

EL PULSO

Periódico
para el sector
de la salud

MEDELLÍN, COLOMBIA AÑO 2 N° 19 ABRIL DEL AÑO 2000 ISSN 0124 - 4388 VALOR \$ 1.500 e-mail: elpulso@elhospital.org.co

Alarmante disminución de ingresos médicos



La situación económica de los médicos es tan delicada en la actualidad, que el pago que reciben por una consulta, en algunos casos, no alcanza para cubrir sus obligaciones personales. Foto: Luis Guillermo Giraldo.

El consenso que existe entre los médicos es que sus ingresos bajaron. Según la investigación "Las condiciones laborales y de vida de los médicos", adelantada por la Fundación Corona y la Fundación Presencia, el 65% de

318 médicos encuestados, consideraron que el promedio mensual de sus ingresos, comparados con los de hace tres años, son peores. EL PULSO escuchó a los médicos especialistas y generales, quienes manifestaron su pre-

ocupación porque sus ingresos han decrecido entre un 50% y un 70%, pero observan que los costos operacionales han subido. También ven que el glosado de las cuentas afecta los pagos que reciben y miran con inquietud el pa-

pel que cumplen los intermediarios en este problema. Un especialista de Cali expresó: "muchos médicos reciben consultas de mil pesos, que es lo que vale un chontaduro grande".

DEBATE PÁGINAS. 2,3 Y 5

Aguda crisis hospitalaria en el Valle del Cauca

La red hospitalaria del Valle del Cauca tiene un déficit que asciende a los 100 mil millones de pesos. La única alternativa que tiene en estos momentos es el cierre paulatino de un grupo de hospitales y de servicios en otros. Son 61 instituciones las que conforman la red y a juicio de las autoridades, incluida el

Ministerio de Salud, es que sólo sobrevivirán "aquellas que sean autosuficientes y necesarios". Como salida a esta crisis, los hospitales adelantan procesos de reestructuración, lo que implica recorte de personal y la conformación de empresas asociativas.

EL CASO PÁG. 6

Demanda contra las ARS

Por considerar que las ARS cumplen más una labor de intermediación económica, que de salud, el Movimiento Nacional de la Salud Pública y Asmedas Antioquia, presentaron una demanda de inconstitucionalidad de los artículos 215 y 216 de la ley 100 de 1993, ante la Corte Constitucional. Los demandantes argumentan que el Estado destina unos dineros para la creación y sostenimiento de las Administradoras del Régimen Subsidiado, en detrimento de los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, consagrados en la Constitución Política de Colombia.

PÁG. 12

Otra pata que le nace al cojo

7

Con el decreto 1804 de 1999, el Gobierno Nacional fijó las condiciones para la administración del régimen subsidiado. El articulado contiene, entre otras, las nuevas reglas para la operación de las ARS. **Observatorio.**



La misión: modernizar Metrosalud

10

El nuevo gerente de Metrosalud, Guillermo León Franco Castaño, tiene tres años para modernizar la entidad. El funcionario y su equipo de colaboradores trabajan intensamente para estructurar un plan que debe cumplirse en el tiempo establecido.

Agroecología, producción natural de alimentos



11

Crecen las experiencias por la producción de alimentos sin agroquímicos, que pretende mitigar el impacto en el medio ambiente y generar autonomía campesina. **Medio ambiente.**



Responsabilidad civil médica

13

"Si la actividad del médico ha sido correcta de acuerdo con la ley del arte y si, sin su culpa, el estado del paciente no ha mejorado, no habrá lugar a la indemnización. Se ocasionó un daño, es cierto. Pero también lo es, que ese daño no es indemnizable porque no es culpable. Este punto de vista cambia (a nuestro modo de ver injustamente), en el caso de los médicos estatales".

EDITORIAL

¿Me seguirás amando mañana?

4

"Hoy por hoy hemos llegado a que, para completar lo necesario para la universalización de los beneficios de la ley, se incida de manera considerable sobre el ingreso de los profesionales de la salud. "

"Todo el personal de la salud encontrará en esta obra temas actuales, presentados en un enfoque práctico y fundamentados en la vivencia".

* Tomado del Libro "Hospital & Empresa"

Hospital
&
Empresa

Editor
Julio Ernesto Toro R.



Ver página 9.



La vida de los médicos ha cambiado

Disminuyen ingresos y oportunidades de empleo

Un gran porcentaje de médicos consultados por la Fundación Presencia en todo el país indicó que sus ingresos bajaron, que las condiciones de trabajo eran peores y existía mayor inestabilidad laboral.

En la investigación adelantada por la Fundación Presencia y auspiciada por la Fundación Corona, denominada "Las condiciones laborales y de vida de los médicos en Colombia, 1996-1998", coordinada por el doctor Luis Gonzalo Morales Sánchez, actual Secre-

ario Distrital de Salud de Bogotá, se presenta un panorama que merece tenerse en cuenta para comprender lo que ha pasado con los ingresos de los médicos en el país, en los últimos años.

En uno de sus capítulos referido a las "Características del empleo de los médicos estu-

diados", señala que tanto los médicos generales (el 47.2%) como los especialistas (el 73%) observaron que el número de actividades en el ejercicio de su profesión se habían aumentado, que sus oportunidades de empleo eran peores y el 85% admitía que había una mayor inestabilidad laboral.



La situación de mercado afecta por igual a médicos especialistas como a los generales. Foto: Luis Guillermo Giraldo.

La ley 100 afectó los ingresos

Uno de los factores coyunturales que influyó en los ingresos de los médicos, fue la Ley 100, por algunos factores como la aparición de nuevos aseguradores y la ampliación de la cobertura de la población, lo que trajo como consecuencia la afectación del predominio médico en el sistema de la salud; se terminó el monopolio estatal y las entidades que cumplían con esa función (ISS, Cajanal y Caprecom) modificaron sus formas tradicionales de operación y contratación de personal.

De igual manera, señala el estudio, cambió el esquema de prestación de servicios. Aumentó la demanda de contratación de los médicos generales, como filtro obligado de todo paciente y control sobre

los recursos especializados. También los médicos independientes vieron disminuir sus pagos provenientes de sus pacientes, porque éstos son asumidos por el sistema.

Como conclusión a este respecto dice la investigación: "en general el mercado de los servicios privados de salud se ha contraído; hay mercado de expansión para los médicos generales y para aquellos que son pagados por terceros. Los médicos especialistas que dominaban el anterior mercado muy seguramente han visto disminuir tanto sus ingresos como las condiciones y oportunidades de empleo".



Menos plata

La investigación "Las condiciones laborales y de vida de los médicos en Colombia, 1996-1998", señala que los ingresos percibidos por los médicos, durante 1996, tuvieron varias modalidades: un 38% combinación de sueldos y honorarios; el 19% honorarios y el 15% por sueldos y prestaciones. Para 1997 la participación en la combinación de sueldos y honorarios se mantiene sobre el 38%, pero el pago por honorarios aumenta al 69% en 1998. La modalidad de sueldos y prestaciones se eleva en dos puntos para ese año.

En otro de los capítulos de este estudio, referido a las condiciones de vida y patrimoniales de los médicos estudiados, el promedio de los ingresos por concepto

de sueldos/honorarios viene disminuyendo. En 1996 reportaron una media de \$2.4 millones de pesos, que bajó a \$2.2 millones en 1998. El mayor rango de los ingresos se sitúa en los tres años entre \$1.2 millones y \$3.4 millones. Por atención a pacientes particulares indica una media de \$2.0 millones en 1996; \$1.5 millones para 1997 y \$1.2 millones para 1998.

De igual manera, señala que una de las principales conclusiones a que se llega sobre la percepción de los médicos de la ley 100 —en el aspecto de ingresos es que de 318 médicos consultados, el 65% indicó que el promedio mensual, comparado con los de hace tres años, era peor; para el 27% era igual y sólo el 8% opinó que fue mejor, como lo indica el cuadro.

Calificación de ingresos médicos promedios mensuales en los últimos 3 años.

Item	No. de casos	%	Respuestas válidas
Mejores	25	7.58%	7.86%
Iguals	85	25.76%	26.73%
Peores	208	63.03%	65.41%
No responde	12		3.64%
Total	330		
Respuestas válidas	318		96.36%

Fuente: Fundación Presencia, noviembre de 1998.

Características de empleo

Item	N° de Casos	%	Respuestas válidas
Mejor	31	9.39	9.97%
Igual	53	16.06	17.04%
Peor	227	68.79	72.99%
No responde	19	5.76	
Total	330		
Respuestas válidas	311		94.24%

Fuente: Fundación Presencia, noviembre de 1998.

"En general el mercado de los servicios privados de salud se ha contraído; hay mercado de expansión para los médicos generales y para aquellos que son pagados por terceros. Los médicos especialistas que dominaban el anterior mercado muy seguramente han visto disminuir tanto sus ingresos como las condiciones y oportunidades de empleo".

Item	N° de casos	%	Respuestas válidas
Mejor	17	5.15	5.67%
Igual	53	16.06	17.67%
Peor	230	69.70	76.67%
No responde	30	9.09	
Total	330		
Respuestas válidas	300		90.91%

Fuente: Fundación Presencia, noviembre de 1998.

Item	N° de casos	%	Respuestas válidas
Mejor	4	1.21	1.25%
Igual	43	13.03	13.44%
Peor	273	82.73	85.31%
No responde	10		3.03%
Total	330		
Respuestas válidas	320		96.97%

Fuente: Fundación Presencia, noviembre de 1998.



De acuerdo con la resolución 13437 de 1991, que adopta el Decálogo de los Derechos del Paciente, señala en su artículo 1 numeral 2 que el paciente debe ejercer "derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas condiciones psicológicas y culturales, que le permitan toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y al pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve".

Debate

Alarmante disminución del ingreso profesional

Las cifras de la indignidad, según los médicos

Por Ana C. Ochoa
Periodista



Foto: Archivo

La ruta del descontento recorre toda Colombia, por esta razón EL PULSO hizo una encuesta nacional con profesionales y presidentes de diferentes sociedades médicas. La vehemencia de sus apreciaciones hace pensar en algo más que desazón: una peligrosa acumulación de inconformidad que merece ser escuchada.

La escala de los salarios en Colombia es una muestra de que la justicia es, tantas veces, una interpretación azarosa. Darle a un médico cuatro mil pesos por consulta, y en ocasiones mil, es un hecho que, seguramente, encuentra sólo justificación en los mecanismos absurdos de un país que ha sabido miserabilizarse en todos los sentidos. Mil respuestas a lo que los médicos han llamado indignidad, encuentra el razonamiento atravesado de legisladores arbitrarios con sabiduría cuestionable. Sólo tres de "sus" empresas: El Seguro Social, Caprecom y Ecosalud, registraron en el 99 pérdidas superiores a los 770 mil millones. Y, ya se sabe, el 55% de la población colombiana, más de 20 millones de habitantes, viven en la pobreza, según informe de la OIT.

Los médicos no son los más afectados. Ni los únicos. Pero sí alarma

su situación. Hoy miles de ellos, 2.500 cada año -egresados de 42 facultades que crecen sin control, más que en cualquier país desarrollado- se disputan el trabajo mal remunerado que deberá alcanzarles para subsistir. "Fui a ver un paciente y los cinco mil pesos que me pagaron, no equivalen ni al costo del transporte que tuve que utilizar para llegar al Hospital", comentó a EL PULSO un médico especialista. El Dr. Fabio Loaiza, presidente de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas afirmó: "es un trabajo muy triste. Médicos especializados y subespecializados no pueden trabajar a veces en los campos en los que se formaron con esfuerzo, y hacen cualquier cosa, lo que les toque, a precios vulgares, para no morir de hambre". "Se intentó socializar la medicina, sin socializar el sistema", dijo desde Cali el Presidente de la Sociedad Colombiana de

Cardiología, Dr. Adolfo Vera. Se comenta que en los últimos años del SGSSS, comparativamente con el trabajo de los especialistas, el de los médicos generales ha aumentado, pero a precios bajísimos. Y ante la proliferación de profesionales buscando oficio, la mayoría se ve presionada a aceptar lo que se le ofrezca. "Nos vendemos por necesidad", dicen. Hace 43 años, el conocido médico bogotano Hernando Martínez Rueda advirtió que "la semejanza de la prostitución con la medicina es impresionante en la historia".

Pero ni los médicos ni casi nadie...al parecer en el país la generalidad de las personas no recibe lo que debería para subsistir decentemente. Y en este caso particular, el asunto se complica cuando los afectados dicen que los ingresos se desvían hacia algunos sectores del sistema, que han entendido la salud como un negocio.

"El ingreso de los internistas se ha disminuido hasta en un 70%"

El doctor Guillermo Vanegas, presidente Sociedad Colombiana de Medicina Interna Desde Cali, comentó para EL PULSO:

"Sin excepción, el ingreso del internista se ha visto muy afectado. Dependiendo de la ciudad donde se encuentre y de las condiciones de trabajo, esta disminución ha sido aproximadamente entre un 50% y un 70%. Pero los costos operacionales sí han continuado subiendo. Un primer elemento es que la vida costosa en el país, la recesión... han reducido a su vez la capacidad de pago de los pacientes. Existe otro agravante y es que las empresas contratantes, expresando dificultades económicas, no sólo no pagan bien sino que no pagan a tiempo. Además, es muy frecuente el glosado inconsecuente de cuentas, lo que dilata el proceso de pago. Creemos que este fenómeno tiene múltiples variables. Una es el dominio del mercado por parte de la medicina prepagada en el ámbito privado y otra el del Plan Obligatorio de Salud en el resto del sector. El Plan Obligatorio de Salud ha aumentado la demanda por parte de una población con capacidad de pago asegurada, aunque limitada. Eso es importante en materia de cobertura y ha creado para muchos médicos una demanda que, aunque tiene reducida posibilidad de pago, no existía antes. No obstante eso implica -por ejemplo para el internista que hace sólo trabajo clínico- un aumento de volumen, pero un

pago muy bajo por paciente. Para obtener un ingreso justo habría que elevar el número de atenciones por día, hacerlas en menos tiempo y probablemente con menos calidad.

Otro factor es la relación entre oferta y demanda. Si uno observa el número de profesionales de la salud en Colombia frente a la población, hay un exceso. Se pensaría que existe mucho trabajo, pero hay que tener en cuenta la distribución de los profesionales. La mayoría están concentrados en las grandes ciudades, en el área

andina y de la Costa Atlántica. Otro aspecto es que no toda la demanda tiene suficiente capacidad de pago. Y por eso la remuneración final es baja. Como si fuera poco, en los últimos 20 años se ha dado una proliferación de facultades de medicina en Colombia. Tenemos unas 42 facultades aproximadamente. Un país como Canadá tiene apenas 16. En Colombia salen más de 2.500 médicos anuales. Al existir un exceso de profesionales, las empresas tienen la sartén por el mango. Captan los pacientes y pueden contratar los servicios de los médicos con tarifas muy bajas. El que no acepta simplemente se queda sin trabajo.

Es importante también mencionar que, mientras ha aumentado la cantidad de facultades ha disminuido la calidad".



Foto: Luis Guillermo Giraldo.

"Frente al exceso de profesionales, las empresas abusan y contratan a los médicos con tarifas muy bajas."

"No se valora la formación"

El doctor Héctor Mario Rengifo

Presidente Sociedad Colombiana de Endocrinología, capítulo Nariño, Valle y Cauca, opinó que :

"Además del consenso general sobre la disminución en el ingreso, existen hechos graves que hay que señalar. Por ejemplo, las entidades de salud prepagada, las E.P.S...están utilizando los médicos en sus consultorios tienen que pagar secretaria, impuestos y les quieren poner las condiciones de atención, muchas veces con unos emolumentos irrisorios, porque ya no son ni salarios. A los endocrinólogos, según mi observación aproximada, se nos puede haber disminuido el ingreso en un 30%, teniendo en cuenta que la nuestra es una especialidad clínica, sólo de consultorio, este por-

centaje de disminución es alto. La situación de los médicos generales es tal vez triste. Estos muchachos están recibiendo por consulta hasta mil pesos, que es lo que vale en Cali un chontaduro grande. Mientras esto sucede nuestros grandes ministros dilapidan el dinero de la gente. A los recién egresados les toca una situación muy difícil, algunos no pueden trabajar ni en su especialidad y hay subespecialistas en iguales condiciones. Esto es muy grave. Colombia es un país que no valora la formación de la gente. Lo peor es que no se ve un mejor panorama".

De las bolsas de empleo y otros dramas

El doctor César Cortez

Sociedad Colombiana Médicos Generales, explicó que :

"El gremio médico se ha visto afectado como consecuencia de la Ley 100, no sólo en sus ingresos sino en su desempeño profesional. El acto médico, la historia clínica, por ejemplo, ha terminado incluso en manos de terceros, debido a la existencia de intermediarios en el sis-

tema. Nuestra capacidad de consumo, de obtención de créditos está disminuida como la de muchos otros profesionales en el país. El ejercicio liberal se ha visto afectado por las tarifas mínimas del sistema. Una atención puede valer hasta 4 mil pesos. Además, no siempre

se tiene un buen volumen. En las EPS hay listas de médicos adscritos de los cuales el 30% pueden tener un volumen importante pero el 70% no, lo cual les impide un ingreso decente. Eso en relación con los médicos que tienen su consultorio adscrito. Otros sectores son el del Seguro Social y el del sector público, de las empresas del Estado, ambos sectores muy lesionados. En el ISS, el 50% de los médicos son contratistas civiles o supernumerarios. Los contratistas civiles no tienen derecho a prestaciones socia-

les, primas etc. Y los salarios son pésimos. Son el 50% del médico de planta en el ISS. El promedio de salario de un médico general de ocho horas es de 1.650.000 Es de los sitios donde aún es decente. Pero el presidente del ISS dice que son excesivos. El tercer sector es el estatal, los hospitales públicos, secretarías municipales y departamentales de salud, en donde las condiciones laborales son similares a las del ISS. Un 30% son de planta y 70% de contratistas civiles o médicos empleados a través de me-

canismos denigrantes como las llamadas "bolsas de empleo", que van a pagar 40% menos del salario de un contratista civil. Muchos creen que como antes hubo tanto médico general desempleado y ahora, aunque sea trabajan al destajo, están mejor. Otro aspecto es que el médico general colombiano tiene formación profesional para atender diferentes niveles de complejidad, pero por disposiciones de muchas EPS y otros organismos del sistema, se ha obligado a los médicos a trabajar sólo primer ni-

vel de complejidad, es decir, consulta externa y programas básicos de atención primaria. Propuestas sí tenemos, la idea es cambiar el modelo. Con la AMC y el Movimiento por La Salud Pública...estamos trabajando para que no se mercantilice más el concepto de la salud. Somos aproximadamente 25 mil médicos generales y otros miles de especialistas descontentos por el maltrato de estas políticas. No hay que reformar la Ley 100, hay que cambiarla. No es un modelo para Colombia".

"Muchos médicos generales reciben por consulta mil pesos, que es lo que vale en Cali un chontaduro grande."

EDITORIAL

¿Me seguirás amando mañana?

La cantidad de dinero que ha recibido el Sistema de Seguridad Social, particularmente en salud, siempre fue medida en función de los nuevos aportes e impuestos que se crearon para hacer viable los propósitos de la ley 100. El análisis económico partió de estudios y trabajos que, según se nos afirmó en aquellos días, eran concluyentes de que esa masa de dinero sí era suficiente para llevar, en el año 2000, el plan obligatorio de salud a la totalidad de los colombianos.

Lo que nunca se nos dijo, y solo hasta ahora aparece ante nuestros ojos y agrava aquella vana promesa, es que la contribución de algunos ciudadanos iría mucho más allá de los aportes y tributos a que estamos obligados todos los contribuyentes. Hoy por hoy hemos llegado a que, para completar lo necesario para la universalización de los beneficios de la ley, se incida de manera considerable sobre el ingreso de los profesionales de la salud. En otra ocasión tendremos que hablar de la situación de los pacientes que son en verdad los grandes sacrificados por la ley, pero no puede dejar de verse la situación de quienes le siguen en desmejora y perjuicio, como son los odontólogos, bacteriólogos y en general los profesionales de la salud, siendo más típico el caso en los médicos.

Démosle un vistazo a su situación: Por una consulta con médico especialista según las tarifas SOAT se pagan \$15.000 y según las del ISS: \$11.350. Restada la retención en la fuente le quedan neto \$13.500 y \$10.215 respectivamente.

Por una apendicectomía, al cirujano se le asignan \$ 78.000 por las tarifas del SOAT pero debe descontar, puesto que no se le paga, el valor de la consulta previa y el de la siguiente a la cirugía, es decir, \$30.000. Así las cosas por el procedimiento propiamente el profesional recibe \$43.200, descontada la retención en la fuente. Con las tarifas del ISS por este mismo procedimiento se pagan \$ 96.800, que menos la retención, le quedan \$87.120.

Por la cirugía con extracorpórea a un paciente con aneurisma torácico a las tarifas SOAT se le pagan al cirujano \$ 526.500 y con las del ISS \$ 544.500, menos la retención en la fuente en cada caso, da \$ 473.850 y \$ 490.050.

No sobra añadir que los médicos actualmente no están permanentemente ocupados y que a esos exiguos ingresos que se derivan de ese poco trabajo, tienen que sacarle lo correspondiente para el pago de su propia seguridad social.

Además de haber una clara actuación de los intereses de mercado sobre el médico y de evidenciarse la subordinación en que se ha sumido la práctica médica y sus servicios a esos mismos intereses, al médico se le aplicó una redistribución entre todos sus colegas, de sus ingresos laborales, sin que mejorara sustancialmente el de ninguno, como errónea y frecuentemente quiere hacerse creer. En realidad no es nocivo, por el contrario es bueno que sí se pudiera mejorar el ingreso de quien trabaja ardua y honestamente, aunque hemos visto que por ello hay en algunos sectores cierta sensación de desagrado.

Frente a esta situación generadora de desaliento, de desmejora de los ingresos de los médicos, ante todo su esfuerzo, ante todas sus horas de formación, de capacitación, de turnos, ante todo el dinero que deben invertir en actualización y ante la cada vez más creciente amenaza de demandas de tipo civil y penal a que están sometidos, ante la desmotivación y el desánimo que produce todo lo que se les ha venido encima, cabe pensar qué contestarían si se les preguntara de parte de su profesión: "¿Me seguirás amando mañana?"

Director: Julio Ernesto Toro Restrepo. Comité Editorial: Alberto Uribe Correa, Augusto Escobar Mesa, Juan Guillermo Maya Salinas, José Humberto Duque Zea, José María Maya Mejía, Alba Luz Arroyave Zuluaga. Editor: Juan Carlos Ceballos Sepúlveda. Periodistas: Ana C. Ochoa, Carmen Elisa Chavez, Angela M. Rivera B, corresponsal Bogotá, Humberto Pupiales, corresponsal Cali. Dirección Comercial: Diana Cecilia Arbeláez G. Tel: 263 43 96 - 263 78 10. Fax: 263 44 75, Medellín. Diseño y diagramación: Jorge Castrillón B. Prerensa Digital: Zelta Colina. Impresión: La Patria, Manizales. Dirección para envío de correspondencia: Hospital Universitario San Vicente de Paúl / calle 64 con carrera 51D - Medellín, Colombia

e-mail : elpulso@elhospital.org.co

Esta es una publicación mensual, sin ánimo de lucro, orientada al sector salud y a la dirigencia política y económica y de circulación nacional e internacional.

Cartas a la Dirección

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.

Girardota, 8 de marzo de 2000

Señores / PERIÓDICO EL PULSO / Medellín
Cordial saludo:

La Ley 100 de 1993, generó grandes transformaciones al sector de la salud al introducir los elementos básicos de un mercado como oferta, demanda, precios, costos, competitividad, supervivencia y, por ende, eficiencia. Pero es importante preguntarnos si los gerentes de las instituciones estaban preparados para enfrentar este nuevo modelo.

Estamos en crisis... el problema es mundial... son las expresiones más comunes para maquillar una realidad que tenemos al frente de nuestros gerentes parece que son sólo para épocas de vacas gordas, de lo contrario ¿dónde está el desarrollo del sector, las políticas y medidas para salir adelante? ¿Qué pueden mostrar los doctorisimos que se turnan las gerencias y los altos cargos en salud? Aquellos que después de pasar por una institución la dejan en crisis y son premiados en cargos de mayor responsabilidad.

Todos y cada uno de los que formamos parte del sector debemos hacer una profunda reflexión, en torno a nuestro nivel de compromiso como persona y profesional para la salud del país, y lo más importante, cuánto estamos dispuestos a ceder en nuestros intereses personales, políticos y económicos para convertirlos en objetivos y metas de las empresas y la comunidad entera.

Medellín, 15 de marzo de 2000

Doctor, JULIO ERNESTO TORO RESTREPO

Significativo homenaje me ha hecho el periódico que usted dirige y orienta - EL PULSO - en su edición del presente mes de marzo, mediante la publicación de un perfil del suscrito, titulado "Servir: la sabiduría de un hombre generoso" y anunciado desde la primera página.

Me siento francamente enaltecido por las afirmaciones y conceptos expresados en ese escrito, referentes a mi tarea de bastantes años en el sector hospitalario.

Considero que he tenido una hermosa oportunidad de servir a través de mi profesión médica y de proyectarme a favor de la comunidad, mediante mi responsabilidad como Director Gene-

Será una utopía pensar que algún día nuestros dirigentes no se repartan los cargos de filiación y compromisos políticos, sino por concursos de méritos, por metas y logros alcanzados, donde cada dirigente administre optimizando los recursos sin colocar los famosos porcentajes por compras a su favor.

Sólo cuando cada uno tome la decisión de crecer, de ser honesto, eficiente y autocrítico, iniciaremos una etapa que permita sanear las instituciones y llevarlas a un desarrollo armónico con el crecimiento del país entero.

Atentamente, Luis Eybar López Salazar / Gerente

Santafé de Bogotá, 8 de marzo de 2000
Doctor,
JULIO ERNESTO TORO RESTREPO

De mis consideraciones a nombre propio y de la Revista Medicina y Seguridad Social, deseo felicitar a usted y a todo el personal que labora en la conformación del periódico; esperamos que su trabajo tenga continuidad en el futuro, auguro el mejor de los éxitos.

Rodrigo Alberto Toro Casas, Director Medicina y Seguridad Social

Medellín, 15 de marzo de 2000
Doctor, JULIO ERNESTO TORO RESTREPO

Significativo homenaje me ha hecho el periódico que usted dirige y orienta - EL PULSO - en su edición del presente mes de marzo, mediante la publicación de un perfil del suscrito, titulado "Servir: la sabiduría de un hombre generoso" y anunciado desde la primera página.

Me siento francamente enaltecido por las afirmaciones y conceptos expresados en ese escrito, referentes a mi tarea de bastantes años en el sector hospitalario.

Considero que he tenido una hermosa oportunidad de servir a través de mi profesión médica y de proyectarme a favor de la comunidad, mediante mi responsabilidad como Director Gene-

ral que fui durante más de 35 años del Hospital Pablo Tobón Uribe, entidad a la cual alude también el escrito en mención y en forma muy elogiosa.

Soy yo quien tiene que agradecer por tanta confianza como he recibido y presentar excusas por las falencias que he tenido en el ejercicio de mi tarea, la cual no puedo negar que he desempeñado con amor y deseo de acertar pero sin poderme despejar de mis limitaciones humanas.

A usted y a todos sus colaboradores en EL PULSO expreso mi agradecimiento por la exaltación que me han hecho.

Cordial saludo, Iván Darío Vélez Atehortúa.

Un golpe más a la cobertura

Jairo Humberto Restrepo Zea
Director CIE, U.de A.

El Gobierno Nacional expidió recientemente algunas normas para garantizar la estabilidad financiera del sistema de seguridad social en salud. Aunque las medidas guardan consistencia con el Plan Nacional de Desarrollo, el cual fue comentado hace un año en la página Observatorio, de El Pulso, es importante insistir en los sacrificios que asume el país al prevalecer una visión financiera sobre los propósitos de universalidad y equidad. Dentro de las medidas por considerar, para evaluar su impacto sobre la cobertura universal, en el Decreto 047, de enero del presente año se encuentran cinco restricciones al régimen contributivo, las cuales, a cambio del equilibrio financiero del sistema y de la rentabilidad en las administradoras, afectan a grupos específicos de población y agudizan su exclusión en medio de la crisis de ingresos que padecen los hogares en el país.

En primer lugar, los dos cónyuges que cotizan al sistema pueden inscribirse dentro del grupo familiar a los padres de uno de ellos cuando dependen económicamente de los mismos, pero siempre que sus aportes superen el 150% del valor correspondiente a la suma de las unidades de pago por capitación de todo el grupo cubierto. Esto implica que los hogares de ingresos medios y bajos difícilmente podrían gozar de este beneficio y, para rematar la presión sobre su bolsillo, si uno de los cónyuges pierde la calidad de cotizante los padres no serán admitidos dentro del grupo, pudiendo pagar por ellos como afiliados adicionales.

En segundo lugar, los requisitos establecidos para los afiliados adicionales resultan severos y en al-

gunos casos difíciles de cumplir por las exigencias de información. Por ejemplo, el cotizante debe suscribir un título valor equivalente a la afiliación de dos años, si incurre en mora no podrá afiliarse nuevos adicionales durante dos años y tampoco podrá volver a afiliarse las personas sobre las cuales no realice pagos continuos durante tres años.

En tercer lugar, los pagos correspondientes a la licencia de maternidad sólo se harán efectivos si la mujer cotizó de manera continua durante todo el periodo de gestación. En cuarto lugar, se elimina el régimen de excepción para las empleadas del servicio doméstico al elevar su ingreso base de cotización desde un piso de medio salario mínimo, que había sido consagrado en alguna norma anterior, hasta un salario mínimo. Esta medida fue justificada por el ministro de salud en declaraciones radiales como una respuesta al hecho de que algunos individuos tenían afiliadas a sus esposas como empleadas del servicio doméstico, hecho que de ser cierto y generalizado no se alivia con un aumento de la base de cotización y demanda de una gran inteligencia y diligencia con la información.

Y en quinto lugar, el capítulo II del Decreto 047 se ocupa exclusivamente del régimen de afiliación de las madres comunitarias del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Como una buena muestra del desespere que se tiene sobre la pérdida de consistencia sobre la política, en esta parte se tienen los siguientes hechos sobresalientes: la mujer se afilia como trabajadora independiente, con una cotización del 8% y un ingreso base

de cotización que puede ser el equivalente a medio salario mínimo, y su grupo familiar no es reconocido como beneficiario, "serán tenidos en cuenta como población prioritaria para la afiliación al régimen subsidiado", a no ser que realice la cotización del 12% sobre dos salarios mínimos, caso este último en el cual "se trasladará el valor correspondiente a la UPC del régimen subsidiado de la madre comunitaria".

Como puede verse, acá se resume buena parte de las historias que se han tenido a partir de la Ley 100 de 1993, cruzando el régimen contributivo con el subsidiado en la misma casa, admitiendo una cotización sobre medio salario mínimo que en cambio fue abolida para las empleadas del servicio doméstico, y retomando la idea de que los trabajadores independientes deben cotizar sobre dos salario mínimos.

Los resultados de estas medidas son previsible y ojalá sea posible contar con información para evaluarlos: el grupo familiar en el régimen contributivo tenderá a reducirse con la exclusión de grupos vulnerables, principalmente los ancianos, aumentando las presiones sobre el régimen subsidiado y sobre la red pública y las direcciones territoriales de salud, organismos que siguiendo esta misma lógica impondrán mayores restricciones sobre los planes de beneficios para la población vinculada. En otras palabras, más personas serán sometidas a la indolencia de un sistema que permanece anclado sobre un 55% de la población nacional, no madura su sistema de información y se perfecciona como negocio.

jairo@catios.udea.edu.co

A falta de taxis



La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas eligió nueva Junta Directiva, para el período 2000-2002. Sus integrantes principales son: Presidente: José Ignacio Zapata del Instituto Ortopedia Infantil Roosevelt; Vicepresidente: Ulahy Beltrán de la Organización Clínica General del Norte; Antonio José Gómez de la Clínica de la Mujer; Gabriel Riveros de la Clínica Colsanitas; Andrés Aguirre del Hospital Pablo Tobón Uribe; Jorge Luis Jiménez del Hospital Universitario San Vicente de Paúl; Gloria Arias de la Clínica Colsubsidio; Roger Zarruk de la Fund. Oftalmológica de Santander; Fernando Bedoya de la Clínica Palmira y Luis Enrique Pizarro, representante de los miembros patrocinadores.

Debate

“Recibimos el 25% de lo que obteníamos antes”

El doctor Adolfo Vera

Presidente Sociedad Colombiana de Cardiología desde Cali manifestó para EL PULSO:

“Comparativamente con la situación de hace seis años, el ingreso de los profesionales ha disminuido en un 75%. A manera de ejemplo, personalmente yo realizaba un promedio de 1.200 a 1.400 estudios ecocardiográficos en el año y ahora hago máximo 400. Antes se conservaba un volumen de pacientes que le permitía al médico vivir decorosamente de su profesión, realizar estudios paraclínicos que le aseguraban una remuneración adecuada a sus conocimientos y al tiempo de su ejercicio. En todo el país y particularmente en nuestra región ese

cambio se ha hecho muy ostensible. Presumíamos que la manera como se ha implementado la Ley 100 iba a ser negativa para el ejercicio de la medicina y así ha sido, ha tenido un impacto deletéreo en la calidad de vida del médico. Se quiso socializar la atención en salud en Colombia, sin haber socializado el sistema. Uno tiene que seguir pagando los mismos costos de lo que consume, sin tener ingresos suficientes para hacerlo. De ahí la pauperización. Eso justifica que rodeemos las iniciativas para cambiar el modelo. Todos hemos sentido deteriorada nuestra situa-



Foto: Luis Guillermo Giraldo.

ción. Uno es testigo, por ejemplo, de cómo a los médicos generales los manipulan, los ultrajan y los someten al sueldito indignante de 600 u 800 mil pesos al mes. Y los especialistas que están ingresando al medio laboral tienen que vender su trabajo por lo que les den. Muchas empresas de medicina prepagada

están poniendo consultorios para que los especialistas, en vez de ganar por acto médico, reciban sueldos por ver determinado número de pacientes a las tarifas del I.S.S, es decir, a 4 mil o 5 mil pesos por consulta y eso es excelentemente bien pagado en su concepto. Quizás ha sido más severo el impacto también por-

que la gente que podía disfrutar de una medicina prepagada ya no lo puede hacer. Paradójicamente a mí se me ha aumentado, un poco, solo un poco, la consulta privada. Los pacientes prefieren no pagar mensualidades, en ocasiones altas, sino cancelar el costo del evento cuando se presente.”

“Se quiso socializar la atención en salud, sin haber socializado el sistema.”

“La psiquiatría es la cenicienta del SGSSS”

Para el doctor Rodrigo Córdoba

Presidente Sociedad Colombiana de Psiquiatría:

“La Ley 100 es muy deficiente en términos de atención de trastornos emocionales. Creemos que la cenicienta de este sistema es la salud mental. Esto se traduce también en los medicamentos, que son poco vigentes, de vieja generación y que, en definitiva, no ofrecen las ventajas de otros existentes en el mercado y que mejorarían mucho más la calidad de vida. La psiquiatría se ha pauperizado, se ha disminuido considerablemente el ingreso del psiquiatra. Los programas tienen tarifas insignificantes en

algunas EPS. Para hablar en medidas internacionales, aquí se pagaría hasta menos de 5 dólares por consulta. Vale más una cita de peluquería que una atención psiquiátrica.

Hacen falta psiquiatras para atender la salud mental en el país. La recomendación de la OMS es 5 psiquiatras por 100 mil habitantes, nosotros disponemos de 1.31 por 100 mil habitantes. La problemática de la salud mental requiere de nuevos profesionales y de programas de educación dirigidos a los mé-

dicos no psiquiatras para que detecten a tiempo trastornos psicopatológicos.

Como gremio tenemos representantes ante el Ministerio de Salud, de la comisión séptima de la Cámara, para generar procesos de transformación más honda en la legislación y, de ser posible, crear una ley de salud mental y, eventualmente, declarar la esquizofrenia como enfermedad catastrófica, para que se le ofrezcan alternativas importantes”.

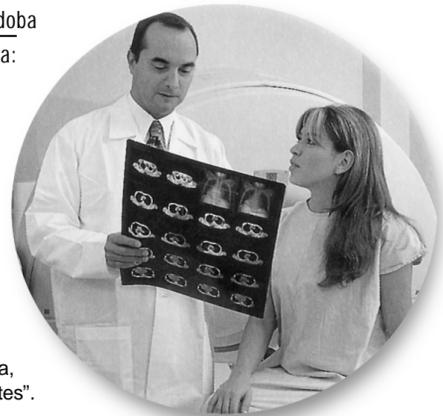


Foto: Archivo.

“Ni siquiera nos pagan a tiempo”

El doctor Gabriel Jiménez

Presidente Sociedad Colombiana de Oftalmología, afirmó:

“Ha habido una disminución notoria en el ingreso, empezando porque mucha gente no tiene dinero para pagar una adecuada atención médica. Además las empresas contratantes, pagan poco y no lo hacen a tiempo. Mientras esas cuentas siguen pendientes uno tiene que cancelar los costos propios

de su sostenimiento que, en nuestro caso son altos, debido a los equipos que muchas veces se utilizan. Entonces numerosos colegas, endeudados con bancos por compra de equipos, por ejemplo, han tenido que cerrar sus consultorios. La idea es que se revise integralmente la legislación”.

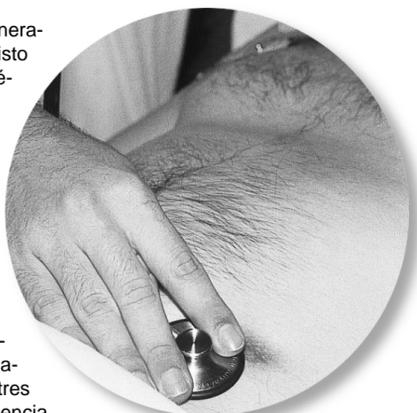
“Vale más una cita de peluquería que una atención psiquiátrica”

“La salud es hoy un asunto financiero”

El doctor Carlos Lerma

Presidente Sociedad Colombiana de Cirugía, señala:

“En Colombia somos unos 1.870 cirujanos generales, cirujanos en total 8.600, y todos hemos visto la estabilidad laboral amenazada, la relación médico-paciente deteriorada, la educación médica continuada desestimulada y, claro, el ingreso ha disminuido. Hasta en un 60 o 70% ha bajado el ingreso de los cirujanos. Es absurdo para profesionales que en ocasiones tienen formación académica de décadas. Con el sistema nuevo de salud aparecen unos intermediarios y otros organismos que han convertido la salud en un asunto financiero y que buscan en definitiva dividendos. Se trabaja por eficiencia en términos de ventajas para las aseguradoras: es decir, entre menos remisiones hagan, menos exámenes ordenen... mejor. Los tres pilares de la Ley: Equidad, universalidad y eficiencia, están distorsionados”.



Cuatro años sin aumento

Para el doctor Diego Vásquez, gerente de la SOAN, la remuneración económica de los médicos ha bajado. En su caso particular considera que en un 65% se redujeron sus ingresos. Como causa de esta situación identifica, entre otras: la desaparición de los pacientes particulares, la afiliación de cada persona a un Plan Obligatorio de Salud, POS y la crisis económica del país.

“Los ingresos de los médicos disminuyeron porque somos mal pagados. No se remuneraría realmente el trabajo del médico. De otro lado, los intermediarios, (EPS) se ganan un

30% en la contratación de pacientes que atendemos”, indica el gerente de SOAN.

“A futuro el panorama no es alentador. En otros cinco años viviremos pauperizados, porque los médicos tendremos unos ingresos muy bajos para pagar las deudas y la supervivencia de la familia. Empleo no hay, porque los contratos de ahora son eventuales, hoy se tienen, mañana no. Otro

de los problemas es la competencia desleal, que tiende a bajar costos para quedarse con los contratos. Además, para mantenernos en el mercado hay que bajar los topes, por ejemplo, las cataratas que se pagaban a 150 mil pesos el año pasado, ahora las pagan a 120 mil. Cada vez más los negocios se hacen a costa de bajar el salario del médico”, precisó el doctor Diego Vásquez.

“Cada vez más los negocios se hacen a costa de bajar el salario del médico”

La Facultad de Medicina del CES cuenta con nuevo decano. Se trata del médico-cirujano Jorge Julián Osorio Gómez, quien se ha desempeñado dentro de la Institución como jefe de Investigaciones, editor de la revista Ces, integrante del Consejo Superior y se desempeñaba como jefe de la División de Posgrados en Salud Pública. Relevo en el cargo al doctor José María Maya Mejía, quien asumió la Rectoría del CES.



EL CASO

Red hospitalaria del Valle del Cauca, en crisis

Sólo sobrevivirán los hospitales autosuficientes

Por Humberto Pupiales
Corresponsal Cali

El déficit de la red supera los cien mil millones de pesos. La reestructuración avanza en el departamento y depura un sistema anacrónico que puso al borde del cierre a medio centenar de hospitales.

Por cada cien pacientes que ingresan al Hospital Universitario del Valle, HUV, sólo 40 corresponden como centro de tercer nivel. Los 60 restantes provienen de los niveles 1 y 2 de todos los municipios del Valle, incluido Cali, pues los hospitales ante la crisis más aguda están paralizados.

En efecto, el déficit de la red hospitalaria del Valle compuesta por 61 instituciones (39 de



Hospital Universitario del Valle. Foto: Cortesía HUV.

nivel 1, 12 de nivel 2 y 1 de nivel 3) asciende a los cien mil millones de pesos, sin otra alternativa que el cierre paulatino de un grupo de hospitales y de servicios en otros. La consigna de las autoridades, incluido el mismo Ministerio de Salud, es que sólo sobrevivirán "aquellos que sean autosuficientes y necesarios".

"Tenemos que reestructurar nuestras nóminas y nuestros procesos para adaptarlos a las nuevas exigencias del régimen de seguridad social. Sólo así podremos subsistir como instituciones eficientes y con capacidad de ofrecer servicios con calidad", dijo el doctor Jorge Iván Ospina, director del Hos-

pital Universitario del Valle, el más importante del suroccidente del país.

El HUV no escapa a la más aguda crisis que vive el departamento en su sector salud. El momento crítico de iliquidez se agrava por cuenta de la atención a pacientes vinculados especiales, o sin ningún tipo de seguridad social, cuya facturación —que sólo en los últimos tres años supera los 30 mil millones de pesos— no ha sido reconocida y, por tanto, no ha recibido los dineros correspondientes.

A esto se suma que el HUV se ha convertido en el receptor de los pacientes que no pueden

ser atendidos en los demás centros asistenciales del Valle, que están paralizados. "El hospital se ha convertido en esa especie de colchón que está soportando la salud del Valle y otros departamentos como Cauca y Nariño, desde donde nos remiten. Nuestra capacidad operativa se ve seriamente amenazada ante la avalancha de pacientes de todos los niveles que tenemos y que sin otra alternativa debemos atender", indicó el doctor Ospina.

Ante esta situación los insumos y medicamentos cada vez escasean más y el HUV tiene grandes dificultades para su adquisición. El déficit por este concepto supera los 11 mil millones de pesos.

Otros casos

Pero si por el Hospital Universitario del Valle el asunto es preocupante, en los otros hospitales la crisis es aún más aguda. El Hospital Departamental de Buenaventura está intervenido desde hace dos años y su capacidad asistencial está reducida sólo a un 25 por ciento.

El Hospital San Vicente de Paúl de Palmira es otra de las instituciones que afronta una de las crisis más agudas del

departamento del Valle. Una nómina paralela y una serie de actos de corrupción de sus administradores lo llevaron a su postración. Los cierres intempestivos acrecentaron su déficit que hoy supera los 8 mil millones de pesos.

El Hospital no es más que una moderna edificación cuya capacidad operativa sólo está vigente en un 20%. En toda su capacidad el hospital puede atender a unos 70 mil pacien-

tes semestralmente. El último semestre del año pasado sólo recibió 15 mil personas.

Según el exsecretario de Salud del Valle, Omar Toro, "el manejo de los hospitales no escapó a la clase política: en la mayoría de los casos, los directores fueron nombrados por recomendaciones políticas sin tener una preparación gerencial y administrativa del sistema. Se sacrificó lo social por lo político", dijo el médico.

A sobrevivir

La reestructuración de los hospitales avanza como una bola de nieve que busca depurar el sistema hospitalario anacrónico, como la última alternativa de sobrevivencia. Buenaventura replantea procesos de funcionamiento y con el impulso del gobierno departamental, adelanta un proceso reestructurativo que le permitirá retomar la atención de la población de la costa pacífica.

El Hospital San Vicente de Paúl de Palmira, reducirá su nómina de 470 funcionarios a 160, con los cuales se espera poner a funcionar un segundo nivel con capacidad de atención para una población de 600 mil habitantes de su área de cobertura.

Lo mismo ocurre con el resto de hospitales del norte del Valle, como Buga, Tulúa, Zarzal, Roldanillo y Sevilla, de cuya capacidad operativa depende su sobrevivencia.

Mientras tanto, el Hospital Universitario del Valle adelanta un

plan reestructurativo, con la reducción de su nómina y de implementación de empresas asociativas. Es decir, que sus trabajadores se acogen a un plan de retiro voluntario, pero pueden seguir vinculados me-

dante la conformación de empresas asociativas que contratarán con el hospital. Cerca de 200 trabajadores han mostrado su disposición de retiro voluntario para conformar las empresas asociativas.

"No vamos a cerrar ningún servicio del hospital, ni se trata tampoco de privatizarlo. Sólo buscamos sobrevivir con base en un hospital que pueda garantizar la prestación de sus servicios con mayor calidad y sin limitaciones en su funcionamiento por falta de insumos y medicamentos", enfatizó el doctor Jorge Iván Ospina.



La Organización Panamericana de la Salud, a través de su más reciente publicación científica "La obesidad en la pobreza – un nuevo reto para la salud pública", indica que en las poblaciones urbanas de diversos países se ha modificado el régimen alimenticio a expensas del aumento de azúcares y grasa, y disminución de la fibra, en los últimos 25 años. Los altos precios de las frutas y vegetales hacen inaccesible estos alimentos a las clases más pobres.

OBSERVATORIO

OTRA PATA QUE LE NACE AL COJO

Por Fernando Tobón Bernal
Centro de Investigaciones Económicas
CIE, Universidad de Antioquia

Por medio del Decreto 1804 del 14 de septiembre de 1999 el Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud, fijó algunas condiciones para la administración del régimen subsidiado, las cuales en términos generales responden a los anuncios que se habían hecho en el Plan Nacional de Desarrollo (Ley 508 de 1999) para garantizar la estabilidad financiera del sistema mediante la revisión de los requisitos para la conformación de nuevas administradoras, la liquidación de las inviables y la agrupación de las existentes.

Dentro de las nuevas reglas sobresalen el número mínimo de afiliados y el patrimonio requerido para la operación de todas las Administradoras del Régimen Subsidiado -ARS- variables difíciles de satisfacer, en especial si se trata de Empresas Solidarias de Salud - ESS-. Al mismo tiempo, si bien se estaría reconociendo la concentración del mercado en pocas ARS, se deja de lado la consideración sobre las poblaciones de menor tamaño, rurales y con pocos vínculos con las áreas urbanas.

Un negocio poco atractivo en la actualidad

Estas medidas se adoptan en un momento en el cual el negocio de la administración del régimen subsidiado presenta algunos inconvenientes debido a los factores estructurales que intervienen en su configuración:

1. La unidad de pago per cápita del régimen subsidiado, UPC-S, aunque menor en un 47% del valor promedio estipulado en el régimen contributivo para el año en curso porque el plan de beneficios es inferior, no reconoce diferencias por edad o género de los afiliados como sí se hace para el segundo caso (véase gráfico). Pueden evaluarse, por ejemplo, las diferencias que se

presentan entre la UPC para el menor de un año en el régimen contributivo y la del subsidiado (\$656.365 y \$141.383, respectivamente), frente a los servicios ofrecidos en uno y otro régimen; igual sucede entre las mujeres embarazadas (\$359.511 y \$141.383), para citar sólo dos casos.

2. La afiliación al régimen subsidiado presenta tasas de incorporación al sistema en los últimos años casi de estancamiento, debido a la limitación de recursos destinados para este fin por los fondos locales de salud.
3. La limitación de recursos municipales conduce, en la práctica, a un aseguramiento con selección adversa para las ARS, puesto que la afiliación debe realizarse en orden de vulnerabilidad de la población identificada: infantes, mujeres en edad fértil, ancianos.
4. Los costos administrativos de afiliación y cumplimiento de las obligaciones derivadas de la administración del sistema son muy altos cuando se trata de poblaciones reducidas como ocurre con la mayoría de localidades del país. Esto es independiente del tamaño de la ARS y posiblemente crezca mientras más grande sea la distancia entre ésta y la comunidad afiliada.

De los grandes propósitos a los grandes números

Posiblemente, con la intención de remediar los inconvenientes económicos que aparecerían en los municipios que por su tamaño no fueran atractivos para participar en este "negocio" y con el fin de conseguir que la comunidad fuera, además de gestora, participe en la administración de los recursos públicos del sistema, el Estado promo-

ANTIOQUIA: ARS SEGÚN TIPO, TAMAÑO Y PARTICIPACIÓN

Diciembre de 1999		
EMPRESA SOLIDARIA	Municipios atendidos	Número afiliados
ESS. ARBOLETES	3	34,525
ESS. BELLO	4	28,165
ESS. TURBO	1	24,733
ESS. COMSALUD	8	22,477
ESS. COORSALUD	6	21,345
ESS. APARTADO	3	20,765
ESS. BAGRE	3	20,411
ESS. CAREPA	3	17,695
ESS. PEÑOL	12	17,507
ESS. PTO BERRIO	4	15,420
ESS. FRONTINO	2	14,511
Otras ESS. (5)	20	43.975

Fuente: Oficina Régimen Subsidiado -DSSA

vió y financió la creación de distintas formas de asociaciones comunitarias en el marco del anterior sistema nacional de salud y de los procesos de descentralización y democratización. En este orden de ideas se conformaron precooperativas, asociaciones mutuales y cooperativas.

Sin embargo, al establecerse un modelo de aseguramiento en donde es fundamental agrupar "grandes números" de población, al tiempo que se consolida una visión estrictamente financiera, las nuevas medidas afectarán principalmente a las ESS. Es importante tener en cuenta que en el país aparecían 206 ESS en 1999, de las cuales 176 tenían contratos de administración del régimen subsidiado (Consejo Nacional de Seguridad en Salud, informe anual al Congreso de la República, 1998-1999).

La situación en Antioquia

Para el caso de Antioquia, las 16 empresas solidarias que funcionaban en 1999 participaban con el 22.9% del mercado del régimen subsidiado y tenían presencia en unos 60 municipios del Departamento, con un tamaño promedio de 17595 afiliados por ESS (ver cuadro).

¿Cómo ha sido posible sobrevivir?

Una mirada fuera de contexto (independiente de las particularidades del municipio y de la propia empresa) sobre el tamaño de la población afiliada de cada ESS induce a pensar en la imposibilidad del sostenimiento financiero de una empresa aseguradora en eventos de salud, como en efecto son las ARS. Tampoco permitiría efectuar las inversiones requeridas en promoción y prevención. Sin embargo, estas entidades han podido subsistir por varias razones:

1. La modalidad de contratación imperante con las Empresas Sociales del Estado -ESE- ha sido la capitación, sistema que permite trasladar al hospital el riesgo de atención y la apropiación por parte de las ARS de un margen fijo de intermediación, aunque se desconoce el gasto real que se realiza por parte de las prestadoras de primer nivel.
2. El reaseguro de enfermedades de alto costo elimina para las ESS los gastos en salud más cuantiosos aunque subsista el pago por el suministro de medicamentos para esas enfermedades cuando son evaluadas por el médico general.
3. La falta de información y las condiciones socioculturales, sumadas a la distancia entre la residencia (área rural de buena parte de la población afiliada) y los centros de atención ha conducido, hasta el momento, a una baja frecuencia de utilización de los servicios ofrecidos con la afiliación.

¿Hacia dónde van las cosas?

Con base en la fragilidad de los argumentos anteriores el Ministerio obliga a todas las ARS (incluidas por supuesto las ESS) a demostrar un mínimo de 200.000 afiliados y a mantener un patrimonio equivalente a 10.000 salarios legales mínimos mensuales, suma de la cual no menos del 50% debe estar representada en papeles de alta liquidez. Las condiciones (a pesar de que los afiliados pueden reducirse hasta 50.000, en cuyo caso los gastos de administración se reducirían tres puntos y no le es dable a la ESS asumir directamente el riesgo de enfermedades de alto costo) resultan de difícil cumplimiento.

Con estas medidas, bien intencionadas en abstracto desde el punto de vista de la

Economía de la Salud, se precipitará la desaparición de las ESS o se abrirá camino la asociación forzosa de entidades como lo sugiere el Decreto 1804 y lo han planteado algunas empresas solidarias. En el primer evento, debe tenerse en cuenta que no existe una evaluación del papel desempeñado por estas organizaciones, ni tampoco se ha pensado en la empresa que las sustituiría y la conveniencia

de favorecer un monopsonio. En el segundo caso, las solas diferencias etnográficas de los socios que integrarían la asociación y la forma de distribuir los excedentes sociales (positivos y negativos) exigen el diseño de políticas y estructuras administrativas difíciles de mantener en el tiempo por su complejidad. Mejor dicho, ¡otra pata que le nace al cojo del régimen subsidiado.



LAVADO INSTITUCIONAL ESPECIALIZADO

- PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES:

Lavado y asepsia de ropa quirúrgica y de hospitalización.

- PARA HOTELES, RESTAURANTES, CLUBES Y SIMILARES:

Lavado de ropa blanca y de color.

- ALQUILER DE DOTACIONES PARA SU INSTITUCIÓN.

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

- DISEÑO, MONTAJE Y OPERACIÓN DE LAVANDERÍAS.

- PROYECTOS DE LAVANDERÍA "LLAVE EN MANO".

Conmutador: (4) 381 22 11 CL. 25 A No. 43 B - 161 Fax: (4) 262 42 54

Sigue en vigencia el artículo 5 de la resolución 10911 de 1992, que determinó las reglas para el funcionamiento de las droguerías y farmacias. En el artículo 5 dice: "para la aprobación de apertura o traslado de droguerías en todo el territorio nacional, deberá existir una distancia mínima de 150 metros lineales a la redonda entre la droguería solicitante y la más cercana".



PUBLIRREPORTAJE

Lavaséptica Ltda, rompiendo paradigmas Una moderna alternativa en lavandería de ropa hospitalaria

Como solución a los requerimientos del sector de la salud, esta empresa antioqueña aparece a la vanguardia en tecnología y calidad integral en el servicio. El éxito de la novedosa alternativa permitirá ampliar próximamente su cobertura a otras ciudades.



Foto: Edwin Vélez.

Las principales clínicas y hospitales de la ciudad han encontrado en Lavaséptica una solución eficiente y confiable a sus necesidades de lavado de ropa hospitalaria. Con una capacidad instalada de 14.000 kgs/día, una barrera sanitaria que garantiza totalmente la eficacia de los procesos de desinfección, una audacia tecnológica reconocida y una solvencia comprobada en el conocimiento de los me-

jores procesos de lavado, Lavaséptica ha crecido bajo el signo del éxito. Sus directivas tienen una trayectoria de 21 años en el sector empresarial de lavanderías, ofrecen también diseño y montaje de plantas, y han liderado una comprensión integral del servicio, fortaleciendo, entre otras cosas, su habilidad para anticipar y responder efectivamente a los cambios que requieran los clientes.

El enorme desafío de ser confiables

Lavaséptica Ltda nació en 1.995 como una organización orientada a suplir las necesidades de "outsourcing" en el servicio de lavado de ropas del sector hospitalario, así como de ropas institucionales de industrias y laboratorios, hoteles, clubes, restaurantes,

gimnasios, entre otros. Se creó en asocio con una empresa alemana. Hoy es totalmente nacional, concretamente antioqueña, y de ella participan empresarios destacados del medio.

La idea de una empresa de lavandería de ropa hospita-

laria, surgió debido a la necesidad de clínicas y hospitales de perfeccionar sus sistemas de lavado, pero minimizando los costos que implicaba hacerlo por su propia cuenta. Ya se sabe que esto supone una alta inversión en equipos, mano

de obra y tiempo. De esta manera, numerosas instituciones de salud han confiado esta importante labor a Lavaséptica, encontrando en ella la especialización requerida para lograr eficiencia en tan delicada tarea, así como la oportunidad de reducir costos operacionales y ampliar sus espacios de trabajo, habilitando para otros fines sus antiguas instalaciones de lavandería.

Las 24 horas de todos los días del año, Lavaséptica garantiza la mejor respuesta en términos de atención, calidad, puntualidad y productividad, brindando oportuna solución incluso en situaciones de emergencia.



Foto: Edwin Vélez.

Numerosas instituciones de salud han confiado esta labor a Lavaséptica, encontrando en ella la especialización requerida para lograr eficiencia en tan delicada tarea

La barrera sanitaria y otras garantías

De acuerdo con lo estipulado por el Ministerio de Salud, la barrera sanitaria es indispensable y los principios de asepsia deben cumplirse con milimetría, a la hora de efectuar con responsabilidad el lavado de ropa hospitalaria. En Lavaséptica proveen bolsas para la adecuada clasificación de la ropa (alta suciedad, media suciedad, baja suciedad, ropa blanca) y la transportan en vehículos especiales que descargan en una zona denominada séptica. La única manera de llegar a la zona de secado, planchado, doblado y

empaque es a través de la barrera sanitaria; es decir, las máquinas de lavado y desinfección se cargan por el lado séptico y descargan por el lado aséptico, después de pasar por el respectivo proceso de lavado y desinfección. Los productos utilizados en los procesos tienen certificado ISO 14.000 y existe una clara filosofía de protección al medio ambiente. Al frente de estas labores están más de un centenar de personas cabezas de familia, comprometidas con los propósitos de calidad de la empresa.



Foto: Edwin Vélez.

Al frente de estas labores están más de un centenar de personas cabezas de familia, comprometidas con los propósitos de calidad de la empresa.

La clave del éxito

Según sus directivas, la clave para el éxito es "el balance entre los intereses de los clientes, proveedores, accionistas y comunidad, así como la confianza en las aptitudes y responsabilidad de los empleados para mejorar eficientemente los procesos y agregar valor al servicio. Nos seguiremos conduciendo por un sistema de valo-

res que promueven la honestidad, integridad y crecimiento personal en el trato con los clientes y proveedores". Finalmente insisten en la "calidad, puntualidad, buen servicio, atención, participación, productividad y buen flujo de caja. Todo cliente, proveedor, accionista o empleado no debe esperar menos de Lavaséptica".

Lavaséptica Ltda.

Calle 25A No. 43B - 161

Teléfono: (4) 381 22 11

Correo electrónico: euroclean@epm.net.co



Sólo el 1% de la población sana en Colombia es donante voluntaria de sangre, en el mundo la cifra se acerca al 5%. Para incentivar este acto altruista, la OMS decretó el 7 de abril como el Día Internacional de la Donación de Sangre. En Colombia se adelanta una campaña que se cumplirá en los diferentes Bancos de Sangre, con el lema "Sangre segura salva vidas".

“Hospital & Empresa” Aporte a la gestión gerencial en salud

El Hospital Universitario San Vicente de Paúl presentó el libro “Hospital & Empresa”, el cual es un aporte al manejo administrativo de este tipo de instituciones.

Para el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, compartir los conocimientos y experiencias en el manejo administrativo de una institución en un libro, es una muestra del prestigio logrado en más de 85 años de ininterrumpida labor y servicio a la comunidad, además es un aporte al momento coyuntural que viven en la actualidad los hospitales y clínicas de todo el país, que deben asumir su papel de empresas prestadoras de servicios, a raíz de los lineamientos establecidos por la ley 100.

Por eso, el libro “Hospital & Empresa” pretende brindar luces a todo el sector de la salud, de manera especial para aquellos interesados en la materia de la administración y la gerencia de la salud. El libro tiene la cualidad de estar escrito en un lenguaje sencillo y comprensible, es una especie de “vade-

mécum” administrativo que facilita su permanente consulta.

El libro es una producción intelectual, en la que participó un equipo interdisciplinario que hace parte de las áreas médicas y administrativas del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, liderado por el doctor Julio Ernesto Toro Restrepo, director de la Institución, quien cumplió las funciones de editor. El fruto de este trabajo fue dado a conocer el pasado 3 de abril, con un lanzamiento especial que se cumplió en la ciudad de Medellín.

En uno de sus apartes, el doctor Julio Ernesto Toro Restrepo, escribe: “El título ‘El hospital como empresa’ entraña una propuesta: dar una mirada nueva a estas instituciones, sin desconocer la tarea y la labor que han realizado durante tantos años. Pero ahora, en este campo, al mundo lo alumbran nuevas luces; se debe conservar lo que por siempre dio sentido a los hospitales, por ende a la medicina, porque, cómo no pensar en medicina si hablamos de hospitales; porque es

imposible referirnos a hospitales e ignorar la medicina; y también porque de la medicina se ha dicho que es *una empresa moral de contenido científico*”.

Los contenidos

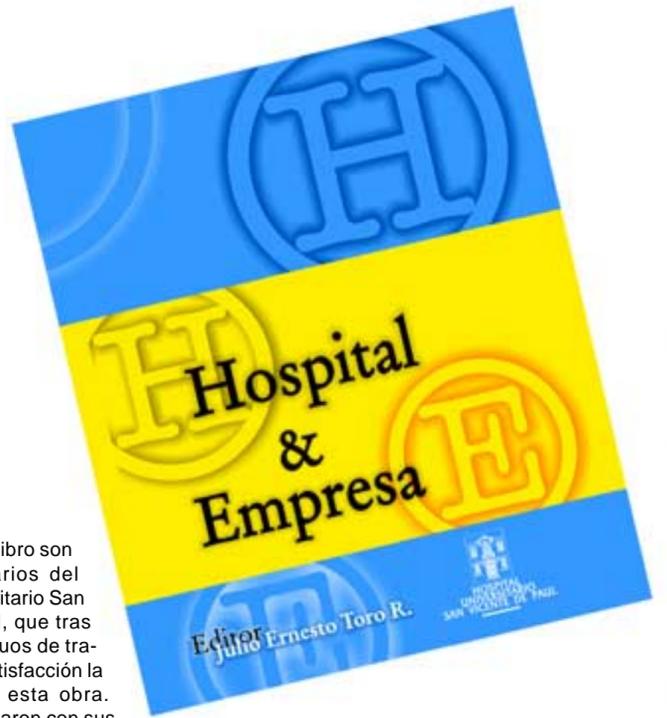
En 690 páginas y catorce capítulos se condensan los conocimientos compartidos por los autores del libro “Hospital & Empresa”. Los lectores y estudiosos podrán encontrar temas como: El hospital como empresa, Dirección estratégica, Gerencia de los procesos administrativos, Gerencia del talento humano, Gerencia del servicio, Gerencia de los procesos de atención, Gerencia de los servicios médicos y quirúrgicos, Gerencia de los servicios directos de apoyo, Logística hospitalaria, Gerencia integral por calidad, la Ecoeficiencia en el hospital, Legislación hospitalaria y seguridad social, la Bioética en el hospital y Hospital y Sociedad.

Los autores del libro son todos funcionarios del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, que tras dos años continuos de trabajo, ven con satisfacción la publicación de esta obra. Quienes participaron con sus escritos en este libro fueron María Cecilia Acevedo Herrera, Martha Lucía Arenas de Restrepo, Marta Lucía Arroyave Cadavid, Albaluz Arroyave Zuluaga, Julio César Correa Escobar, María Elena Duque Londoño, José Humberto Duque Zea, Diego Gallego Valencia, Oscar Gaviria Minotas, Juan Carlos Giraldo Salinas y María Gladys Idárraga Cárdenas.

De igual manera aportaron: Jorge Luis Jiménez Ramírez, Alvaro Londoño Cuartas, Juan

Fernando Londoño Úsuga, Juan Guillermo Maya Salinas, Myriam Montoya Garcés, León Darío Orrego Valencia, Sigifredo Ospina Ospina, María Esperanza Ossa Botero, Jesús Hernando Palacio Sierra, Oliva Pérez Tobón, Rafael Antonio Ramírez Aparicio, Rubén Darío Restrepo Vásquez, Patricia Rodríguez Pérez, Juan Manuel Sierra Jones, Julio Ernesto Toro Restrepo, Guillermo León Valencia.

El libro “Hospital & Empresa” tiene un valor de venta al público de \$58.000 y puede ser adquirido en las oficinas de Comunicaciones (teléfono 2637810), o de Tesorería (teléfono 211 5500) del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, y en el periódico EL PULSO (teléfono 2634396). Los interesados también pueden escribir a los correos electrónicos: elpulso@elhospital.org.co o comunica@elhospital.org.co.



Suscríbase

“El Pulso y la Editorial de la Universidad de Antioquia, una alianza saludable para usted”

Suscríbase a **El Pulso** y obtenga los mejores descuentos en las últimas publicaciones de la colección médica de la Editorial de la Universidad de Antioquia.



La oferta incluye:

Promoción 1: Libro Neurocirugía y suscripción al periódico El Pulso por un año \$ 77.000.00

Promoción 2: Libro Pautas de tratamiento en pediatría y suscripción al periódico El Pulso por un año \$ 42.800.00

Promoción 3: Libro Urgencias: guías de manejo y suscripción al periódico El Pulso por un año \$ 40.200.00

Consigne el dinero de la promoción seleccionada en la cuenta **Conavi 1053-7037917 a nombre de la Universidad de Antioquia**. Envíe el recibo de la consignación y este cupón al fax 2 63 44 75 de Medellín, o a la Calle 64 con Cra. 51D, Dirección General, Periódico El Pulso y a la vuelta de correo recibirá su pedido. Mayores informes, periódico El Pulso Tels: 2 63 78 10 - 2 63 43 96, y Editorial Universidad de Antioquia, Tels: 2 10 50 10 - 2 10 50 12.

Por favor, complete el siguiente formulario con sus datos personales:

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Documento de identidad: _____
Teléfono de la empresa: _____ Fax: _____

Las investigaciones en salud en Colombia están excluidas del Iva, siempre y cuando sean adelantadas por una institución universitaria, de acuerdo con lo ordenado en el artículo 92 de la ley 30 de 1992, que indica que las instituciones de educación superior, los colegios de bachillerato y las instituciones de educación no formal, no son responsables del impuesto sobre las ventas.



En equipo estructuraron plan para tres años Metrosalud debe autoabastecerse

Por Juan Carlos Ceballos S.
Periodista

El futuro de Metrosalud está en manos de su nuevo gerente, el doctor Guillermo León Franco Castaño, quien hasta el momento de su nombramiento se desempeñaba como director de la Seccional de Salud de Antioquia. Lograr un balance económico, realizar un proceso de transformación sereno y compartido, consolidar la unidad de la empresa como una red de servicios de segundo nivel para los sectores más necesitados de Medellín, son algunos de los proyectos que debe cumplir en tres años que dura su gestión.



"El temor de los funcionarios de fragmentar la empresa en pequeñas unidades estaba en relación con su estabilidad laboral", doctor Guillermo Franco Castaño. Foto El Mundo

El gerente de Metrosalud habló para EL PULSO.

¿Con qué recomendación especial del alcalde de Medellín recibe usted Metrosalud?

"La recomendación especial es modernizar a Metrosalud, de acuerdo con las actuales circunstancias de la seguridad social, abriéndose al mercado de la seguridad social en el departamento de Antioquia y convirtiéndolo los hospitales en una red competitiva que le permita a la empresa autoabastecerse, autofinanciarse y conservarse dentro de una red que está instalada en las franjas de asentamientos subnormales y en los barrios más críticos de la ciudad de Medellín".

¿Cómo encontró la entidad al momento de recibirla?

"La entidad la encuentro en un caos administrativo, porque no se tenía claro si los procesos tenían que funcionar centralizados o desconcentrados. Esta desorganización administrativa nos pone en un proyecto de cultura organizacional que ya empezó con todos los directores hospitalarios y con el equipo de gerencia central. Básicamente es arreglar la casa en el corto tiempo".

res hospitalarios y con el equipo de gerencia central. Básicamente es arreglar la casa en el corto tiempo".

¿Cuánto sería el corto tiempo? ¿Existe una petición de hacer la transformación de la entidad en forma mesurada?

"Hemos iniciado un proceso intensivo de grupo para elaborar un plan de la nueva empresa, que se constituye en el derrotero de una organización que comienza un proceso de gestión que tiene tres años para desarrollarse. La recomendación del señor alcalde es que se haga un proceso de transformación sereno, suave, sin traumas y compartido, con el cual se moderniza a Metrosalud y se empieza un proceso de gestión definido. Al cabo de tres años esperamos tener una empresa estabilizada, con la posibilidad de desarrollar servicios, especialmente para la gente más pobre de Medellín".

Algunos sectores de la comunidad y de la propia empresa no vieron con buenos ojos su nombramiento, porque ar-

gumentaban que usted era de los partidarios de dividir la empresa.

"Esa es parte de la polémica, porque inicialmente cuando el departamento hizo la descentralización logró que los hospitales tuvieran una autonomía financiera y cada uno dentro de su autonomía y su autogestión logró sobrevivir a una crisis que llevó al cierre de grandes hospitales, incluso de los universitarios, en todo el país. Sin embargo, en otras IPS gigantes como Metrosalud, este proceso se hizo como una municipalización a través de una sola empresa que se llamó Metrosalud, que cuenta con una red de servicios. El temor de los funcionarios de fragmentarla en pequeñas unidades estaba en relación con su estabilidad laboral. Sin embargo, con el decreto 1252 se definió la unidad de empresa, para conservar el concepto de red que permitirá especializarnos en unidades, por lo menos, en atenciones de segundo nivel que garanticen un flujo y una conservación de estos pacientes en la red pública, que sea tan competitiva y de tan buena calidad, como cualquiera de las

IPS que tenemos en el departamento".

¿Por qué decide divorciarse del departamento de Antioquia y casarse con el municipio de Medellín?

"Considero que la IPS más representativa en todo el departamento es Metrosalud. Pienso que es una excelente oportunidad para hacer un acompañamiento en una entidad que requiere un proceso de estabilización y consolidación. Por lo tanto, definí pasar de la Seccional de Salud a acompañar a una IPS pública de una magnitud representativa con casi 2500 funcionarios, diez unidades hospitalarias gigantes y unos centros de salud que configurarían una red para una sociedad compleja como es Medellín. Queremos acompañar y vigilar esa red, para que se sostenga y mantenga por lo menos estos tres años que faltan todavía de crisis y garantizar que el departamento y el municipio de Medellín no entren en esa crisis de colapso que se vive en el país".

Jurídicas

Decreto número 046 de enero 19 de 2000

Jorge Luis Jiménez Ramírez
Abogado

El pasado 19 de enero de 2000, el Presidente de la República expidió el decreto 046, y una lectura rápida, hace pensar que esta nueva disposición puede ser solución a los problemas de las IPS, relacionados con el pago de los servicios prestados.

Esta norma, como las anteriormente expedidas, buscaban mejorar la oportunidad del pago a los prestadores de servicio, tampoco será efectiva si no existe voluntad de hacerlo por parte de las EPS y ARS.

Tanto el decreto 046, como el 882/98, 723/97 y 1804/99, son supletorios de los acuerdos consignados en los contratos celebrados entre aseguradores y prestadores.

En todos y cada uno de los decretos citados, existen sanciones y plazos para el cumplimiento de las obligaciones que nacen de la contratación entre prestadores y aseguradores, pero no vemos suficiente interés en las instancias de control para que se dé cumplimiento a las citadas normas. No obstante, el decreto 046 dota la Superintendencia de nuevas herramientas para lograr que se cumpla con los pagos a los prestadores.

Si partimos de la buena voluntad de los aseguradores, será indispensable que las IPS ajusten sus procedimientos para que las cuentas sean presentadas con la debida oportunidad y con todos los requisitos contractuales de ley

En la misma fecha se expidió el decreto 047, con el cual se aclaran una serie de situaciones relativas a la afiliación al sistema, tales como:

- La afiliación del grupo familiar a una misma entidad promotora de salud.

- La posibilidad de inscribir a los padres de los cónyuges que dependan económicamente de ellos.

- Fija períodos mínimos de cotización enfermedad general y maternidad, lo mismo que una serie de disposiciones para la pérdida de la calidad de afiliado al sistema y, plantea soluciones a las moras en los pagos de las cotizaciones al sistema mediante acuerdos de pagos, con los cuales no se pierde la antigüedad en el sistema y se restablece el servicio a los afiliados.

Este decreto contiene normas importantes relacionadas con la atención de los pacientes cuando hay cambio de entidad promotora debido al incumplimiento de las obligaciones para con los afiliados, permitiéndole a la EPS que recibe al afiliado iniciar por la vía judicial el pago de las obligaciones a cargo de la entidad de la cual proviene el afiliado.

Se insiste en el decreto la obligación de prestar los servicios de urgencias, a partir del momento de la afiliación, en cuyo caso, una vez estabilizado el enfermo, debe ser la EPS respectiva la que autorice los siguientes procedimientos.

Aspecto importante de este decreto es lo referente a las trabajadoras del servicio doméstico, quienes deben cotizar con base en un ingreso no inferior al salario mínimo. De igual manera, establece restricciones de afiliación como trabajadores del servicio doméstico al cónyuge o compañero permanente y a los parientes cercanos del empleador, so pena de reembolsar la totalidad de los gastos en que hubiere incurrido el sistema en la atención de las personas afiliadas irregularmente.

Este decreto contiene normas importantes relacionadas con la atención de los pacientes cuando hay cambio de entidad promotora

Mercedes Echavarría de Rojas Elogio para una historia larga

Por Ana C. Ochoa
Periodista



Dirigir como ella una institución de salud hoy en Colombia, es una tarea que exige primero que todo estar curado de espantos. Para observar la limitación, el absurdo tan de cerca, se necesita algo más que valor. Surtir de entusiasmo sensato en medio de la amenaza, avanzar sin perder la vocación de servicio por más que los agiotistas inviten a participar del caos

...es asunto tan difícil que, todo logro, merece, como ahora, más que solidaridades de tarjeta. Merece reconocimiento general, afecto, participación del compromiso y gratitud por todo, porque esos miles de niños mal nutridos o adoloridos sin merecimiento, encontraron en la Clínica Infantil Santa Ana consuelo y atención. Y porque, tanto a ellos como a sus papás, se les educó para vivir mejor en la salud o en la enfermedad. Mercedes Echavarría de Ro-

jas fue por más de 27 años directora de la Institución. Su retiro voluntario hace pensar en una lista larga de aportes, algunos de índole afectiva, no enumerable. Así que para su directora de tantos años toda la gratitud. Y a su sucesora, la licenciada Cecilia Ruiz Saldarriaga, los mejores augurios para que continúe esta tarea humanitaria con seres desprotegidos que aleccionan en el dolor y permiten, con su alivio, el más trascendente regocijo.



La Facultad Nacional de Salud Pública y la Cooperativa de Hospitales de Antioquia, Cohan, coordinan la realización del diplomado "Gerencia y Administración de sistemas de suministro y de medicamentos esenciales", que se desarrollará bajo dos modalidades: semipresencial y virtual. Mayores informes en Medellín, en los teléfonos: 2553588 y 5106806.

MEDIO AMBIENTE

La agroecología, una forma de producción de alimentos sin químicos

Hortalizas al natural

Por Carmen Elisa Chaves
Periodista

En Colombia crece cada día el número de experiencias dirigidas a la producción sin agroquímicos. El papel del consumidor es vital en esta cadena que además de buscar menos impacto en el medio y el organismo, quiere generar más autonomía campesina.

Esas manzanas gigantes y tan rojas, esas coliflores blancas, brillantes y tan grandes y hasta esos pollos con muslos de jugador de fútbol, que tanto se venden en los diferentes mercados de las ciudades, pueden estar escondiendo un secreto químico que los hace tan atractivos.

Desde hace muchos años, la agricultura comenzó a vivir una serie de cambios dirigidos a aumentar la producción y a mejorar las características físicas de los productos. Cada día, por cuenta de los agroquímicos, las hormonas y otras formas bas-

tante artificiales de control, los alimentos crecieron, cambiaron su color, subió su brillo y fueron más por cada hectárea.

Sin embargo, toda esta evolución comenzó a afectar de diversas formas la producción y al consumidor. Han aparecido nuevas plagas e insectos más resistentes a los pesticidas, lo que genera que cada día se requieran más dosis de productos químicos para acabarlas. Además, los mismos pesticidas son dañinos para los campesinos y para los consumidores. Sin contar con que la deforestación, erosión de suelos, desertización, pérdida de

tierras productivas y pérdida de biodiversidad, son algunos de los efectos sobre el medio.

Desde hace muchos años, también, los mismos agricultores y la investigación agrícola comenzaron a buscar formas menos impactantes o, simplemente, volver a las tradicionales. De la mano de diversas técnicas más armónicas con el medio, miles de agricultores en todo el mundo están cambiando nuevamente la forma de producir alimentos y poco a poco están logrando resultados en la producción y en la comercialización de los mismos.

Agricultura Biológica, orgánica, agroecológica...

Según Tarsicio Aguilar, miembro del Comité de Impulso de la Red de Agricultura Biológica, Recab, hay diversas formas alternativas de producción, pero todas se basan en una transformación del uso de los insumos.

Los nombres de estas técnicas son diversos. Orgánica, biodinámica, biológica, asociativa, ecológica, ecológicamente apropiada, mesiánica, microbiológica, de la biodiversidad, etc. La or-

gánica, por ejemplo, promueve los fertilizantes con base en preparados naturales, compostajes y reciclaje de materiales de desecho. Se basa en el equilibrio entre cultivos y ganado, para producir leche, trabajo y estiércol.

La biodinámica tiene que ver con la utilización de ocho preparados que cumplen el papel de intermediarios entre el cosmos y la tierra. Sílice, estiércol de vaca, cola de caballo, corteza de roble, ortiga, y flores de

diente de león, valeriana y manzanilla. La agroecología y la agricultura ecológicamente apropiada, AEA, que son las más trabajadas desde la Recab, se basan en el componente social y la sabiduría de los campesinos. La segunda enfatiza en el diálogo de saberes y ubica al ser humano en punto central del trabajo, buscando que los mismos campesinos sean parte vital de la investigación y lleguen a producir sus propios insumos para no depender de un mercado.

El papel de los consumidores

Otro de los puntos en los que enfatiza Tarsicio Aguilar, de la Recab, es que la producción agroecológica, o cualquier otra forma alternativa de producción, es un asunto entre agricultor y consumidor. "El trabajo agroecológico debe hacerse entre productores y consumidores. Esto tiene que ver con un esfuerzo grande en prácticas. Por un lado los que venden y por otro condiciones climáticas adversas, problemas en la investigación y dificultades de comercialización".

Mientras la agricultura química se basa en la supresión, es decir, matar todo lo que estorba, la agroecología se basa en el manejo, en entender la dinámica del ecosistema y crear formas de reducir los riesgos. Esto puede ser un proceso lento y costoso, que exige mucha

mano de obra y que en muchos casos genera productos más caros. Por otro lado, los campesinos están sujetos a presiones del mercado como la intermediación y la imposibilidad de presentar sus productos como sanos sin una certificación imposible de pagar por pequeños agricultores.

Por todo esto, los agricultores, agrónomos y entidades que impulsan este tipo de prácticas, tienen claro el papel de los consumidores en el sistema. No sólo porque deben entender que los alimentos sanos pueden tener características físicas diferentes a las que ya están acostumbrados, como en tamaño y color. También porque al comprar este tipo de productos están apoyando la consolidación de organizaciones campesinas que buscan ser autóno-

mas y no depender de mercados externos o intermediarios.

De la mano de diversas técnicas más armónicas con el medio, miles de agricultores en todo el mundo están cambiando nuevamente la forma de producir alimentos



Foto: Cortesía Cooperación Penca de Sábila

Certificación o confianza

Una de los asuntos más difíciles de resolver para los pequeños productores agroecológicos, es el de la certificación. Este proceso, que le permite al campesino vender sus productos etiquetados y la posibilidad de exportar, puede llegar a costar más de treinta millones de pesos.

En el país existen realmente muy pocas experiencias agrícolas que hayan conseguido la certificación. De hecho, la mayoría de las existentes trabajan con base en la confianza de quienes les compran, sin embargo, a la hora de llevar a supermer-

cados, plazas y puntos de venta, los productos no pueden ir etiquetados y en los grandes supermercados están expuestos junto a los convencionales sin ningún aviso que le permita elegir al consumidor.

Según Tarsicio Aguilar, de la Recab, esta red busca la forma de funcionar como un organismo que pueda avalar todas las experiencias que hacen parte de la red. No sería una certificación, sino una garantía de honestidad, dirigida al consumidor. Esto podría ser posible pues en Colombia, aunque existen organismos certificados, no hay una reglamentación nacional y esta garantía permi-

tiría incluir en los productos un aviso que detalle la forma de producción de los alimentos.

Los organismos con poder de certificación en Colombia son tres. Biolatina, que es una empresa de América Latina con sedes en Bolivia, Perú, Nicaragua y Popayán, Colombia. Ecotrópico, que es avalada por Ecocert de Francia y Corporación Colombia Internacional, que es una entidad certificadora del Estado. Cada una de ellas certifica de acuerdo con el mercado internacional que persigue el productor y hay dos reglamentaciones para ello, la de la Comunidad Económica Europea y la de Estados Unidos.

Para el consumidor

· El total de familias productoras de alimentos con procesos alternativos puede llegar fácilmente a mil.

· Sólo en Antioquia hay cerca de cien familias campesinas produciendo alimentos sanos. La mayoría de ellas, asociadas a la Red de Agricultura Biológica, Recab.

· Recuerde que características físicas como color, brillo, textura y tamaño no son tan importantes en los productos sanos. En cuanto a nutrientes y otras características alimenticias, son mayores.

· En Bogotá, La sabana y Cundinamarca hay muchas experiencias de este tipo. Infórmese sobre los puntos de venta. En Corabastos, por ejemplo, hay un puesto que sólo vende productos sanos. Pregunte por él. Allí se venden los productos de veinte fincas.

· En Cali, es famosa La Tienda de Gunar, pregunte por ella y acérquese a este sitio que está dedicado a la venta de alimentos sanos.

· En Medellín y Antioquia, sobre todo en el Oriente, hay varias experiencias de este tipo.

En la Corporación Penca de Sábila, los campesinos de varias veredas de San Cristóbal, comercializan sus productos directamente, sin intermediarios. Se hace el pedido semanal o quincenal y hasta se lo pueden llevar a casa.

· En el Jardín Botánico de Medellín, además de enseñar a cultivarlas de forma alternativa, se producen aromáticas y plantas medicinales. Además, puede tener acceso a otras experiencias o a una asesoría sobre el tema.

La Dirección Seccional de Antioquia otorgó la Orden al Mérito de la Excelencia en la prestación de los servicios "Luis Javier García Isaza", al grupo interdisciplinario de la Unidad Renal del Instituto del Riñón (Unidad Renal de Fresenius Medical Care).



Demandada Por inconstitucional la intermediación en salud

Por considerar que violan los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, el Movimiento Nacional de la Salud Pública y Asmedas, seccional Antioquia presentaron una demanda por la inconstitucionalidad de los artículos 215 y 216 de la ley 100 de 1993 y de la ley 344 de 1996, ante la Corte Constitucional. Básicamente la demanda pretende acabar con las Administradoras de Régimen Subsidiado, ARS, que cumplen un papel de intermediación económica, mas no de salud, y por la reducción de las fuentes de financiamiento por parte del Estado, a través del Paripassu, según el cual por cada peso aportado por los cotizantes del régimen contributivo al Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, el estado daría otro peso.

Los argumentos de los demandantes se sustentan en el hecho que el Estado destina unos dineros para la creación y sostenimiento de las Administradoras del Régimen Subsidiado y, por tanto, lo consideran inconstitucional e inconveniente porque viola el artículo 48 de la Constitución, que dice: "La Seguridad Social se presta en sujeción a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia y los recursos de la Seguridad Social no se pueden destinar para fines diferentes a ella".

Según el texto presentado por los demandantes "la intermediación genera destinación de los dineros de la Seguridad Social para el lucro financiero de las ARS, quienes se apropian de una parte de la Unidad de

Pago por Capitación para su beneficio privado y, además, viola el principio de eficiencia de la Seguridad Social consagrado en la Constitución, porque genera sobrecostos innecesarios en el sistema de salud,

provocando que los dineros del Estado beneficien al sector privado en detrimento de la salud de los más pobres".

Para Luz Stella Alvarez del Movimiento Nacional por la Salud Públi-

ca, la demanda se presentó porque "en Colombia ha habido un aumento significativo de recursos para la salud, pero esos recursos básicamente han servido para financiar entidades que antes de implantar el sistema no existían. Esos recursos han pasado a engrosar los circuitos financieros y la intermediación que ejercen las EPS y las ARS en el sistema". Agrega además que "a pesar de la reducción que se hizo en la ley 344, hubo un aumento en términos de los recursos para la salud, pero los mismos no han servido para garantizar ese derecho a la población, sino que han servido para crear y mantener una serie de instituciones que antes no existían".

Por su parte, el doctor Germán Reyes Forero, presidente de Asmedas, Antioquia, aseguró que la intermediación es innecesaria, ineficiente y muchas veces corrupta. "Innecesaria, porque tiene que pasar por varios manos antes de llegar a la IPS; ineficiente, porque alcaldes y gobernadores se quedan un tiempo con el dinero, las ARS demoran el pago a los hospitales y estos a su vez no pagan a los proveedores y trabajadores y corrupto, porque se quedan hasta con el 40% de los recursos".



El doctor Germán Reyes, presidente de Asmedas Antioquia; Luz Stella Álvarez del Movimiento Nacional de Salud Pública; el doctor Esteban Zárate Duvier y el abogado Carlos Ballesteros Barón, asesor jurídico de las entidades demandantes. Foto Luis Guillermo Giraldo.

"La Seguridad Social se presta en sujeción a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia y los recursos de la Seguridad Social no se pueden destinar para fines diferentes a ella".

Las Cifras

De acuerdo con las cifras presentadas por el ministro de Salud, Virgilio Galvis, la cobertura en salud a la población colombiana es del 61%, aunque dicen los demandantes no existen datos confiables por parte de las EPS y las ARS, que lo confirmen. De esas personas afiliadas, un porcentaje alto está en el contributivo y uno menor en el subsidiado. El resto de población no tiene

acceso a la salud y está completamente desprotegida. De otro lado, denuncian los demandantes las ARS conservan para sí el 28.08% de los recursos del régimen subsidiado, de acuerdo con cifras del Ministerio de Salud, por su parte la Contraloría indica que es un 40% del mismo.

En dinero estos porcentajes corresponden, según el Ministe-

rio de Salud, si la cifra es del 28.08% la suma asciende a 313 mil 367 millones de pesos y si corresponden a los datos de la Contraloría, la suma sería de 447 mil 666 millones de pesos. Con esos recursos, aseguran los demandantes se podría ampliar la cobertura y proteger parte del 40% de la población que en la actualidad no accede a los servicios. Para Luz Stella

Alvarez del Movimiento Nacional de la Salud Pública, "esto es una intermediación financiera que no aporta nada al derecho a la salud y es inconstitucional porque se están invirtiendo los dineros de la seguridad social en fines diferentes a ella, porque es lucro privado".

La otra demanda presentada por el Movimiento Nacional de la Salud Pública y Asmedas

Antioquia, tiene que ver con la reducción hasta en un 25% de los aportes que el Estado debe otorgar obligatoriamente. Según la ley 100, el Estado debe brindar a través del Paripassu, un peso al régimen subsidiado, por cada peso que aporte el régimen contributivo. La disminución hasta el 25% es considerado por los demandantes como

una "evasión por parte del Estado de sus responsabilidades" y, además, es "inconstitucional porque viola el derecho a la salud". Indican que los dineros de la seguridad social, no se pueden destinar a fines diferentes a ellos. Con la evasión de estos recursos, el Estado no puede garantizar la salud a la población más pobre.

"Esto es una intermediación financiera que no aporta nada al derecho a la salud ..."

La iatrogenia en la formación médica

Dr. Luis Javier Castro Naranjo
Vicedecano Facultad de Medicina
Universidad de Antioquia

Siempre debemos tener presente el famoso principio que ha regido, durante siglos, la práctica médica: "Lo primero es no hacer daño". Las enfermedades iatrogénicas son únicamente aquellas que no se habrían presentado si no se hubiesen aplicado tratamientos ortodoxos y recomendados profesionalmente. En un término más general, y más ampliamente aceptado, comprenden todos los estados clínicos respecto de los cuales son agentes causales o enfermantos los remedios, los médicos o los hospitales.

La mayoría de los enormes gastos médicos, en rápido aumento, están destinados a diagnósticos y tratamientos ineficaces o de dudosa eficacia

La mayoría de los enormes gastos médicos, en rápido aumento, están destinados a diagnósticos y tratamientos ineficaces o de dudosa eficacia. En un hospital oncológico de París los pacientes pintaron en un muro un curioso graffiti: "Más viven del cáncer que los que mueren de él". Infortunadamente, en una sociedad de consumo como la nuestra, donde las personas tienen diversas capacidades de adquisición, el complejo médico-industrial ha generado en la población hábitos de consumo. El mundo está pasando de un mercado de compradores a uno de vendedores; se ha convertido la medicina en una mercancía sujeta a las leyes de la oferta y la demanda. Se venden medicamentos, tecnología, sueños e ilusiones.

El medicamento ha sido panacea y fetiche por una parte, y mercancía de alta rentabilidad por otra. La producción de remedios y servicios ha acabado por servir a sus propios intereses. Hasta hace poco la industria farmacéutica ocupaba el tercer puesto a nivel mundial, después de la industria de automóviles y del petróleo. En los Estados Unidos y el Reino Unido cada 24-36 horas, del 50 al 80% de los adultos, ingiere un producto químico por prescripción médica. Algunos toman un medicamento equivocado, otros contaminado o envejeci-

do, algunos más lo obtienen falsificado, otros ingieren varias drogas que son peligrosas.

Se calcula que entre el 70 al 90% de los problemas relacionados con la salud que afligen a los individuos, son atendidos al margen de los sistemas sanitarios tanto públicos como privados. Es decir, que la gran mayoría de los padecimientos se atienden, afortunadamente, en el seno de la propia comunidad, sin requerir de los servicios de salud.

El diagnóstico constituye la puerta de entrada de la enfermedad; gracias a él el mundo se divide en enfermos y no enfermos. En este mismo se pronuncia Karl Kraus, cuando afirma que "la enfermedad más común es el diagnóstico".

El consumo de atención a la salud es el nuevo símbolo de prestigio de la clase media. Las personas se han vuelto pacientes sin estar enfermas; el sujeto aprende a depender del médico en la enfermedad y en la salud. Se convierte en un paciente a lo largo de toda la vida.

Asistimos en el final del siglo XX al desarrollo espectacular de la denominada medicina científica, a costa de un gran deterioro de la medicina clínica. Lo más grave es que se ha deteriorado profundamente la relación médico - paciente. En el actual mo-

El consumo de atención a la salud es el nuevo símbolo de prestigio de la clase media

delo economista de la seguridad social, al médico se le paga por lo que le haga a los pacientes (clientes o usuarios), y no por lo que converse con ellos. Alguna vez, Sir William Osler hizo notar que el médico debería escuchar para que el paciente dijera el diagnóstico.

En otras palabras, se está afectando esa necesaria corriente magnética que, cuando se establece en forma fructífera, conocemos como relación médico - paciente. Una medicina con mayor desarrollo en su tecnología es, desde luego, más precisa, pero también resulta mucho más costosa y se la ve asimismo incidir todos los días, negativamente, en el binomio del que cura con el que padece. Decía Vicente Guarnier, en un simposio sobre nuevas tecnologías y nuevos daños iatrogénicos organizado por la Academia Nacional de Medicina Mexicana: "es para mí sorprendente ver llegar un enfermo a un servicio de urgencias de

un hospital, donde con un interrogatorio que ni siquiera alcanza la proporción de lo elemental, y casi sin exploración física, se le solicita toda una gama de análisis y radiografías. Me siento desconcertado cuando, para sólo citar un ejemplo, veo en un servicio hospitalario cualquiera, un paciente con un cuadro abdominal agudo por una apendicitis, al que, antes que nada, se le ordenan radiografías y un ultrasonido abdominal, y hasta una laparoscopia, cuando el diagnóstico de apendicitis, como lo enseñaron primero Henri Mondor, y más tarde Zackary Cope, éste último en un excelente libro que hizo su aparición por los años 40, es el resultado de un análisis casi exclusivamente clínico que se lleva a efecto, las más de las ocasiones, mediante un buen interrogatorio y una cuidadosa palpación abdominal".

Aunque el ejemplo anterior parezca dramático, casos similares están ocurriendo en las diferentes especialidades de la medicina. En nuestro medio se dice muy jocosamente que la primera complicación de la apendicitis es la solicitud del hemoleucograma y que quien escoge el especialista elige su enfermedad.

Finalmente, recordemos las palabras de Trausseau, quien les pedía a sus ayudantes en la cátedra: "señores, no se olviden que la medicina es también arte".



Con el propósito de reconocer la trascendencia científica y la innovación del trabajo de investigación en temas relacionados con enfermedades que afecten al hombre, se creó el "Premio AFIDRO a la Investigación Científica". Cada dos años los investigadores y grupos de investigación podrán postular sus trabajos. Mayores informes en los teléfonos 3341580 al 85, en Santafé de Bogotá.

Algunos aspectos de responsabilidad civil médica

Por Fernando Guzmán Mora, MD
Cirujano Cardiovascular. Fundación Santafé de Bogotá
Presidente Federación Médica Colombiana



Foto: Archivo.

RESPONSABILIDAD es la obligación de dar cuenta ante la sociedad por las consecuencias de un hecho o acto. En términos amplios, la responsabilidad puede ser catalogada como personal (cuando sólo se debe responder ante la propia conciencia de un acto inmoral), profesional (que consiste en dar cuenta ante organismos especializados, encargados de

vigilar que unas normas de desempeño de una ciencia o arte se cumplan) y jurídica (que obliga a responder ante la sociedad, en cabeza de sus jueces, por una transgresión a la ley).

La responsabilidad jurídica, a su vez, puede ser civil, particularmente cuando se atenta contra un bien o dere-

cho de tipo privado, lo cual obliga a resarcir en forma patrimonial o pecuniaria; penal, cuando se afecta un derecho catalogado como bien social, el cual incluye la vida e integridad de los individuos de modo que cuando se viola obliga a pagar mediante sanción o pena que la sociedad impone, y responsabilidad administrativa

cuando el responsable es un ente público o un servidor oficial.

La responsabilidad civil puede ser contractual y extracontractual. La primera se origina en el incumplimiento de obligaciones nacidas a través de un contrato. La segunda se origina en el daño al patrimonio de otra persona con quien no existe un vín-

culo contractual y tiene como fuente una conducta que rompe el deber de diligencia, cuidado y prudencia de las personas en sociedad. Por dar origen a un crédito, la responsabilidad civil es transmisible, es decir, puede transferirse a los herederos, quienes eventualmente deberán responder con su patrimonio de los hechos ocasionados por su pariente.

El daño en medicina

Siempre que se afecte un bien patrimonial o extrapatrimonial protegido por la ley, podremos hablar de daño reparable. Este principio del derecho privado se enuncia de la siguiente manera: todo el que causa un daño, está obligado a repararlo. Pero atendiendo a los términos de la definición, comprendemos que esa reparación correrá a cargo de una persona sólo cuando legalmente pueda considerarse que es "culpable", ya que a nadie pue-



de reclamarse por los actos que cometa sin culpabilidad.

Si la actividad del médico ha sido correcta de acuerdo con la ley del arte y si, sin su culpa, el estado del paciente no ha mejorado, no habrá lugar a indemnización. Se ocasionó un daño, es cierto. Pero también lo es, que ese daño no es indemnizable porque no es culpable.

Este punto de vista cambia (a nuestro modo de ver injustamente), en el caso de los médicos estatales.

Culpa

La culpa se puede definir como una omisión de cálculo. Como una falta de previsión de un resultado desastroso.

La doctrina jurídica dice: «...Hay culpa cuando el agente no previó los efectos nocivos de su acto habiendo podido preverlos o cuando a pesar de haberlos previsto, confió imprudentemente en poderlos evitar... De lo expuesto se deduce que la capacidad de prever no se relaciona con los conocimientos individuales de cada persona, sino con los conocimientos que son exigidos en el estado actual de la civilización para desempeñar determinados oficios o profesiones...» (Corte Suprema de Justicia, Sentencia de Junio 2 de 1958)

Hay, aparte de la gradación de la culpa, otra clasificación importante, que distingue los tipos de causa que generan error de conducta: se habla en primer término de la impericia cuando faltan la capacidad, habilidad, experiencia y conocimiento de quien emprende un tratamiento médico, particularmente cuando éstos no han sido certificados por alguna institución reconocida legalmente

Consiste, pues, en la incapacidad técnica para el ejercicio de la profesión médica y equivale a la «inobservation des règles d'art» de la doctrina francesa;

a la «malpractice» de los anglosajones» y al «kunstfehler» de los alemanes.

Se habla de negligencia cuando, a pesar del conocimiento de lo que debe hacerse, no se aplica y por lo tanto se produce un daño. Equivale a descuido u omisión. Aquí entran gran número de posibilidades, entre las que se incluyen todos los registros defectuosos en las historias clínicas, las actitudes de confianza en la evolución esperada que llevan al médico tratante a descuidar la observación continua de su paciente, o la entrega de responsabilidades a personal subalterno sin suficiente preparación o sin competencia, entre muchas otras.

La imprudencia consiste en una acción temeraria que se efectúa a pesar de haberse previsto el resultado adverso que ocasionará el daño en el enfermo. Esto equivale a efectuar un acto

médico sin las debidas precauciones. Es la conducta opuesta a la que aconsejarían la experiencia y el buen sentido de un especialista en determinado aspecto de la medicina, para la cual no se pueden tomar riesgos.

La mayoría de las legislaciones admiten que la culpa no se presume. Nuestra ley es congruente en el sentido de obligar a responder solamente a quien haya causado daño y con la condición de que quien demanda, pruebe la culpa del demandado. Como única excepción a esta regla en materia civil, como se ha mencionado, se consagra la presunción de culpa en contra de quien ejecuta una «actividad peligrosa».

En materia administrativa, a diferencia del campo civil, los fallos del Consejo de Estado a partir de Julio 30 y Agosto 24 de 1992 trasladan la carga de la prueba al médico con el objeto de acreditar su desempeño profesional y por consiguiente la ausencia de culpa en su ejercicio técnico científico, cuando se trata de un profesional adscrito a una entidad estatal. Pero este tema requiere de un tratamiento separado de la responsabilidad meramente civil, por lo que lo analizaremos luego.

Los laboratorios farmacéuticos del país tienen plazo hasta el 30 de septiembre de este año, para certificar ante el INVIMA el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) en la elaboración de medicamentos. La medida está contenida en el decreto 329 de 2000, modificatorio del decreto 1792 de 1998, que había fijado un plazo hasta el 28 de febrero de este año.



III congreso colombiano de salud familiar

Con el propósito de contribuir a la generación y aplicación de la política de Salud Familiar en el contexto de la Seguridad Social en Salud en nuestro país y mediante la participación de todos los actores del sistema, la Facultad Nacional de Salud Pública prepara el III Congreso Colombiano de Salud Familiar, que se cumplirá en Medellín, los días 24, 25 y 26 de mayo de 2000.

Los organizadores del evento pretenden compartir los avances y logros obtenidos por las entidades, grupos y personas que trabajan en el diseño, aplicación, adaptación y evaluación de modelos con enfoque familiar para la prestación del servicio y la docencia en Colombia.

Los objetivos trazados para este evento son:

1. Identificar los aspectos básicos que conforman el marco legal de la atención familiar en salud.
2. Analizar la implementación de las actividades que realizan las EPS, IPS y las facultades de ciencias de la salud para la atención y docencia en salud familiar.
3. Identificar estrategias y metodología para una eficiente atención en salud con enfoque familiar.
4. Intercambiar información, experiencias y resultados de programas y servicios de Salud Familiar en el Sistema de Seguridad Social.
5. Conformar un grupo de estudio permanente e interinstitucional acerca del tema.

TEMAS CENTRALES

Entre los temas que se trabajarán en el III Congreso Colombiano de Salud Familiar "Un enfoque de atención integral en el contexto de la Seguridad Social" están: Lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud sobre Salud Familiar; las políticas de salud familiar del Ministerio de Salud; experiencias nacionales e internacionales de Salud Familiar en servicios, docencia e investigación; perspectivas de la Salud Familiar en el ámbito académico; viabilidad financiera de la Salud Familiar y familias saludables y desarrollo social.

El Congreso tendrá como invitados especiales a la doctora Carol Collado de la OMS/OPS, el doctor Charles Goudin de la Universidad de Shairbroke, Canadá; el doctor Carlos Sarmiento del Ministerio de Salud y el doctor Jaime Arias, presidente del Seguro Social.

Este evento cuenta con el apoyo de varias entidades como: la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Salud, la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, el Instituto de Seguros Sociales, CORFAMILIAR, la Asociación Colombiana de Salud Familiar, las facultades de Ciencias Sociales, Enfermería y Odontología de la U. de A.; la Fundación Universitaria San Martín, la Universidad Pontificia Bolivariana, el Instituto de Ciencias de la Salud -CES- y Comfama. Las personas interesadas en participar de este evento pueden comunicarse con la Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia. Calle 62 No. 52 - 19, teléfono 5106393 5106807 Fax: 5112506. Correo electrónico: cextsp@guajiros.udea.edu.co. Medellín, Colombia.

CRUCIPULSO

SOLUCIÓN AL ANTERIOR

Por Julio Ramiro Sanín, md

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

HORIZONTALES

1. Temor a las alturas. (PI).
2. Especie de tumorcillo que nace en alguna parte del cuerpo y a veces cría materia (PI).
3. Ministros togados que en las audiencias del reino, oían y sentenciaban las causas de los pleitos. Radón.
4. A causa de este señor, los lunes festivos son festivos.
5. Amarra. Señor a la antigua.
6. Conjunto de vasos nutritivos que unen la semilla al pericarpio, después de haber atravesado la placenta. (Rebusque).
7. Ovidio, Ramíre, Tangarife. Solo y sin otro de su especie (PI).
8. Belisario, Aguirre, Echeverry. La flor de buena familia.
9. El que no da trabajo y si lo da no paga. Provincia de Santander (PI).
10. De consistencia de hueso (PI).

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

VERTICALES

1. Temor a los espacios abiertos.
2. Niño recién nacido, de poco tiempo (PI).
3. Brillante, resplandeciente (PI).
4. Invertido. Aunque se vista de seda así se queda.
5. Divieso (PI).
6. Atrevanse. Extraordinario, excelente.
7. Santo Domingo. Sin arrugas.
8. Inesita Sanín. Invertido. Así le dicen al pipí los costeños. Una viejita a la antigua.
9. El río suizo. Anades.
10. Los que tocan la música que se fue de Cuba.

Encuentre la solución en el próximo número.

EVENTOS

● **Curso análisis de datos categóricos. Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Medellín, abril 1,7, 8, 14,15 y 24. Mayores informes en el teléfono 5106040. Correo electrónico: jjsar@medicina.udea.edu.co**

● **VI Seminario Integral de Sida. Santiago de Cali, Colombia. Abril 5-8. Mayores informes en el teléfono 6600032-6610481. Correo electrónico: galindo@cisida.org.co o en la www.cisida.org.co**

● **Simposio nacional de Nefrología, abril 7. Auditorio Humanae Vitae, facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana. Mayores informes en el teléfono 4415544.**

● **1er Congreso Iberoamericano de Enfermería Geriátrica y Gerontología. Logroño-España. 7-11 abril del 2000. Mayores informes en www.arrakis.es**

● **Simposio Mitos y realidades del consumo de sustancias en el medio laboral. Abril 28. Organiza: departamento de Toxicología del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín. Mayores informes en el teléfono 2636363-2636262.**

● **XIV Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Micología Humana y Animal. Buenos Aires, Argentina. Mayo 8 al 12.**

● **XX Reunión Anual de Dermatología Latinoamericana. Mar del Plata, Argentina. Mayo 6 al 9.**

● **I Congreso Nacional de Medicina Legal, 11 y 12 de mayo. Auditorio Humanae Vitae, facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín. Mayores informes en el teléfono 4415544, ext. 731-717.**

● **Clinical Dermatology 2000. Viena, Austria. Mayo 18 al 20.**

● **Curso de actualización y controversia en pediatría y puericultura. Medellín. Organiza el departamento de Pediatría y Puericultura de la Facultad de**

Medicina de la Universidad de Antioquia y el Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Mayores informes en el teléfono 2637885.

● **III Congreso Colombiano de Salud Familiar. Mayo 24-26, Medellín. Organiza: Facultad Nacional de Salud Pública, U. de A. Mayores informes: teléfonos 5106807 ó 5106807. Correo electrónico: cextsp@guajiros.udea.edu.co**

● **XXX Congreso Nacional de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Ibagué, Colombia. Mayo 31 al 5 de junio del 2000. Centro de Convenciones Alfonso López Pumarejo.**

CLASIFICADOS

Anuncie en los clasificados del periódico **EL PULSO**

TARIFAS ECONÓMICAS Mayores informes, teléfonos: 2634396 - 2637810



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

MENSAJERIA URBANA
Licencia MIN
Nº 000122



Mantenimiento preventivo y correctivo de equipo médico y electrónico

Tel: 452 54 40
Beep: 265 97 77
Cód: 48259

Muebles y detalles. Gran variedad de muebles y decorativos para el hogar. Cra. 76 N°30 -28. Teléfono 2560173. Parque de Belén. Medellín.

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

La Clínica Infantil Santa Ana, en Medellín, requiere un Médico Pediatra y una Nutricionista. Mayores informes en los teléfonos 2669560 y 2665490.



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

Tarjetas de Crédito y débito

PLAZOLETA NUEVA VILLA DE ABURRÁ

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



(Tomado de la introducción del texto)

RESEÑA BIBLIOGRÁFICA

La excelente acogida que ha recibido esta obra en el ámbito médico nacional nos ha impulsado a realizar una tercera edición de la misma.

El término pautas, en una de sus acepciones etimológicas, significa guía o regla que se tiene en cuenta para efectuar bien una acción. De ahí que este texto, Pautas de Tratamiento en

Pediatría, pretenda fundamentalmente brindar una orientación al estudiante de medicina, el médico general y el pediatra en el momento de prescribir un tratamiento, una vez haya agotado las fases irremplazables de la anamnesis y el examen físico cuidadoso, que son los pilares fundamentales de

cualquier acto médico. Este texto es el producto de la experiencia clínica del personal científico del Departamento de Pediatría y Puericultura de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, en el área de medicina infantil, enriquecida mediante la revisión y actualización bibliográfica de cada uno de los temas tratados.



Los gerentes, jefes de recursos humanos y jefes de salud ocupacional están invitados a participar del evento que organiza el departamento de Toxicología del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, "Mitos y realidades del consumo de sustancias en el medio laboral", que se realizará el 28 de abril. Mayores informes en los teléfonos 2636363, 2636262.

Erotismo, humor, bobada y buena escultura

Por Ana C. Ochoa
Periodista

Más que una estilizada torera de chismes vestida de Pierre Cardin, es una interesante escultora que deja ver su luz en medio de una sombra: Fernando Botero.



Foto Sophia Vari, Villegas Editores.

Sophia Vari

zó a mostrar su escultura. Vió también en París, Londres...el libro hace énfasis superficial en sus antecedentes cosmopolitas y, de lo substancial a lo "ligero", va pasando por sus viajes y hasta por sus encuentros pobremente descritos con personajes como María Callas -"me subyugó su personalidad...a partir de mis charlas con ella decidí ser artista"- o con Churchill -"habla de la acuarela como si fuera la cosa más importante del mundo", o con Marc Chagall -"No olvido que le mostré una de mis pinturas y me disculpé por no tener sentido del color, a lo cual me comentó: yo tampoco." Y, en fin, entre esos encuentros uno que da pistas: fue con Henry Moore, el famoso escultor. De sus maquetas que cabían en la mano, proviene la idea de uno de los trabajos más llamativos de Vari: las esculturas de formato pequeño. Ella cuenta que encontró el teléfono del escultor accidentalmente, en una revista, lo llamó, él le dio una cita de una hora y conversaron siete. Tal vez él le reforzó también su inquietud por la figura humana y, particularmente, por lo que él llamó la grandiosidad simple y monumental de las esculturas aztecas..."poseen una solidez maciza que uno siente indestructible y que es tan fiel a la naturaleza de la piedra", dijo. Sophia Vari, comenta a su vez:

"No olvido que le mostré a Marc Chagall una de mis pinturas y me disculpé por no tener sentido del color, a lo cual me comentó: yo tampoco."

"México ha tenido un efecto profundo, perdurable en mi obra." Pero perdurable, al decir de Justin Spring, Nohna Haime -la reconocida galerista- y otros, es "la alegría que parece emanar de su trabajo. Aun el más sólido y monumental de sus broncees, tiene la vitalidad y la animación que un artista con menos seguridad no osaría plasmar. En una época que normalmente aplaude la brutalidad, la confrontación y lo difícil, ha elegido un camino diferente: la belleza y el placer, la armonía y la sensualidad...pero por encima de todo eso su obra valora la gracia, la exuberancia y el humor..." En buenahora.

Un periodista más pesado que un Botero la llamó "diosa" y describió sin gracia su afición a los trajes fastuosos de Ungaro y a los paseos en bicicleta por Pietrasanta. Así, el corrillo del chisme ha servido para que avance bien entaconada hasta nosotros, la esposa de Botero, Sophia Vari, una buena escultora de la cual los medios han entregado apenas una elegante caricatura. Se han dicho las tonterías de siempre: que dizque es "sensible" que "en ella todo es bello", que, claro, es "bella por fuera y por dentro" y que la ruptura de su primer matrimonio griego fue -valga la frase de paquete- "no un final sino un punto de partida". Y a esto le han añadido las perlas más deslucidas: "No importan el éxito y la fortuna, Sophia siempre es la misma." Y es que casi todos los personajes de reportaje son, al parecer, de una "sencillez" conmovedora...En fin, a pesar

de todas estas "revelaciones" existe una duda sobre Sophia Vari. Y no, no es precisamente sobre la edad, que ya fue chisme. Tiene 60. No, la duda es sobre su trabajo de tantos años, principalmente sobre su escultura. Han llegado lanzas envenenadas. Se ha dicho que, hacia los 80, sus figuras eran réplicas mal dotadas de las de su esposo, el pintor colombiano Fernando Botero. "En cualquier parte del mundo tener un trabajo evocativo de Botero puede ser una casualidad llamativa, pero aquí es un accidente fatal", sentenció una temida

juéz, con una temida corte: Ana María Escallón. Pero su trabajo de hoy es más distante de todo eso y, según el crítico norteamericano John Yau, Vari triunfa con su sentido femenino, su acercamiento al tema de la interacción erótica de los cuerpos, su rechazo de los ideales demasiado arquetípicos y su mezcla de erotismo y humor. "Las referencias hacia lo erótico son siempre graciosas y delicadas", afirmó.

Sophia Vari había conocido en 1.978 a Fernando Botero en París. "El expresó confianza en

"La infelicidad no es un amplificador del talento".

mi y en lo que hacía, infundiéndome confianza en mi misma...su ejemplo me dio una nueva perspectiva de mis prioridades. Me mostró que necesitaba seguir un camino directo para alcanzar mis objetivos, dejando claro que para lograr todo eso se requería disciplina y trabajo constante...con él desaparecieron las horas de desespero por lo imposible."

En el libro publicado por Benjamín Villegas Editores, se escribe que Vari dejó Grecia muy pequeña y vivió en Suiza. Estudió arte desde niña pero, dice ella, fue tardíamente que se "realizó" como artista y empe-

Una buena escultora de la cual los medios han entregado apenas una elegante caricatura.

Medicáncer inicia programas asistenciales

Con la puesta en marcha de programas asistenciales, Medicáncer comienza una nueva etapa de atención a la comunidad. Se trata de las consultas especializadas para diferentes tipos de cáncer, dirigidas a la población tanto masculina como femenina. De igual manera, continuará ofreciendo a la comunidad los programas de prevención y promoción que caracterizan a la entidad, desde su creación.

La directora de Medicáncer, Nancy Villamil Acevedo, se refirió a los nuevos servicios que ofrecerá la entidad a la comunidad. "Llevamos pocos meses con la consulta especializada de mama y ha tenido muy buena acogida, por-



que contamos con médico especialista en cáncer de mama y además por las tarifas subsidiadas que ofrece la institución. Esto nos ha llevado a pensar en otro tipo de consultas que vamos a iniciar en marzo, específicamente aquellos con problema de

cáncer de piel, en próstata, testículo y pene; en abril queremos empezar con las consultas de cáncer cervicouterino, estómago y pulmón".

Indicó la directora, que Medicáncer continuará con su labor de promoción y preven-

ción, a través de charlas y conferencias dirigidas a las comunidades que las soliciten, ya sea empresas, instituciones educativas, veredas, parroquias, entre otras. También seguirán con los programas de apoyo psicológico y asesoría a los pacientes que van a recibir tratamiento de quimioterapia y radiación.

Las personas que requieran tanto el nuevo servicio asistencial como los programas de prevención y promoción, sólo tienen que acercarse a las instalaciones de la entidad a solicitar los servicios, las cuales están ubicadas en la carrera 51D N°67-60, cerca al Hospital Universitario San Vicente de Paúl, en Medellín.

Lo invitamos ...

SUSCRÍBASE

EL PULSO

Periódico para el sector de la salud

Fecha de suscripción: _____

Nombre (s): _____

Apellidos: _____

Dirección de envío: _____

Ciudad - País: _____

Teléfono: Fax: _____

Correo electrónico: _____

Residencia: _____

Oficina: _____

Apartado Aéreo: _____

VALOR SUSCRIPCIÓN ANUAL \$ 26.000

Forma de pago Efectivo Cheque

(a nombre de la Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl)

Banco: _____

Cheque no.: _____

Usted puede realizar su consignación en cualquier ciudad del país, en las cuentas:

Banco Ganadero, cuenta no. 29900056-2

Banco Santander, cuenta no. 01004147-3

Favor enviar copia de la consignación al Fax.: 263 44 75

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

Hospital Universitario San Vicente de Paúl
Calle 64 con Carrera 51D
Teléfonos: 263 43 96 - 263 78 10.
e - mail: elpulso@elhospital.org.co
Medellín - Colombia

Ochenta sillas de ruedas fueron entregadas a igual número de discapacitados de estratos uno y dos, en el lanzamiento del programa "Colombia Camina", que pretende mejorar la vida de las personas de escasos recursos que presentan discapacidad motora y que requieren elementos para su autonomía personal. El programa fue presentado por la primera dama de la nación, Nohra Puyana de Pastrana.



Preocupa a la salud proyecto de ley de juegos de suerte y azar

¿ La salud pública al azar ?

Declaraciones para EL PULSO del Dr. Omar Flórez Vélez, Presidente de la Federación Colombiana de Empresarios de Juegos de Azar, FECEAZAR.

Pocos sectores más controvertidos que el de los denominados juegos de suerte y azar. Sobre todo por sus millonarias deudas con sectores como el de la salud. Por ejemplo, en el caso concreto de las transferencias de



Omar Flórez Vélez, presidente FECEAZAR, Federación Colombiana de Empresarios de Juegos de Azar. Foto: El Mundo.

las loterías, la Superintendencia Nacional de Salud ha sido contundente en señalar que "el monopolio existente se está explotando sin ninguna eficiencia y con altos costos para la salud, pues esta ve definitivamente afectadas sus rentas". La alarma creció en el segundo semestre de 1999 cuando un informe revelaba que los servicios de salud departamentales sólo recibieron el 13.5% de lo debido, es decir 18.622 millones, de los 138.297.6 millones que obligaba la Ley para dicho período. Y que Loterías como la Nueve Millonaria, Libertador, Cúcuta, Bolívar y seis más, no giraron ni un solo peso y que ni siquiera las que más giraron, como la de Medellín, cumplieron totalmente con lo estipulado en ese entonces. ¿En qué va el proyecto de Ley de Régimen Propio que se discutirá en el senado y cuál es su posición frente a la crisis hospitalaria?

Nueva Ley

Según el doctor Omar Flórez Vélez, presidente de la Federación Colombiana de Empresarios de Juegos de Azar, FECEAZAR, que desde hace 17 años representa a los operadores privados, "la crisis hospitalaria tiene múltiples causas, entre otras la ineficiencia de algunas loterías, como lo señalan la evasión y elusión originadas por la proliferación de juegos ilegales, frente a la cual el estado ha sido inoperante o permisivo. De tal suerte que no es preciso endilgar responsabilidad exclusiva al sector de juegos de suerte y azar, pues se presentan fenómenos de corrupción, gerencia inepta, exageradas cargas laborales originadas en convenciones laborales, el atraso en el pago de sus servicios por parte de algunas EPS, mala contratación, derroche en gastos generales y administrativos etc..."

¿ Y el proyecto de Ley de Régimen Propio que se discutirá en el Senado?

"Deben corregirse graves errores en el texto aprobado por la Cámara de Representantes, pues es nocivo para los Departamentos, al pretender dividir artificiosamente el juego 4 cifras, que básicamente es el mismo juego del Chance, para que lo explote la entidad que pretende sustituir a Ecosalud, lo cual significaría que dejarían de percibir cerca de \$ 33.000 millones. Adicionalmente se pretende aumentar las regalías del chance del 8.5% al 17%, una aumento del 100%, absurdo desde todo punto de vista, lo cual originará mayor evasión, al obligar a los empresarios a regresar a la clandestinidad, de donde salieron hace 18 años; por consiguiente el juego ilegal aumentará y habrá menores recaudos para atender las necesidades de los hospitales públicos, afectando seriamente a la gente de pocos recursos y poniendo en serio riesgo el empleo de millares de trabajadores..."

También es necesario que el Gobierno tome los correctivos necesarios para que las fuentes de ingresos (impuesto a la venta de licores, impuesto al consumo de cervezas, transferencias de las loterías y el impuesto de registro y anotación) le cumplan cabalmente a la financiación de la salud, pues sus aportes en valores constantes vienen decreciendo.

AVISO IATM

AVISO CORPAUL