar la doctrina y el ideario de la Salud Pública, centrada en el derecho a la vida, en el humanismo, en la justicia social, en la democracia, en la equidad, en la ética y en la libertad. Integrar la salud y el desarrollo humano a la política pública, garantizar el acceso a los servicios de salud, promover y proteger la salud. Resolver los problemas relacionados con la paz, los conflictos entre etnias y regiones y la gestión global de los problemas emergentes de la salud pública. El gran reto es combatir la pobreza, redistribuir la riqueza y brindar soluciones a las enfermedades reemergentes y a las nuevas pandemias en sus expresiones biológica o social. Utilizar las herramientas más avanzadas en informática y telecomunicaciones, aprovechando el ciberespacio para el servicio de la democracia y la salud pública. Desarrollar una seguridad social integral. Construir un mundo democrático, seguro, equitativo y sano en lo ambiental será nuestra única utopía para lograr la salud y la vida. En síntesis, salimos de un siglo con grandes avances pero con evidentes frustraciones en salud y en seguridad social. En el mismo acto vislumbramos con desconcierto el futuro, son más los nubarrones que las luces. Variará el referente, el concepto de salud en los próximos años y frente a él nos encontraremos con nuevos dilemas. De otro lado estaremos luchando por mejorar y promocionar la salud y la vida, por un ideal de salud en armonía con el imaginario del próximo milenio. Será necesario darle fuerza y un nuevo sentido a la salud pública porque como lo enfatiza Edgar Morín, en «Los desafíos del nuevo milenio» de D. Ulanovsky, «no existe una gran ideología que impulse a actuar por un objetivo general de la humanidad pero hay muchas microcausas que tienen ese sentido»; así lo reconocemos nosotros en la esencia de la salud pública: la lucha por la dignidad humana, la seguridad social y la conservación de la especie, en los albores del siglo XXI.

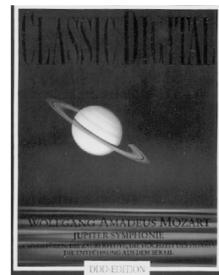
«El gran reto es combatir la pobreza, redistribuir la riqueza y brindar soluciones a las enfermedades reemergentes y a las nuevas pandemias en sus expresiones biológica o social».



Las tendencias de la salud pública hacia el futuro están dadas por factores como el desequilibrio demográfico, el envejecimiento de la población, las amenazas sobre el medio ambiente y su deterioro, crecimiento desigual y las nuevas formas de exclusión.

Foto archivo

# AVISO CRYOGAS



La hipótesis de que la música de W.A Mozart potencia la creatividad cerebral, ha disparado a los primeros lugares las ventas de su música según los listados de la famosa revista Billboard y de la librería de Internet, Amazon.com. Hace seis años el neurobiólogo Gordon Shaw, de la Universidad de California, dio los primeros pasos de esta curiosa investigación que, cada día, consolida más la premisa de que esta música tiene efectos profundos en el cerebro. Se creó el primer revuelo cuando el estudio demostró cómo un grupo de personas obtuvo mejores resultados en una prueba de inteligencia, después de haber escuchado varias de sus sonatas, óperas y demás composiciones.

## MEDIO AMBIENTE

# Impacto de megaproyectos en comunidades locales Las cicatrices del desarrollo

Los grandes proyectos de desarrollo en Colombia aún no han empezado a mirar cuáles son los verdaderos efectos sociales de la intervención productiva en ciertos territorios. Esta situación es aún más complicada cuando esos territorios están habitados por comunidades negras o indígenas.

Por Carmen Elisa Chávez Soto, periodista

En abril de 1995 una comunidad indígena colombiana, los U'was, amenazó con suicidarse si en su territorio se continuaban las obras para la exploración y explotación de petróleo. Algunos años antes, setecientos indígenas de la Comunidad Embera Catio hicieron el «Do Wabura Sin, Dai Bia Ozirada» o despedida simbólica al río Sinú, antes de que fuera desviado para la Construcción del Embalse Urrá I.

Ambos megaproyectos han puesto sobre la mesa la discusión sobre el desarrollo y sus impactos ambientales. Sobre todo si se tiene en cuenta que las comunidades afectadas por ellos tienen derechos especiales según la Constitución colombiana. Las comunidades indígenas en Colombia no superan el 2% de la población colombiana, aunque en algunas zonas es mayoritaria como en Amazonas y Vichada, donde llega al 97%, en Guainía al 82% o en la Guajira y la Sierra Nevada de Santa Marta, 90% cada una. Los 81 grupos indígenas colombianos habitan un 25% de los territorios nacionales, generalmente ecosistemas frágiles que ellos, por sus prácticas o por la ausencia de tecnología, han sabido conservar. Estos territorios, en su mayoría, tienen una importancia estratégica geopolítica o natural. Es el caso del Chocó Biogeográfico o de la Amazonia y, sobre todo, llenas de sentido cultural y reconocidas milenariamente por los indígenas que los pueblan. Sin embargo, muchos proyectos de desarrollo están planeados sobre esas zonas, o tan cerca, que las afectarían inmediatamente y con ello la supervivencia de culturas que han podido sobrevivir lejos del desarrollo modelado por el estado colombiano. En el caso de la explotación petrolera, por ejemplo, según el ambientalista Ernesto Sánchez «las actividades de exploración y explotación generan impactos sociales preocupantes, como colonización incontrolada, alteración de las culturas nativas, segregación racial, diferencias salariales, incremento desmedido de la inflación regional, presiones en los servicios públicos, enfermedades, alcoholismo, drogadicción, prostitución y desnutrición. La inserción de personas foráneas conlleva cambios en los patrones culturales, las normas, mitos, tradiciones y creencias religiosas» Muchas veces, estos efectos son mayores que los

beneficios económicos y sociales que traen los proyectos. Según voceros de la «Campaña Colombia es U'wa», esta comunidad ha vivido de cerca el drama de los Guahibos, que habitan la zona de Caño Limón en Arauca. Allí existió la Laguna de Lipa, el santuario del espacio cósmico y centro de reproducción cultural y espiritual de los Guahibos, los Macaguanes y los Betoyes. Encima se construyó el complejo petrolero y hoy el pueblo Guahibo ha sido abandonado hasta por sus dioses. En el caso de la represa de Urrá, por ejemplo, todo el proyecto fue pensado con base en la producción de casi 1500 megavatios, en sus dos fases. Aunque, fue suspendida la construcción de la segunda fase, esta posibilidad aún pende sobre la cabeza de indígenas y campesinos que han visto exageradamente afectadas sus vidas en comparación con los casi 500 megavatios de producción de Urrá I. Según el investigador cultural Jaime Andrés Peralta, la mayoría de los proyectos de intervención ambiental tienen grandes impactos sociales, así se reduzcan los impactos ambientales no se tienen en cuenta los valores, las creencias, las conductas y cultura de la gente, la relación que las comunidades locales establecen con su territorio. «Por ejemplo, ¿cómo vemos nosotros el río Magdalena? Un valor cultural, parte de nuestra historia, una posibilidad de comunicación o un espacio para construir hidroeléctricas o una frontera para la planeación económica». En realidad la discusión no es sobre la conservación de los recursos naturales. De hecho, aunque tímidamente, las empresas y el gobierno comienzan a asumir responsabilidades en la disminución de los efectos ambientales en los proyectos de desarrollo. El problema radica es en la forma como ese desarrollo afecta las comunidades asentadas en los territorios intervenidos y la naturaleza de esas comunidades.

## Las otras energías

La mayoría de los grandes proyectos en nuestro país, y en la mayoría de los países del mundo, están dirigidos a la producción de energía. Si hacemos un recorrido por los últimos proyectos de gran infraestructura en Colombia, la mayoría tiene que ver con la producción de energía hidráulica, la exploración y/o explotación de petróleo y la explotación de carbón. Le siguen la ampliación y construcción de vías o el montaje de infraestructuras dirigidas al transporte.

Sin embargo, existen otras fuentes de energía, a las que el mundo comienza a mirar tímidamente, pues los costos económicos, sociales y ambientales de las que se utilizan hoy día son bastante altos. Algunas de ellas son:

### EÓLICA

Los famosos molinos de viento con los que tuvo que luchar el Quijote son una de las formas de producción de energía más antigua del mundo. Sin embargo, sólo hasta 1970 se les comenzó a utilizar de forma generalizada cuando Estados Unidos empezó a fomentar su uso.

Aunque al principio tuvieron muchos problemas, pues dependían de los caprichos del dios Eolo, los modelos modernos pueden generar energía suficiente para alumbrar a ciudades más grandes que Bogotá o Medellín. Además, los costos no sobrepasan los cinco centavos de dólar por kilovatio/hora, aún más bajo que la energía producida con base en el carbón.

### SOLAR

Las cada día más altas temperaturas son también una oportunidad para producir energía. Esta es la forma de energía más pura y no genera nada de contaminación.

Pese a que los precios siguen siendo más altos que los de la energía producida por petróleo, carbón o gas, el impulso que algunos países de Europa le están dando a su uso está generando niveles de investigación que tienden a rebajar los costos de montaje de los sistemas necesarios.

### GEOTÉRMICA

La explotación de la energía producida por el interior de la tierra se inició a finales del Siglo XIX en Lardarello, Italia, y hoy más de 180 países trabajan alternativas de producción de energía con este sistema.

### NUCLEAR

Pese a las controversias, esta forma de energía se sigue utilizando en países europeos. En Francia, por ejemplo, el 70% de la energía utilizada proviene de esta fuente y para juicio de muchos, es poco contaminante. Ya Japón y Suecia están desarrollando reactores nucleares de alta confiabilidad que permitirían al mundo aprovechar este recurso energético.

## El caso de los U'was

Los U'was son un grupo indígena de aproximadamente 5000 personas que habitan al nordeste colombiano entre los departamentos de Boyacá, Arauca, Santander y Norte de Santander.

Este es un pueblo pacífico cuya inteligencia y relación con el entorno los ha llevado a ser denominados «El Pueblo que piensa» o «El Pueblo que habla bien».

Los U'was, queriendo impedir el proceso de exploración y explotación de petróleo en sus territorios sagrados, han emprendido una campaña y varias acciones legales. De hecho este es el caso de resistencia indígena a un megaproyecto más fuerte en la historia de Colombia. El 10 de febrero de 1997 la Corte Constitucional reconoció que la comunidad U'wa no había sido consultada, sin embargo, el 21 de este año el Ministerio del Medio Ambiente otorgó la Licencia Ambiental a la Transnacional Occidental Petroleum, Oxycol, para perforar el Pozo Gibraltar, nuevamente, sin consultar.

Para ellos esa zona es el Centro del Mundo y aunque es un ecosistema frágil que sería sumamente afectado por el proyecto de explotación, aquí el asunto a analizar es del impacto cultural sobre un pueblo que ha prometido su vida para proteger su territorio.

*La vida de los campesinos e indígenas como los embera-katio han sido afectadas, en comparación de los megavatios producidos por la represa de Urrá I.*

Foto Revista Ecológica N°20



## Urrá, indígenas, campesinos y biodiversidad

La cuenca del río Sinú es una de las más ricas del país en oferta ambiental del país y es considerada, junto con El Nilo y el Missisipi, una de las más ricas del planeta.

El río tiene 360 kilómetros de longitud y une a cuatro de los más importantes ecosistemas del planeta: Páramo, Selva Húmeda, Humedales y Estuarios.

Más del 50% de las especies vasculares acuáticas identificadas en el planeta, se en-

cuentran libremente en las más de 50 mil hectáreas de humedales de la cuenca del Sinú. Estos mismos humedales producen alrededor de 6 mil toneladas de alimento al año, sustento de cerca de 250 mil personas que viven en condiciones de pobreza.

Hay alrededor de doce especies de peces migratorios, de suma importancia comercial y ecológica. Sin embargo, ya se ha demostrado la disminución de algunas de estas especies como el bocachico, la

dorada, barbul, el bagre, liseta, la doncella, etc.

Cuando apenas se estaba construyendo la represa, ya estaba bajando aceleradamente el flujo de peces. De ahí en adelante la pesca ha bajado intensamente y aunque no se puede establecer claramente que Urrá es la causante, está sucediendo todo lo previsto por la Asociación de Productores para el Desarrollo Comunitario de la Ciénaga Grande del Bajo Sinú, Asprociog.

Según voceros de esta Asociación, los efectos paralelos, como la desecación de la Ciénaga de Betancí, que es un reservorio del río y la de Loricá, que ya está bajando su caudal, generará más tierras para los propietarios de la zona. Además, la deforestación en la cuenca alta está afectando gravemente al Parque Nacional Paramillo, último relicto de bosque húmedo en el Caribe colombiano, y está generando graves inundaciones en las zonas bajas del Valle del Sinú.



En la última reunión anual de la Asociación Americana del Corazón, se revivió el láser revascularizante que muchos habían declarado en desuso. Ya se promueve nuevamente para adelantar diferentes procedimientos, sobre todo para la generación de minúsculos canales en el músculo cardíaco que presenta riesgo deficiente. Otra valiosa oportunidad de utilización es en pacientes con angina intratable, que no pueden someterse a cirugía o revascularización con catéter.

# Psiquiatría para el próximo milenio

Por Alfredo de los Ríos  
Profesor, Depto. de Psiquiatría U. de A.

Las líneas actuales de una disciplina permiten vislumbrar la trayectoria que ésta seguirá en el futuro, aunque también, todo intento de predicción recoge múltiples deseos posibles. De esa manera el estado actual de la psiquiatría permite, en este fin de siglo y de milenio, anticipar los caminos posibles que seguirá, pero también lo que algunos quisiéramos que fuera. La psiquiatría, disciplina auténticamente médica, aquí cabe tanto la tradición clínica y semiológica, como las actuales neurociencias, la biología molecular, la genética y la imaginología, es también tributaria de otras esferas, como las ciencias sociales: psicología, antropología, sociología e historia, y no menos por disciplinas que parecen lejanas como la filosofía, pues ahora más que nunca las preguntas sobre el carácter de la mente, la construcción del conocimiento y la consistencia de la realidad, han estado en primer plano. También otros campos del saber como la lingüística, la ética, las ciencias de la comunicación y se podría agregar sin exagerar la literatura, por su capacidad de descripción y creación por medio del lenguaje y su exploración del comportamiento humano.

## ABORDAJE INTEGRAL

En la práctica, y de esto dan muestra la mayor parte de los contenidos en revistas especializadas y en los temas de los principales congresos de la especialidad, que el área denominada psiquiatría biológica, tiene la hegemonía y desperta el mayor interés; es decir, que en apariencia los estudios y hallazgos en el órgano cerebral y en lo relativo a los psicofármacos, es lo que más peso tiene, entre otras razones porque detrás de ello, presiona una de las más grandes fuerzas en nuestro mundo mercantil actual: el conjunto de intereses de los grandes (y pequeños) laboratorios farmacéuticos. Esto es un fenómeno innegable y por sí mismo no merece rechazo; el riesgo importante es que se convierta en la única opción posible, lo cual sería una lamentable aberración, porque le amputaría a la psiquiatría y como efecto directo al abordaje integral del ser humano trastornado, una parte esencial de los componentes que señalábamos al comienzo. Lo que sí es claro es que desde que los psiquiatras pueden utilizar medicamentos más adecuados - históricamente desde comienzos de la década del 50 - a partir del descubrimiento de las fenotiazinas, los cambios son rotundos. Más adelante con los antidepresivos tricíclicos, luego los ansiolíticos, el litio, las nuevas generaciones de antidepresivos, los neurolépticos atípicos y numerosos compuestos, como la carbamazepina, el ácido valproico, el gabapentín, la esfera terapéutica se ha enriquecido y los problemas derivados de la sintomatología, tanto individuales como colectivos, han mejorado sustancialmente.

No obstante, como en otras esferas de la medicina: la producción de efectos secundarios, temporales o definitivos, ciertas formas de adicción, los potenciales teratogénicos, y las nuevas alteraciones producidas sobre el comportamiento, han suscitado nuevos problemas y han abierto nuevas preguntas, tanto técnicas como éticas, que deberán resolverse en los próximos años. Si en virtud de la perspectiva que estamos intentando trazar, la psiquiatría biológica y su cortejo farmacológico, fue-

ran la única opción del futuro, estaríamos en el umbral de un mundo totalmente controlado por la ciencia; es decir bajo la égida del paradigma tecno-mecánico, y sin lugar a dudas sería un mundo robotizado, sometido a la tiranía de una supuesta normalidad, dictada por el imperio de lo que un psicoanalista eminente ha llamado « el discurso del Amo ». Dicha sociedad rechazaría las diferencias, y las singularidades serían una rarezas en contravía con la universalidad que es uno de los postulados de la ciencia - que en este caso puramente ficticio - serían una ciencia y una psiquiatría totalitarias.

## PSIQUIATRÍA PLURAL

Por fortuna desde hace algún tiempo, vamos observando que si bien el campo de los avances biológicos es indudablemente poderoso y productivo, otras líneas se van moviendo en diversas direcciones, otorgando al escenario de la psiquiatría mundial una fisonomía más plural, más heterogénea y en ese sentido más compleja. Es decir, de la tentación de los «reduccionismos» ambiciosos y simplificadores, que intentarían explicar e igualmente reparar

con series causales lineales, se han desplegado áreas que introducen modelos sistémicos, conceptos cibernéticos de segundo orden, modelos cuánticos, conceptos basados en la teoría del caos o en la flecha del tiempo. El pensamiento «complejo» se volverá necesario, porque los puentes inter y transdisciplinarios se tornan obligatorios, las fronteras se abren y se mezclan y hay que adquirir nuevos núcleos de identidad disciplinaria.

## TENER EN CUENTA OTRAS DISCIPLINAS

Las ciencias sociales están cada vez más comprometidas en el área de la psiquiatría: los fenómenos colectivos, los ideales sociales, la estructura y dinámica de la familia, las condiciones de género, las posibilidades de interacción en situaciones de conflicto y violencia, las características étnicas y socio-antropológicas. La epidemiología tanto general como clínica seguirán aportando en la dimensión poblacional. Las psicoterapias son un campo abierto a numerosos cambios: los avances conceptuales del psicoanálisis, la terapia y la psicología cognitivas, las técnicas comunicacionales e interaccionales, los usos clínicos, preventivos y promocionales de las tecnologías actuales: la internet y las redes virtuales, lo mismo que la aplicación terapéutica de la realidad virtual como se está comenzando a emplear en los tratamientos de fobias y síndromes de estrés post-traumático.

Si la psiquiatría estaba apresada, especialmente en los dos últimos siglos, que han sido los de su propia historia, en la consolidación de su campo específico y en la construcción de sus referentes conceptuales y técnicos, le corresponde ahora articularse a una gran cantidad de líneas que se entrecruzan en el campo del conocimiento humano, sin abandonar su propio territorio. Debe seguir siendo humilde, será más plural, evitará las tentaciones dogmáticas, seguirá firme en el tronco de su madre la Medicina, pero sin fallarle a sus conexiones y alianzas con otras áreas del saber. Dentro de la Medicina también le tocará ser la guardiana del acto médico, que está tan vapuleado y desnaturalizado y deberá tener claro, que aunque el futuro pueda superar los paradigmas del presente y enfrentarnos a nuevos retos, el ser humano seguirá existiendo con su sufrimiento, su angustia, sus posibilidades de conflicto, sus desigualdades y su locura y la psiquiatría deberá seguir ofreciendo ese «algo» de humanidad.

«En apariencia los estudios y hallazgos en el órgano cerebral y en lo relativo a los psicofármacos, es lo que más peso tiene, entre otras razones porque detrás de ello, presiona una de las más grandes fuerzas en nuestro mundo mercantil actual: el conjunto de intereses de los grandes (y pequeños) laboratorios farmacéuticos».



La psiquiatría estaba apresada, especialmente en los dos últimos siglos, que han sido los de su propia historia, le corresponde ahora articularse a una gran cantidad de líneas que se entrecruzan en el campo del conocimiento humano, sin abandonar su propio territorio.

Foto Edwin Vélaz Vásquez

# FRESENIUS

El último número de la revista británica Lancet, publicó un optimista informe sobre la aplicación de electrodos en el cerebro de varios enfermos obsesivo-compulsivos graves. Los buenos resultados obtenidos plantean otra alternativa frente a la tradicional y compleja cirugía este-reotóxica, conocida como capsulotomía, también utilizada en el tratamiento de enfermedades como el Parkinson. El estudio, adelantado por el Departamento de Neurocirugía de la Universidad de Leuven, Bélgica, propone que, en vez de lesionar el tejido nervioso con la intervención acostumbrada, se haga una estimulación eléctrica continua de zonas específicas del cerebro.

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

SOLUCIÓN AL  
CRUCIPULSO  
ANTERIOR

## Eventos

- Simposio Internacional de Salud y Trabajo «Cuba 99». La Habana, Cuba 6-10 de diciembre de 1999. Mayores informes en el teléfono (537) 578343. E-mail: medtra@medtra.sld.cu
- La Facultad de Salud Pública, en conmemoración de los 35 años de funcionamiento, programó el Congreso Internacional Salud para Todos y Formulación de Políticas de Salud Pública para el Siglo XXI», que se llevará a cabo en el Hotel Intercontinental de la ciudad de Medellín, entre el 6 y el 10 de diciembre de 1999. Mayores informes en los teléfonos 5106810 y 5112429.
- II Congreso Internacional de Neuroanestesia. Genk, Bélgica. Febrero 2 al 5 del 2000.
- IV Congreso Colombiano de Genética. Popayán, febrero 21 al 25 del año 2000. Mayores informes Sociedad Colombiana de Genética.
- X Simposio Internacional de Dermatología. C.E.S. Medellín, Colombia. Marzo 3 al 4.
- VI Congreso Mundial de apnea de sueño, Sidney, Australia. Marzo 12 al 15.
- XXI Congreso Colombiano y I Congreso Bolivariano de Obstetricia y Ginecología. Ciudad por definir. Marzo.
- Retina Meeting. Frankfurt, Alemania. Abril 8 al 9.
- 1er Congreso Iberoamericano de Enfermería Geriátrica y Gerontología. Logroño-España. 7-11 abril del 2000. Mayores informes en www.arrakis.es
- XX Reunión Anual de Dermatología Latinoamericana. Mar del Plata, Argentina. Mayo 6 al 9.
- Clinical Dermatology 2.000. Viena, Austria.

- Mayo 18 al 20.
- XIV Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Micología Humana y Animal. Buenos Aires, Argentina. Mayo 8 al 12.
- Congreso Mundial de Bioética. España. Junio (fecha y ciudad por definir).
- V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. México D.F. 5 al 9 de junio del 2000. Mayores informes e-mail: 5gchp@cenids.ssa.gob.mx o 5cmps@paho.org
- Congreso Mundial de Bioética. Gijón, 20-24 de junio del 2000. Mayores informes en www.bioética.sibi.org
- II Congreso de la Asociación Latinoamericana del Tórax. Cartagena. Colombia. Agosto 3 al 6.
- X Conferencia Internacional Sobre Trichinellosis, Fontainebleau, Francia. Agosto 20 al 24.
- XXVIII Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Hematología. Toronto, Canadá. Agosto 26 al 30.
- XIX Congreso Mundial de la Rehabilitación Internacional. Tema central: «Ciudadanía y diversidad en el nuevo milenio». Fechas: agosto 25 al 29 del 2000, en Río de Janeiro, Brasil. Mayores informes en el correo electrónico: cm@cxpostal.com.br o en la página web www.ri.org.br
- IV Taller Internacional de Salud y Trabajo Social en el Nuevo Siglo. Ciudad de La Habana, Cuba. 27 al 30 de septiembre del 2000. Mayores informes en el teléfono (537) 576077 o (537) 576058.

## La Ganadora del Crucipulso



Agradecemos a todos los que participaron con el Crucipulso. Nos alegra que nos sigan la pista y que disfruten con este pasatiempo, que por cierto es bien curioso. La ganadora fue Patricia Rodríguez Pérez, del Departamento de Garantía de la Calidad, del Hospital Universitario San Vicente de Paúl. El doctor Julio Ernesto Toro Restrepo, director del periódico fue testigo del sorteo que se llevó a cabo en las oficina de El Pulso. ¡Así cumplimos! Foto Edwin Vélez Vásquez

**DICIEMBRE 1°: Día Mundial del Sida**  
**DICIEMBRE 3: Día Panamericano del Médico.**  
**DICIEMBRE 16: Día del Químico Farmacéutico.**

## CLASIFICADOS

- **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 a la salud. A la venta. Mayores informes 5225740.**
- **Venta de ocasión: juguetería Fisher Price, Tyco, Mattel (Barbies) a mitad de precio. Tel: 365-53-07**

## de blanco

**ESPECIALIZADO EN DOTACIÓN MEDICA HOSPITALARIA**  
Vestuario, Calzado y Accesorios para:  
Médicos • Odontólogos • Enfermeras • Laboratoristas y Estudiantes del Area de la Salud.  
Ventas por club en:  
**Medellín:** Centro Comercial Almacentro, local 204. Cra. 43 A N° 34 - 95. Tel. 232 36 31.  
**Santa Fe de Bogotá:** Principal Cra 74 N° 15 42.  
Fax: 217 73 37. Tels: 211 74 35 - 249 74 82.  
Sucursal: Carrera 7 N° 121 49. Tels: 215 05 56 - 213 54 21

## REMATE

**EQUIPO MEDICO Y ODONTOLOGICO**  
**512-14-17, 231-50-83**

**SOLO HASTA DICIEMBRE 20**

**CARRERA 51 N° 61-67**  
**Contiguo a Comfama**  
**Prado Centro-Medellín**



**Carrera 32**  
**N° 1B Sur 51.**  
**Local 103**  
**Tel: 312 24 84**  
**Medellín -**  
**Colombia**

**MENSAJERIA URBANA**  
**Licencia MIN N° 000122**



**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)

Promoción anual de aniversario  
**20 y 25%**  
**DEL 1° AL 24 DE DICIEMBRE**

**Feliz Navidad y Próspero Año Nuevo**

**Centro Comercial Villa de Aburrá - Plazoleta**  
**Carrera 81 N° 32-136. Local 137. Tel: 250-57-38. FAX: 411-59-75**  
**MEDELLIN - COLOMBIA**

## CRUCIPULSO

Por Julio Ramiro Sanín A. md.

### HORIZONTALES

- Voz rusa para calentador de agua, para el te y lo caliente en una ollita en la parrilla. Antílope del África, salía en la cartilla de lectura de la escuela.
- Fijarás límites con tu vecino.
- Gesto, figura o ademán burlesco. La casita de los osos.
- Pájaro negro garrapatero. Mató a su hermanito con la quijada de un burrito, que tan malito.
- Río gringo con cataratas, ideal para pasar una luna de miel. Artículo determinativo neutro.
- Cualquier cosa que se oponga al progreso o realización de algo (plural)
- Harás sonar un instrumento musical, lo que le pasó al burro con la flauta. Tercera persona del verbo to be (en inglés).
- Sufijo para tumores. A este pipí le sacaron las vocales.
- La viejita del paraguas remendado. Lo que más le gusta al egoísta. Conozco de crucigramas.
- Denota un lugar cercano. Inés viene para ... La otra viejita del paraguas remendado.

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

- parece una... Hilera de personas que esperan turno.
- Diminutivo de Otoniel. Prohibido pisarla.
- Inflexión de ir. El mentiroso siempre... decía mi mamá.
- Pendiente, arete. Reclamo Mucho Amor. Inmediatamente.
- Está más ... que jarrete de niguatero. Indica multiplicación de número.
- Inflexión del verbo ser. La mitad del hijo de la rana.
- El popó de las gallinas (plural).
- Planeta del sistema solar (plural). Diosa de la Tierra.

### VERTICALES

- Árbol muy grande de la familia de las mimosáceas y ah bueno que es pararse debajo de uno ellos a caballo, tomando aguardientico. ¡Ojo con un rayo! Mama, pezón, queso gallego de forma redonda y acabado en punta (igualitico).
- Planta venenosa de la familia ranunculácea. Dialecto de los crucigramas.
- Persona muy delgada y demacrada,

**Encuentre la solución en el próximo número.**

## 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

## EL PULSO

Nombre: .....  
Dirección para envío .....  
Barrio .....  
Teléfono .....  
Efectivo ..... 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. 29900056-2  
Banco Santander, Cuenta No. 01004147-3  
Nota: La suscripción también se puede cancelar en las Cajas del Hospital Universitario San Vicente de Paúl.



Los mejores trabajos de investigación científica presentados durante el XXI Congreso Colombiano de Pediatría efectuado en Cali, fueron premiados por consenso. El primer lugar se le concedió al trabajo «Adolescente y embarazo, salud y nutrición», de los doctores J.C Reina, B. de Orozco, D. Dufour y G.B Spurr de Cali. El segundo lugar fue para la investigación «Hidratación oral con soluciones de baja osmolaridad», de los doctores Carlos Bernal, C. Velásquez, G. García, G. Uribe y C. Palacio de Medellín. Los demás reconocimientos fueron compartidos por especialistas de Bogotá, Santander, Antioquia y Valle.

## CULTURAL

# Para recuperar el pulso de lo social

Por: **Patricia Ramírez Arboleda.**

Magister en Sociología de la Educación. U. de A.

«Gente de las afueras, moradores de los suburbios de la historia, los latinoamericanos somos los comensales no invitados que se han colado por la puerta trasera de Occidente, los intrusos que han llegado a la función de la modernidad, cuando las luces están a punto de apagarse...»

OCTAVIO PAZ

inevitablemente, el advenimiento del siglo XXI, ha causado una gran conmoción en las mentalidades y en las expectativas de todos los seres humanos. Se suceden cábalas, teorías; hacen lugar las artes adivinatorias, se invocan dioses y espíritus con diversas nacionalidades; los gustos musicales y las afinidades estéticas rompen barreras de clase social y se instauran por todos los rincones.

La melancolía invade por igual a piscis, acuario, tauro o virgo; las velas de colores según la gracia a pedir se adquieren en refinados almacenes de centros comerciales o en chazas dispuestas para entretener el hambre y la miseria de muchos. Es la época moderna o mejor, postmoderna, para ser coherentes con el epígrafe tomado del texto «El laberinto de la Soledad», se buscan con afán distractores que separan de manera dramática los sujetos, de su propia realidad. Una de las más grandes paradojas de una época, atravesada por una triple revolución económica, política y social, la constituye el estado de «intemperie espiritual», que algunos reconocen como vacío de liderazgo.

### EL PREDOMINIO DE LA RAZÓN

La razón ha sustituido la fe, dejando la explicación del mundo en manos de la ciencia y del pensamiento lógico propios de los nuevos tiempos. La rápida sucesión de teorías y creaciones hace lugar a un sentimiento que se asemeja a la incertidumbre, tan pronto el espíritu se dispone ante un paradigma emergente, tiene ocurrencia una nueva elaboración racional que interroga una frágil verdad. En medio de estas consideraciones es conveniente no olvidar que la revolución del mundo nos ha separado del lugar de la gravedad y nos ha disparado como balas, apartándonos de nuestros iguales; de otros hombres y otras mujeres con pensamientos, sensaciones y sentimientos cercanos a los propios. Los grandes humanistas



El sueño, de Pablo Picasso

del siglo, nos recuerdan el lugar en el cual deben identificarse las posibilidades que harían de éste un mundo realmente humano. Por ser simples y aparentemente elementales, sus razones, no dejan de convertirse en una convocatoria ante la cual es difícil resistirse.

### ESPERANZAS

En su última obra, «Antes del Fin», Ernesto Sábato relata de manera breve, pero significativa, una experiencia de vida que transcurrió entre el reconocimiento académico, el lugar en el mundo de la ciencia, y el encuentro con el mundo de las limitaciones y necesidades adornado con pinceladas nacidas de su espíritu de artista y bohemio. El relato conmueve no sólo por la sencillez de su escritura, sino además por el valor que sus decisiones le otorgan a una experiencia, narrada entre los avatares de la modernidad y las búsquedas del corazón. Es inevitable ignorar el impacto que producen las palabras de un hombre que se piensa en su presente, en relación con su pasado y que a pesar de los estragos causados por la omnipotencia, la falta de solidaridad y la soledad, aún tiene la esperanza de que el mundo pueda ser algo diferente y promisorio. Cruda realidad, la de una modernidad que intenta tomar los restos de humanidad para construir su proyecto histórico. Desde este lugar, las ideas de progreso y desarrollo medidas a partir de indicadores económicos, han contribuido a la formación de ideales fundamentados en la posesión de bienes, de conocimiento, de tecnología. Todo es susceptible de ser comprado, intercambiado y vendido en el mercado de la vida postmoderna y como lo señaló Juan Liscano en un artículo publicado en el periódico EL COLOMBIANO: «Ya la técnica no sirve al hombre sino

«Pero no todo es caos, alternativamente los colombianos aprendimos a hacerle el quite al dolor y a la tragedia»

el hombre a la técnica. Esa monstruosa desviación significó no sólo la despreocupación por la divinidad misma, por la trascendencia humana, por el desarrollo del espíritu, por las artes, la belleza, lo sagrado, sino también por las nociones de virtudes, por la moral, por la elevación de pensamiento, por la fe en alguna sobrevivencia de la luz interior».

### LA FORTALEZA DEL HOMBRE COLOMBIANO

El rápido diagnóstico que pueda hacerse de la sociedad colombiana reconociendo a manera de antecedentes lo nombrado por estudiosos de lo social, bien podría servirnos de pretexto para pensarlos, recrearlos y reconocernos como sujetos comprometidos con una realidad a la que en nuestra condición de ciudadanos debemos aportar. Creo que sin excepción, todos alguna vez nos hemos preguntado por el hecho que desencadenó la situación a la cual nos enfrentamos hoy. El desempleo, la violencia, la guerra, el secuestro, la corrupción, el narcotráfico, la explotación sexual de niños y niñas; las

problemáticas sociales en lugar de atenuarse ante la emergencia de las intervenciones, parecen agudizarse hasta hacernos pensar que hemos llegado al límite de lo posible.

Pero no todo es caos, alternativamente los colombianos aprendimos a hacerle el quite al dolor y a la tragedia. Creativos, recursivos, audaces; nos hemos familiarizado con nuevas

maneras de sobrevivencia. Sin pretender justificarla, la racionalidad individual ha sobrepasado con creces la racionalidad pública. Prueba de ello, es que se ha vuelto complejo convocar alrededor de proyectos: «Es el secreto nacional: la creatividad individual, la diversidad, la imaginación, el rebusque, la tenacidad inagotable de los colombianos; pero también su dificultad para organizarse, para fraguar proyectos colectivos,

«La disposición al encuentro y al reconocimiento de la propia existencia en relación con la de los «otros», puede ser una primera alternativa e intención para proponer nuevas formas de interacción social».

para resolver los problemas públicos más esenciales (comenzando por la convivencia y el respeto a las instituciones- la ley, en primer término)-ii De nada vale hacernos recriminaciones, todos o ninguno somos responsables de lo que ocurre por acción

u omisión. La pregunta ahora es: ¿Cuáles son nuestras expectativas individuales y colectivas en relación con el advenimiento de un nuevo siglo, en una nación que habitamos no sólo en condición de seres físicos, sino también en la de seres humanos?

No es posible considerar alternativas mesiánicas, ni acciones predictivas que propongan fórmulas funcionales. El desgarramiento del tejido social que sufrimos hoy, merece otro tratamiento proveniente de la condición primigenia de sentirnos humanos.

### LA LUCHA POR EL RECONOCIMIENTO

El filósofo español Fernando Savater señala que la humanidad no sólo es la condición más íntegra de los hombres- y mujeres-, sino que también requiere de ese marco humano para lograr manifestarse. Nos hacemos humanos en relación con los otros, que son esencialmente diferentes y singulares. Pretender homogeneizarnos para comprendernos sólo responde a mentalidades enraizadas en estructuras de control. Lo diverso, lo diferente, lo concreto, lo opuesto, la tradición, la innovación; forman parte de un mundo que no tiene existencia propia si no es pensado, construido y recreado por los humanos en la lucha permanente por apropiarlo y transformarlo.

La humanidad jamás puede ser alcanzada en la exclusión, en la ruptura permanente de vínculos. La disposición al encuentro y al reconocimiento de la propia existencia en relación con la de los «otros», puede ser una primera alternativa e intención para proponer nuevas formas de interacción social.

En Educación para la Convivencia, Luis Carlos Restrepo afirma que «... El Medio Ambiente interpersonal, surcado por imágenes que dan sentido a nuestros actos y anhelos,

es ante todo un espacio comunicativo que requiere de un movimiento constante, cuyo flujo puede verse interferido, produciendo en el sujeto gran sufrimiento y una sensación de muerte inminente».

El establecimiento de vínculos supone una intención transformada en actos y entrecruzamientos donde se gana y se pierde. Allí se logran espacios para el consenso, pero además para el disenso. No toda acción supone el logro inmediato de acuerdos y entendimientos y en este proceso es indispensable alcanzar la comprensión necesaria, para lograr fortalecer los vínculos aun en medio de las diferencias. La tolerancia entendida como cierta disposición de aceptar o soportar, cede terreno a otra condición en la cual se reconoce el diálogo como un compromiso e intercambio desde donde se vehiculan nuevas formas de hacer y estar en el mundo. Las representaciones individuales y colectivas reclaman la existencia de espacios más humanos; con mediaciones fundamentadas en el reconocimiento de la diversidad y la diferencia; y apoyadas en la sensibilidad, el respeto y el amor por lo propio. A la manera en que lo nombra Luis Carlos Restrepo, «...la construcción de una red interpersonal gratificante que nos vincule cálidamente a la existencia».

### REFERENCIAS

- i LIZCANO, Juan. *Humanismo y nuevas tecnologías, relación tormentosa.* En: *El Colombiano. Suplemento Dominical, domingo 23 de marzo de 1997*
- ii ¿PÁRA DONDE VA COLOMBIA? *Hernando Gómez Buendía. (Compilador) Santafé de Bogotá: COLCIENCIAS, 1999*
- iii RESTREPO, Luis Carlos. *Ecología humana y autogestión de la interpersonalidad.* En: *Educación para la convivencia. Serie «Prevenir es construir futuro».* Santafé de Bogotá, sf. p. 45

«La comunicación en salud puede tener fines preventivos, como los que se fijan en los grupos de crecimiento personal, desarrollo social u operativos; puede ser establecida como terapia de atención secundaria, cuando se interviene en una crisis, o a una persona que padece una enfermedad física o mental que compromete su bienestar; o puede darse en el ámbito hospitalario, esta comunicación se establece directamente con la persona enferma y su familia». Apartes de la introducción del libro «Técnicas de comunicación terapéutica», escrito por la enfermera de la U. de A., Bernarda Ospina.



# La ceguera que nos embarga

Por Camilo Alberto Pérez Mejía. Md. Jefe Departamento de Toxicología Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

**D**ía a día el consumo de sustancias como el alcohol y otras aumenta, con sus efectos devastadores sobre la salud física y mental de quienes las consumen. Este tipo de hábitos afecta el desempeño académico, laboral, social, familiar y aporta una cuota no despreciable a la violencia que hoy padecemos en todas sus manifestaciones.

Hacer referencia al abuso o dependencia de sustancias ha sido un tema que a primera vista llama la atención de las personas, quizás por la imagen no muy pocas veces distorsionada y estigmatizada que se tiene de quien las consume. Para la mayoría, el interés sobre el tema no va más allá de mencionar que es un flagelo que afecta la sociedad y sólo aumenta este interés cuando alguien cercano a nuestros afectos padece este tipo de trastorno. Parece que la ceguera fuera el mal que afecta a muchos de los implicados en este asunto.

#### UN PROBLEMA DE TODOS

Son ciegos los consumidores cuando no admiten que padecen un problema, creen que únicamente es alcohólico quien toma alcohol antiséptico en la avenida La Playa en Medellín o es «vicioso» quien vende objetos de la casa para financiar el consumo, perdiendo valiosos años de la vida y privando de paz y tranquilidad a sus familiares. No entienden, parafraseando la publicidad de la Dian que por cada consumidor que logra la abstinencia, al menos cuatro de sus allegados recuperan la tranquilidad. Ciegos también sus familiares cuando con su equivocada (aunque la mayoría de veces bien intencionada) conducta de coacción perpetúan el comportamiento inadecuado del abusador o dependiente de sustancias.

Continúan la ceguera todos los que no consideran al alcohol como la sustancia de mayor consumo y con los efectos más nocivos, y se inclinan a pensar que el uso de otras sustancias es el que se debe perseguir.

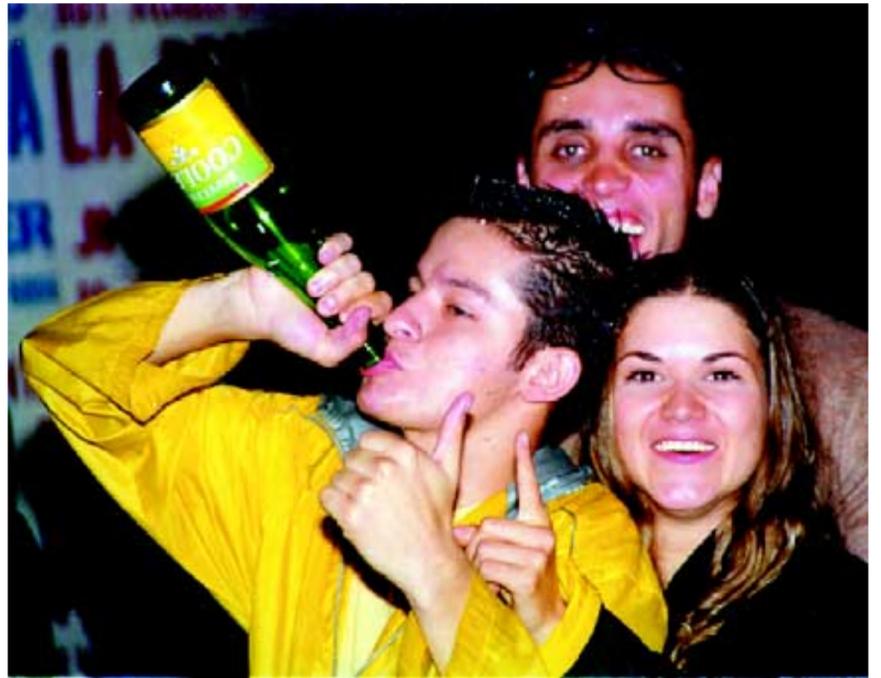
Ciegas, muy ciegas, quienes desde las diferentes esferas del gobierno tienen el poder de definir los recursos o la permanencia de instituciones dedicadas a la atención de pacientes con estas dificultades y olvidan que la razón de su existencia es la atención de quienes necesitan de sus servicios. Ciegas, muy ciegas las EPS cuando se niegan a dar tratamiento a pacientes con trastornos por uso de sustancias aduciendo que éste no está incluido en la Ley 100 y no se percatan de que los 250.000

«Ciegas, muy ciegas las EPS cuando se niegan a dar tratamiento a pacientes con trastornos por uso de sustancias aduciendo que éste no está incluido en la Ley 100».

pesos que cuesta aproximadamente un tratamiento ambulatorio durante tres o cuatro semanas, hecho por un equipo trasdisciplinario (médico especialista en farmacodependencia, psicólogo, psiquiatra, promotora social y terapeuta ocupacional) y fundamentado en la psicoeducación, es un valor irrisorio frente a los enormes costos que implica la atención de un paciente accidentado o herido, mientras está bajo los efectos del alcohol u otras sustancias, constituyéndose en una vena rota que desangra los recursos de estas empresas.

Ciegos en las empresas cuando, aun desde los niveles de dirección más altos, se asume una actitud permisiva con respecto al consumo de sustancias o son laxos en la aplicación de las sanciones pertinentes, cuando un trabajador por el consumo es disfuncional y constituye un tabú sugerirle que recurra a un tratamiento.

Y finalmente, equivocados se encuentran los médicos y demás personal del área de la salud cuando no consideran los trastornos por uso de sustancias como enfermedades crónicas, no creen en la efectividad de los tratamientos y piensan que la única alternativa es el «internamiento» en alguna institución durante largos meses.



«La ceguera es de todos los que no consideran al alcohol como la sustancia de mayor consumo y con los efectos más nocivos, y se inclinan a pensar que el uso de otras sustancias es el que se debe perseguir».

Foto Edwin Vélez Vásquez.

## AVISO IATM

## AVISO CORPAUL