

## Una buena estrategia en el reino de la distorsión



Foto: Edwin Vélez

El Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales Sisbén, creado por el Consejo Nacional de Política Económica y Social, es una estrategia que despierta a la vez entusiasmo y extrema reserva, en la medida en que tiene la doble estampa del frustrante menoscabo de su función y del útil recurso que, bien manejado, es más que una promesa de equilibrio para el fun-

cionamiento, en este caso concreto, del sistema de salud frente a la población más pobre. Para afinar realmente el funcionamiento del programa Sisbén es preciso buscar eficacia en el propósito de clasificar socioeconómicamente a la población más vulnerable. Esto implicaría entre otras cosas -según opiniones en consenso- depurar su base de datos, inyectar recursos para su aplicación, mejorar los me-

canismos de encuestaje y de procesamiento de la información, promover la pulcritud en el cumplimiento de las obligaciones de numerosos alcaldes que han hecho del Sisbén un mecanismo de oscura maniobra electoral, revisar las variables de medición de pobreza que inciden en la clasificación socioeconómica, educar a la población en relación con el Sistema, definir con claridad la situación de la población no

identificada y precisar alcances y responsabilidades al respecto...de lo contrario, seguirán enfrentando las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud el drama diario de centenares de personas cuya salud se convierte en verdadero caos. Los factores que han desplomado el rigor en la aplicación del Sisbén son de diversa índole, por este motivo EL PULSO abrió sus páginas a diferentes opiniones.

Debate Páginas 2,3,5 Y6

## Tuberculosis y progreso



Foto: Jesús Ochoa

En el siglo de la sacralización del mercado y de la productividad, en la era de la mal llamada globalidad, donde las comunicaciones no permiten el parpadeo, las enfermedades infecciosas especialmente la tuberculosis emergen so-

cavando esa visión indolente y simple del progreso. La pobreza y la marginalidad conviven con la opulencia; las enfermedades infecciosas de cuyo control se ufana alguna parte de la humanidad siguen delineando con claridad un mapa terrible, la geografía del hambre, escribe el Doctor Jesús Ernesto Ochoa, del departamento de Epidemiología Hospitalaria del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín. El tratamiento y el seguimiento de los pacientes con tuberculosis no se hace de manera integral en el país. Los medicamentos

de primera línea están disponibles pero su administración es irregular y no supervisada en muchas ocasiones. Los pacientes tienen que desplazarse a sitios distantes de su lugar de residencia para recibir el tratamiento y no se cumple en muchas ocasiones el protocolo de seguimiento individual y de los contactos. A pesar de existir normas al respecto, los medicamentos de segunda línea y los necesarios para el manejo de las interacciones con los antirretrovirales difícilmente llegan a los pacientes.

PÁG. 11

## Honoré de Balzac

Narración de Nicanor Restrepo Santamaría

Sobrecogedor en lo grandioso, demoledor en lo simple, pedagógico en la exquisita exploración lo cotidiano, audaz en su ideación fantástica, vehemente retratista de esa humanidad de vencidos más que de vencedores, vigoroso, "espeso", apasionado, escrupuloso en cada narración...fragmentos de un interesante retrato del escritor francés (1.799-1.850) autor de La Comedia Humana, entre otras obras de esa excepcional producción cuyas historias y personajes constituyen uno de los capí-

tulos más atractivos de la literatura. A propósito de sus personajes se señala, que "varios de ellos se identifican con Balzac, expresan sus rasgos, sus angustias, sus frustraciones, sus ilusiones y obedecen a trazos geniales que les dan una dimensión a la vez humana y mágica." Encuentre en EL PULSO fragmentos del ensayo elaborado por el Presidente de Suramericana de Inversiones, como parte del Ciclo de Grandes Literatos organizado por la Universidad Nacional, seccional Medellín.

PÁG. 13

## La salud en la agenda política

Analizar la Ley de Regulación Sanitaria -concebida en el proyecto 156 del Congreso de Colombia- el profesor de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, doctor Alvaro Franco, concluye que se inicia apenas el reconocimiento de la necesidad de mantener el tema de la salud en un alto nivel político, incluyéndolo en las agendas de los diferentes actores pero especialmente en las instancias decisivas, parlamentarias y gubernamentales...Insiste en que es necesario hacer «cabildeo» y alianzas estratégicas, como lo recomienda la politóloga de salud norteamericana, Nancy Millio, manteniendo la salud en la agenda política de todos los actores, de quienes directamente tienen que ver con el sector pero, fundamentalmente, de quienes están negociando problemas más trascendentales (la paz, planes de desarrollo) o, en el parlamento, corrigiendo el rumbo equivocado en materia social y estatal. En tal sentido, la política de salud se entenderá como una serie de acuerdos sociales y políticos entre el Estado y la sociedad.

PÁG. 15

## Clínica pediátrica de VIH en Cali



8

Más de 50 niños son atendidos en Cali por esta nueva institución creada por el Hospital Universitario del Valle y liderada por un grupo interdisciplinario de profesionales que ha logrado importantes avances en favor de los menores con VIH.

## Crónica secreta de los bancos de ADN

9

"El cinismo en materia de bancos de ADN tiene su máxima expresión en los países en vía de desarrollo" ... los investigadores piden colaboración de los genetistas para que termine la explotación de la población por la autoridad médica, bajo el control de intereses privados del exterior. Adaptado de Le Monde Diplomatique.

## El que contamina debe pagar



10

En la página de medio ambiente encuentre el tema de las tasas retributivas, la acción de las autoridades ambientales y la controvertida política de "mitigar el daño".



## Gloria Zea, guante blanco para domar un tigre

12

Notas a partir de una conversación que sostuvo con EL PULSO la actual Directora del Museo de Arte Moderno de Bogotá, uno de los personajes más controvertidos de la cultura colombiana, mujer que por décadas ha enfrentado los críticos con la determinación de su personalidad enfática, individualidad poderosa que le ha merecido los amores pero también los odios de quienes la consideran o una ejecutiva brillante o una bella dictadora.

## "Que se una la clase política por la salud de Antioquia"



16

El Director del Servicio Seccional de Salud de Antioquia, doctor Gonzalo de Jesús Echeverry López, comentó los propósitos de su gestión y se manifestó frente a temas polémicos como el pago por la atención de la población pobre no identificada por el Sisbén.

## EDITORIAL

### Del Sisbén a la realidad

4

"Esfuerzos tan mayúsculos como fueron los de determinar las variables para construir la Encuesta de Caracterización Socioeconómica, extractada de la aplicación a 25 mil familias en 1993, más la aplicación de los recursos económicos que destina la ley para los grupos focalizados, seamos sinceros, no han dado el resultado que se esperaba"

La incidencia de estrés postraumático en Colombia, es siete veces mayor a la que se registra en todo el mundo (3% según la Organización Mundial de la Salud, OMS), informó Rodrigo Córdoba presidente de la Asociación Colombiana de Psiquiatría. Esto significa que cada uno de los individuos afectados por la situación socio-política que afecta al país (secuestro, violación, guerra, extorsión, etc.), puede o está padeciendo estrés postraumático, una de las enfermedades mentales que más afecta a la población mundial.



# El Sisbén De buenas ideas y discutibles resultados

Por Ana C. Ochoa  
Periodista

"Gregorio Avellaneda murió el 25 de marzo de 1.995, arrollado por un carro fantasma en el sector del Café Madrid, la vieja estación del tren en Bucaramanga. Sin embargo, dos años después apareció como titular de un carné que lo acreditaba como beneficiario de salud... acudió a cuatro citas médicas y se sometió a un tratamiento de ortopedia". (*El Tiempo*, febrero 18 de 1999). Medellín, marzo 7 del año 2.000: Dos mujeres, con igual nombre, igual número de cédula, consultan en un Hospital. Se comenta, además, que se falsifican las huellas digitales y que por 50 mil pesos puede conseguirse identificación y posterior acceso al Régimen Subsidiado.



Foto: Ana Cecilia Ochoa

La mecánica subterránea de la trampa que, aplicada en todos los sectores, le cuesta anualmente a Colombia más de tres billones de pesos, está instalada también en el Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales, Sisbén. Puede iniciarse en el error de algún encuestador irresponsable, pasar por el chantaje de un alcalde que hace del Sisbén su propia feria, seguir por el dato falso dado por un usuario amedrentado y terminar en alguna prepotencia con capacidad de decisión... ¿quién responde? El caos del Sisbén estalla y con él estallan las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. El abandono de los usuarios sin identificar, la eva-

**La cadena del error puede iniciarse en la falta de algún encuestador irresponsable, pasar por el chantaje de un alcalde que hace del Sisbén su propia feria, seguir por el dato falso dado por un usuario amedrentado y terminar en alguna prepotencia con capacidad de decisión... ¿quién responde? El caos del Sisbén estalla y con él estallan las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud.**

sión de responsabilidades para responder por los costos de la atención, el caos de una base de datos no depurada, la manipulación política... son muchos los factores que han desacompañado el ritmo general de todo un sistema de salud, que depende por esencia de una buena información.

Ahora, cuando se avecinan épocas electorales, conviene citar un estudio efectuado por Fedesarrollo, en el cual se afirma que la politización del Sisbén ha sido, desde sus inicios, un gran problema del instrumento en algunas regiones. "Muchos alcaldes cambian votos para que los pobres ingresen al régimen subsidiado". Pero, ¿quiénes son los pobres?

## Mentiras perfectas

Por un lado, claro, están los pobres "vulnerables", según el Ministerio de Salud, unos 12 millones de personas, el 30% de la población colombiana que debe ser beneficiaria del Régimen Subsidiado. Clasificadas por el Sisbén hay unas 13.997.292 personas, que corresponden al 95% de la población con Necesidades Básicas Insatisfechas N.B.I y afiliadas alrededor de 9.325.832, cobertura ficticia, aún por revisar a la luz de la realidad, según investigación de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. En definitiva, por un lado están los pobres que "son" y, por otro, los que consiguen serlo gracias a la maniobra de algún funcionario fraudulento. Familias enteras con dinero han sido protegidas por numerosos alcaldes. Según la Contraloría General de la República "el instrumento no se ha manejado con la transparencia requerida y se ha incurrido en subjetividad para su aplicación, generando poca confiabilidad, por cuanto un porcentaje pertenece a grupos no pobres de la población, hay duplicidad de fichas socioeconómicas, venta de las mismas, expedición de certificaciones provisionales, fichas no grabadas en el sistema; otras grabadas sin encuesta física, diligenciadas a lápiz, archivadas sin técnica alguna". De acuerdo

con información de la Superintendencia Nacional de Salud, más de la mitad de los alcaldes colombianos, 550 de los 1.075 existentes, han sido investigados por desvío de dineros y hasta por componendas perjudiciales con ARS. Y son los alcaldes los responsables de la implantación y aplicación del Sisbén en las entidades territoriales.

Como se verá más adelante, la Federación Colombiana de Municipios y algunos mandatarios dieron su versión a EL PULSO desde diferentes regiones del país. Pero que todos los dineros de la salud se han vuelto apetecibles para muchos, es una evidencia de la cual da cuenta la crónica mayor, pero sobre todo la menor, la que se difunde a la sombra. El 17 de febrero de 1999, Colombia conoció por las noticias los detalles de un fastuoso regalo de bodas comprado, con dineros de la salud, por una elegante funcionaria santandereana. Ni para qué decir que, además de la nevera millonaria, con el respaldo de una auditoría había comprado derecho en un resort y pagado mil cuentas de su carro y del carro de su esposo. Estos son otra clase de pobres, los que teniendo le sacan tajada a la salud.

Volviendo a los pobres que sí son, existen muchos no sisbenizados. Algunos porque no se dejan identificar y controlan zonas impenetrables de violencia - ya han sido asesinados y agredidos varios encuestadores -, otros porque no saben del Sisbén, otros porque son indígenas, o desplazados, o indigentes, perdidos todos en la confusión de una base

de datos todavía imperfecta... en fin, son millones de personas (que representan en Medellín por ejemplo, un 25% ó 30% de los pacientes que llegan a las I.P.S, según comunicación de varias instituciones de la ciudad), por las cuales nadie quiere pagar, ni siquiera el Estado. ¿Tendrán que seguirlo haciendo los prestadores de servicios de salud? Pero en la ruta de la trampa están también otros pobres, los pobres muertos, ya por fuera de este mundo, pero consultando y, lo que es peor, con carné. También están los que no tienen cédula o documento de identidad, mejor dicho los que no existen para este país y entonces, por ejemplo algunos hospitales, con verdadero sentido de servicio, les ayudan a veces a sacar su documento. Pobres son también algunos de estrato 4 ó 5 que tienen una casa pero vacía, y viven en estado de desprotección porque ni siquiera consiguen a quién venderla, como ocurrió en Medellín con dos ancianas herederas de una casona que desamoblaron a plazos, negociando lo que podían para sobrevivir. Y no tenían Sisbén. Se puede ser pobre pero tener casa. Por tal razón es criticado el peso de esa variable en la clasificación del Sisbén. Dice la Academia de Medicina: "El Sisbén no determina realmente las condiciones de pobreza y vulnerabilidad de la población", y agrega Fedesarrollo que "se cuestiona su efectividad para focalizar, porque la metodología es poco sensible en detectar situaciones de pobreza debido al mayor peso relativo asignado a la infraestructura y al nivel educativo, en contraposición con las

variables del ingreso, con lo cual se han dejado por fuera amplios grupos de pobres, especialmente en el área urbana de las grandes ciudades donde se concentra un gran porcentaje de la población". Por su parte, señala el doctor Alvaro Cardona, investigador de la Universidad de Antioquia, que algunos estudiosos hicieron caer en cuenta, al inicio del Sistema Sisbén, que de las 62 preguntas contenidas en aquel formulario, 60 estaban ya en el censo de población de 1.993. "Parece absurdo que el país haya tenido que enredarse buscando cómo aplicar el Sisbén, amén de los altos costos que ello ha implicado, cuando habría sido más lógico reclamar y aplicar los resultados de aquel censo".

Frente a las críticas que ponen en entredicho la eficacia del Sisbén, el Subsecretario de Planeación Económica y Social de Medellín, doctor Sergio Restrepo, consideró que, por el contrario, este sistema ha superado en efectividad a todas las otras metodologías para medir la pobreza. "La diseño Planeación Nacional, a través de la Misión Social y ha sido suficientemente probada", afirmó. A su vez, las directivas de Comfama ARS, expresaron que "el hecho de que la herramienta tome como eje central la vivienda para la priorización, ha generado que la población se traslade transitoriamente de un sector a otro para ser identificada, pero luego cambie de vivienda. Sería más lógico que la encuesta identificara e indexara personas no viviendas". Y este problema de las migraciones está sin frenos.

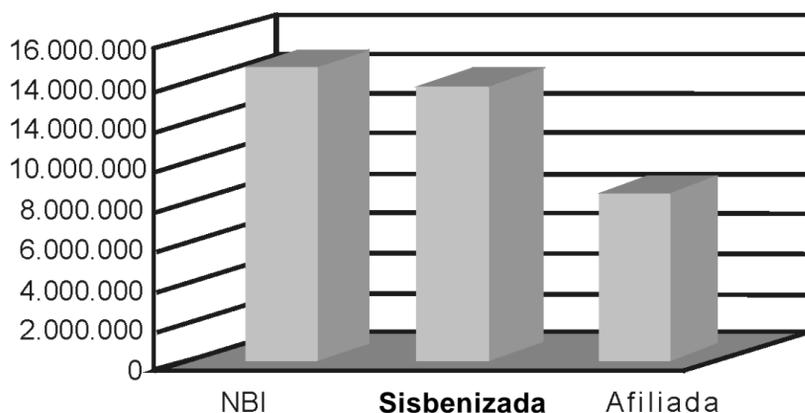
## Andariegos

Desplazados sin ser reconocidos por la ley, cosecheros que viajan de pueblo en pueblo, andariegos... muchos figuran en los listados de diferentes lugares, y como la base de datos no está depurada viene la confusión de las multiplicidades. Otros registran como miembros de su grupo familiar a algunos que viven por fuera, en diferentes poblaciones. Una de las conclusiones principales del seminario sobre base de datos del Sisbén, efectuado en Medellín por Sabersalud, es que si no se mejora el sistema de información, no se acertará en el otor-

gamiento de los subsidios a los más pobres de entre los pobres y "se continuará despilfarrando el dinero". En una ciudad como Medellín, el sólo Sisbén cuesta al año 600 millones de pesos. Costaba 800 millones, pero ante la precariedad del presupuesto se impone la austeridad. Y ante la falta de dineros para el Sistema se han represado numerosas actualizaciones, visitas y revisitas del Sisbén. En este caso que mencionamos de Medellín, 25 encuestas estaban pendientes. Un novedoso "plan de contingencia" (ver recuadro) permitirá, según el Secretario de Planeación, doctor Luis Eduardo Tobón, darles salida y además buena salida, pues 238 encuestadores debidamente capacitados por Planeación mejorarán también la recolección y el procesamiento de los datos, que en tantas ocasiones, han sido deficientes. El informe de la Contraloría General de la República es enfático: "La aplicación de las encuestas se realizó con personas poco preparadas, que en algunos casos dejaron de lado los sectores más pobres y necesitados, por lo que la población objetivo no fue plena y correctamente identificada. A esto se suma el hecho de que las administraciones locales no efectuaron campañas de información y difusión... estas fallas repercuten estructuralmente en el Régimen Subsidiado, por cuanto no permiten una correcta y objetiva selección de beneficiarios."

También se ha insistido en que el Acuerdo 77 de noviembre de 1.997 del Consejo Nacional de Seguridad Social, estableció que para ser beneficiarios del subsidio en salud se requieren dos condiciones: estar en los niveles 1 y 2 del Sisbén -según puntajes- y no tener capacidad de pago. Pero "la generalidad de la encuesta para el nivel nacional, no permite establecer particularidades regionales que inciden en la evaluación del nivel de vida... esto genera una calificación alejada de la realidad que viven los habitantes del área, como es el caso de los de clima cálido, en los cuales la estructura habitacional varía significativamente en relación con la de climas fríos". Otra dificultad: en algunas zonas, la población es muy dispersa y es difícil su cobertura. Problemas técnicos, de financiación, de capacitación y, obviamente de vigilancia -incluso ciudadana-, así como la ausencia de mecanismos de validación por parte de los organismos administrativos y de control municipales (Antioquia está pendiente del SISA, Sistema de Información de Salud de Antioquia). En conclusión, todos estos aspectos multiplican la incertidumbre en medio de una única certeza: el Sisbén es útil siempre y cuando se afine y, de una vez por todas, exista coraje para romper la cadena espantosa del error tolerado.

*Nota de la Edición: Se trató de conseguir información más completa del programa SISA de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, pero no fue posible. Esperamos poder registrar en el próximo número de El Pulso, los adelantos de este novedoso sistema de información.*



Fuente Contraloría General de la República



El último estudio de la Sociedad Colombiana de Cardiología (realizado en las principales ciudades del país) revela que cada vez, hay más personas con problemas coronarios en Colombia. El alcohol, cigarrillo, colesterol, la obesidad, el estrés, el sedentarismo, los triglicéridos y la diabetes pueden desencadenar un grave problema coronario. Según el estudio, entre el 72% y el 84% de la población colombiana desconoce que el colesterol y los triglicéridos, son factores de riesgo cardiovascular. Así mismo, se detectó que el mayor factor de riesgo es el sedentarismo, al cual está propenso el 47% de la población.

## Debate

Julio del Año 2000 - Nº 22

# Foros sobre Sisbén

Entre la dificultad avanza el logro, señala Minsalud

Apartes del testimonio del Dr. Carlos Paredes Gómez, Director General de Aseguramiento del Ministerio de Salud.

## Foros Regionales: Opiniones de actores

Diferentes estudios han evidenciado debilidades en el proceso operativo de aplicación del Sisbén y en la cuantificación de las variables asociadas con la educación, la infraestructura de servicios y la ausencia de una medición de la capacidad de pago de las personas. En forma desagregada, los factores principales que han determinado la aplicación de la focalización son de dos tipos, los relacionados con los aspectos técnicos de la ficha Sisbén y del sistema en general, y los relacionados con los procesos institucionales. Los siguientes son los principales resultados de los foros sobre Sisbén promovidos por la Misión Social y el Ministerio de Salud.

- Los perfiles de pobreza son distintos en cada región del país.
- La clasificación que da el puntaje Sisbén no siempre se relaciona con la capacidad de pago de las personas.
- Hay variables que son fácilmente manipulables por el encuestado como la de ingreso y nivel educativo, y las relacionadas con algunos bienes durables que son fáciles de esconder.
- El aplicar a centros poblados los puntos de corte de zona urbana hace que muy pocos habitantes de estos centros resulten elegibles para obtener subsidios.
- La utilización política del sistema.
- La inestabilidad del administrador del Sisbén.
- El escaso conocimiento que tienen las autoridades territoriales sobre la utilidad del Sisbén como herramienta de planeación del gasto social.
- La presión de grupos al margen de la ley que distorsionan la información.
- La falta de control y vigilancia.
- La falta de capacitación permanente a los municipios sobre el manejo del sistema

## Logros

1. Crea una medida: el índice Sisbén (I-Sisbén). Este incluye unas variables que permiten una caracterización socioeconómica de la población más completa que la de los índices de pobreza convencionales.
2. Ordena la población. El I-Sisbén combina dos métodos de ordenamiento. En la etapa inicial, los datos se organizan mediante el algoritmo Optimal Scaling and Alternating Least Squares. En una segunda etapa, el I-Sisbén ordena por suma. La combinación de estos dos procesos permite ordenar toda la población.
3. Permite la discrecionalidad de la política pública. El I-Sisbén no impone una línea de corte específica. La frontera entre los más y menos necesitados la determina el gobierno o la entidad, en función de sus propósitos y de sus recursos.
4. No está restringido a un sólo programa social.
5. Ha sido aprehendido por la comunidad.
6. Es dinámico. El I-Sisbén no es un indicador estático. Con el tiempo la noción de estándar de vida va cambiando. Por esto, se han introducido nuevos componentes y se han redefinido los puntajes básicos.
7. Tal y como se desprende de las medidas de eficiencia horizontal y vertical, la focalización ha sido relativamente exitosa.
8. Es descentralizado.
9. Es poco costoso, con respecto a la cobertura y al monto de los recursos que se distribuyen a la población seleccionada. (Vélez, Castaño y Deutsch 1998).

El Ministerio de Salud y la Misión Social DNP han realizado un convenio para la elaboración de un estudio de campo sobre 100 municipios del país, como instrumento de prueba y ajuste a las irregularidades

des presentadas en la aplicación, así como de sus inconsistencias técnicas en la determinación de los niveles de pobreza. Los resultados estarán disponibles en el mes de **octubre de 2000**.

## Sisbén y la política de la trampa

Según la Federación Colombiana de Municipios y el Director de la Corporación Conferencia Nacional de Secretarías Municipales y Distritales de Colombia, doctor Julio Rincón Ramírez, "a pesar de las dificultades en la aplicación del Sisbén en los municipios, y los

casos de excepción por favoritismo político, el sistema se ha convertido en un eje de planeación y desarrollo.

Se han presentado también problemas de sensibilidad para identificar la población objeto de subsidios, entre otros:

- El alto peso de la variable educación, frente a la de ingresos.
- El análisis estadístico no contempla la heterogeneidad de las regiones.
- Estadísticamente no se utiliza el análisis multivariado, para dar peso a las variables, de acuerdo con la situación general del municipio.
- Otra dificultad es la insatisfacción de las comunidades clasificadas como nivel 3 o superior, por ello solicitan en múltiples ocasiones repetición de la encuesta.
- El software recibido para procesar la información, a pesar de sus grandes ventajas, tenía falencias de control de duplicidades...
- La ausencia de un sistema de información regional y nacional de los afiliados al SGSSS. Sólo después de seis años se está terminando una base de datos nacional de afiliados al Régimen Contributivo.
- Se puede presentar favorecimiento arbitrario, esto ha disminuido a medida que ha avanzado el control social.

## Chocó: nuevo censo de afiliados

Según informes oficiales, este es uno de los departamentos con mayores dificultades en la aplicación del Sisbén, con un excesivo fraude político que agrava la desprotección de su enorme comunidad pobre. Comunidad que está en proceso de censo por irregularidades en la información existente, según el alcalde encargado doctor Rufino Córdoba Mosquera. El dato de la población N.B.I del Chocó (Necesidades Básicas Insatisfechas) revela alrededor de 330.898 personas, de las cuales sólo 93.094

están protegidas por el Régimen Subsidiado. En Chocó la aplicación del Sisbén no desarrolló la totalidad del proceso, se limitó a diligenciar las fichas en parte de la población, sin tabularla, validarla e incluirla en el sistema. El doctor Rufino Córdoba Mosquera, Alcalde (E), Quibdó, Chocó, expresó a EL PULSO que el Municipio desarrolla "el Sisbén no está sólo entre los más pobres, como es el propósito...tenemos problemas financieros, la población es mucha y muy pocos los recursos."

## Tuluá revisa la base de datos

El doctor Ramiro Devia, Alcalde de Tuluá, en el Valle del Cauca, dijo a EL PULSO:

"Tengo que ser sincero, Tuluá ha enfrentado el problema de la deshonestidad en el manejo de Sisbén, se improvisó mucho al comienzo. La duplicidad de las fichas, la inclusión de personas con régimen contributivo fueron, entre otros, problemas evidentes".

Tuluá tiene clasificadas por el Sisbén unas 80 mil personas del total de sus habitantes que son alrededor de 200 mil. Se calcula que como beneficiarios se están unos 50 mil.

"Hemos revisado la base de datos y la tenemos depurada en un 90%, la idea es favorecer a quienes realmente necesitan protección", afirmó el Alcalde. "Además existen grandes deficiencias presupuestales, por ejemplo Tuluá no ha recibido ni un sólo centavo del situado fiscal para salud desde 1.998." En otro sentido, las deficiencias en el procesamiento y recolección de la información se han intentado corregir, capacitando y haciéndole interventoría a cada contrato. Existen también otros problemas, entre ellos el conflicto armado que impide el acceso a ciertas zonas."



## EDITORIAL

# Del Sisbén a la realidad

La intención de dirigir el gasto social a la población más pobre y vulnerable, tiene su sentido no sólo en el espíritu de la actual Carta Constitucional, sino en los principios humanos más elementales de solidaridad y respeto por los demás. La misma Carta establece la destinación de los recursos de situado fiscal y la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación. Se calcula que algo más del 60% de las transferencias para inversión social se distribuyen en proporción directa al número de habitantes de los municipios con necesidades básicas insatisfechas y la herramienta para ello es el Sisbén (Sistema de Selección de Beneficiarios). Este es el conjunto de reglas y procedimientos para obtener información socioeconómica de grupos específicos en los municipios.

Un esfuerzo tan mayúsculo como fue determinar las variables para construir la encuesta de caracterización socioeconómica, extractada de la aplicación a 25 mil familias en 1993, más la aplicación de los recursos económicos que destina la ley para los grupos focalizados, seamos sinceros, no han dado el resultado que se esperaba. Sabemos que existen distorsiones y que en ese puntaje de 0 a 100 hay elementos objetivos como las variables demográficas y el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), pero hay otras como la capacidad de generar ingreso o la educación, que si bien generan posibilidades, también pueden quedarse sólo en ello y ubicar la familia donde en realidad no le corresponde o no es capaz de estar.

En el caso de salud lo anterior tiene importancia frente al régimen subsidiado. En el ámbito de la seguridad social, este sistema tan prometedor, lamentablemente tiene al menos dos inconvenientes que es necesario corregir pronto: primero, el estar apoyado en una base de buena intención pero con elementos débiles, y segundo el uso, o mejor el abuso que se hizo de él, convirtiéndolo en instrumento de tráfico de intereses y de otorgamiento de prebendas haciendo caso omiso de la intención sana y de lo que pudo y aún puede ser una herramienta valiosa para llegar con servicios a quienes en verdad los necesitan, pero tienen limitaciones económicas. Así se trunca la solidaridad. No es ningún secreto. Las autoridades saben muy bien dónde y quién manipula el Sisbén y en consecuencia, quien lastima seriamente el régimen subsidiado. En muchos casos un elemento técnico y serio, se convirtió en palanca para politiquería y en otros para abusar de los beneficios que se pueden obtener, pues todos conocemos casos de personas que exhiben identificaciones a la carta o que teniendo derecho al régimen contributivo, son portadores de un certificado del Sisbén o que lo exigen para dar un trabajo.

Las consecuencias finalmente las sufren tanto los pacientes como las entidades asistenciales. Así como se están dando las cosas, no hay dinero que resista y es mucho entonces, lo que hay entre el Sisbén y la realidad.

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.

## Cartas a la Dirección

**Doctor Julio Ernesto Toro Restrepo**  
Director Hospital Universitario San Vicente de Paúl  
Respetado doctor Toro:

Recibí la edición número 20 del periódico El Pulso, medio de información de un interesante y amplio contenido noticioso, a través del cual se da difusión a diferentes temas y acontecimientos que se viven a nivel local, regional y nacional.

El tratamiento periodístico de los artículos es llevado con calidad y criterio profesional. Le expreso sinceras felicitaciones por esta iniciativa tanto de interés general, cómo para el sector de la salud.

Para hacer de Medellín una ciudad más humana, ¡ es hora de actuar!

Con sentimiento de consideración y amistad.

**Rocio Helena Cadavid Fernández**  
Secretaria de Educación y Cultura de Medellín

**Señores**  
Periódico El Pulso

Es un excelente medio que aborda de manera crítica y propositiva la información relacionada con la salud. Nos es de gran ayuda para la producción del programa de televisión "Muy Familiar".

**Ana Milena Pabón Carvajal**  
Periodista, Teleproducciones.

**Señores**  
Periódico El Pulso

Excelente publicación, porque no solo contempla los temas de más actualidad para el sector de la salud, sino porque convoca a que unamos esfuerzos que nos ayuden a proyectar la mejor legislación y más conveniente para la salud de los colombianos.

**Carlos Jaime Bahamón Trujillo**  
Gerente  
Samán Salud Médica Antioqueña Ltda.

## Autenticidad y Energía por CARLOS ALBERTO GOMEZ FAJARDO. Md.

El país comienza a sacudirse. Van llegando las constancias, contundentes, inapelables. La ley 100, el trauma y los males que impuso sobre la situación de salud de los colombianos, y sus demagógicos fundamentos teóricos, van siendo descubiertos en sus más recónditos vericuetos.

Cobertura, equidad, solidaridad: han quedado reducidas a su mera condición de palabras. Flatus vocis, diría algún clásico... Las realidades de la injusticia, de la pobreza, de los hábitos de vida que conducen al desmejoramiento de las condiciones sanitarias, siguen iguales, sino en peores condiciones que durante los años iniciales de la "reforma". Entretanto, el entorno político y social del país se enrarece de modo notable.

Las reflexiones provenientes de la Academia Nacional de Medicina así lo indican. Las cifras presentadas por la comisión de salud de la Academia son serias, veraces. Podemos transcribir, sólo para dar ejemplo, algunos de los puntos señalados por los señores académicos en relación a la ley de reforma de la Seguridad Social:

Al ser entendida la salud como un bien de mercado, se ha desvirtuado el sentido de la profesión médica.

El deterioro en la calidad de los servicios es vertiginoso. Nunca antes las crisis de los hospitales habían tenido la magnitud actual.

No existen sistemas de información confiable; los pagos indebidos y la

derivación de dineros hacia los comerciantes de la salud representan ingentes sumas. El enriquecimiento de los comerciantes a costa de la dignidad en los honorarios profesionales de los médicos es fabuloso. Nunca antes una porción tan alta de los recursos nacionales se había dedicado al rubro "salud"; buena parte de este dinero queda en las cuentas de los intermediarios.

Los anteriores comentarios de tan confiable origen vienen a ser corroborados por una valerosa voz que se alza -hay que decirlo que con gran civismo y entereza- en medio del silencio de las mayorías egoístas y calculadoras que velan sólo por sus intereses de corto plazo: el médico pediatra Luis Fernando Gómez Uribe, quien presenta unas organizadas y profundas reflexiones en torno al significado de la ley 100 sobre la salud de los colombianos.

Es el aporte de un auténtico médico, médico de veras, de los que han dedicado su vida a la atención de sus pacientes, de los que han experimentado constantemente el impulso de solidaridad humana que necesariamente da origen a la existencia del acto médico, entendido como relación auténtica entre dos personas. Las reflexiones del médico pediatra Luis Fernando Gómez Uribe, en consonancia con el pensamiento de la Academia Nacional de Medicina, así lo indican: los políticos y algunos economistas, obsesionados con las abstracciones que ilustran sus teorías sobre el bienestar y la salud de sus conciudadanos, han hecho el papel de estrategias de la salud pública. Del

mismo modo en el cual en la revolución francesa los comités de salvación pública se encargaban de imponer por la fuerza los dictados de los estrategas del momento, Robespierre y Danton. Todo bajo el argumento de la Igualdad, la Fraternidad y la Libertad. (En nuestro caso, justicia, cobertura, igualdad.

La complejidad y el sin sentido de aquellas nebulosas teóricas queda evidenciada por el aplastante número y la densidad de los decretos reglamentarios y otras "normas" que ponen en operación la citada ley. Colombia tiene el récord de tener una de las reglamentaciones más complejas y voluminosas del mundo (casi 500 normas adicionales, le decía una buena fuente al doctor Patiño) en lo pertinente a la salud.

Muy pocos son los que se han interrogado con autenticidad y con energía. Es bueno que la opinión pública los tenga en cuenta.

Autenticidad y energía en el análisis. Creo que ese es uno de los puntos fuertes en el sesudo aporte del doctor Luis Fernando Gómez Uribe; con valentía y sentido común recuerda el ilustre pediatra el propósito cínico con el cual el entonces presidente Samper -al regresar del exterior a donde había ido a recibir atención médica en las condiciones tecnológicas más avanzadas del mundo- se enorgullecía ante la prensa diciendo a los colombianos que ahora si las situación de salud había cambiado porque ya muchos millones tenían el carnet del Sisbén.

No existe aún la posibilidad política de la generación de una auténtica fuerza de opinión para señalar un cambio legislativo verdaderamente significativo. Por el contrario, quizás sean los próximos cambios en las leyes en un sentido aún más preocupante. No en vano el actual presidente de la comisión séptima del senado (la encargada de los aspectos de la salud y la seguridad social de los colombianos), es un narrador de fútbol. Hasta la fecha es esa la resultante de la voluntad democrática manifestada por los colombianos.

Han de venir mejores tiempos. Si llegan, sólo será cuando la opinión pública en Colombia, sería, despojada de superficialidad y manipulación, mire con un sentido auténticamente patriótico y comprenda el significado de las cifras y de los conceptos. La salud, bien fundamental, tiene una vinculación indisoluble con el bien de la propia vida, bien desplazado hoy ante los objetivos materialistas perseguidos por quienes ocupan casi todo el espacio en los medios de comunicación, los comerciantes y los violentos.

Hay que reconocer, como también lo hizo notar en memorable ocasión, junto con los expositores de la Academia, un ilustre pensador antioqueño, el doctor Ignacio Mejía Velásquez, " los médicos hemos desempeñado un papel muy pobre en todo este asunto: hemos entregado a otro nuestro reloj, para que ese otro nos dé la hora. Hemos sido (con excepciones como las que señalo) mezzquinos, débiles, egoístas. Amén de inconsecuentes".

## Una reflexión sobre la ley 550/99

Por: Carlos Alberto Arroyave. Odontólogo

El comentario acerca de esta ley 550/99 se hace, más desde el punto de vista de una empresa de salud, que desde una visión jurídica, lo cual le corresponde a los abogados.

En abril de este año, Unimec nos toma por "sorpresa" - y lo escribo entre comillas porque según los entendidos, el desconocimiento de las leyes no nos libra de responsabilidades -, al informarnos que se había acogido a la norma mencionada.

En pocas palabras y con términos de un no-jurista, la ley 550/99, que es una nueva forma de concordato con vigencia de 5 años, le permite a toda empresa (excluidas las financieras y algunas otras según condiciones especifi-

cas), congelar todas las deudas con acreedores internos y externos, que tengan con antelación a la fecha de ser aceptada su solvencia, a la vez que se les nombra, por entidad competente, un promotor quien entrará en un término de 4 meses, a revisar sus estados financieros para definir la viabilidad de la empresa, luego de lo cual entrarán a negociar con todos los acreedores la deuda pendiente por medio de asamblea general, en la cual el voto tendrá validez y peso en relación con la cartera que tenga la empresa acogida a la Ley, con el acreedor.

Es importante resaltar que las decisiones tomadas en la asamblea por voto mayoritario, se vuelven normas para todos los acreedores, estén o no de acuerdo. Luego de esta reunión, se tendrá un plazo de cuatro meses para

que las partes firmen un acuerdo de reestructuración, que debe incluir todas las condiciones que en adelante regirán las relaciones entre la empresa y sus acreedores, especialmente en lo relacionado con el pago de sus deudas.

Ahora bien, ya que a muchas IPS les toca asumir esta situación con Unimec, lo cual no se cuestiona pues utilizó un mecanismo estrictamente legal, se debe analizar también, y frente a la turbulenta situación de estas entidades, - a las cuales los proveedores les condicionan los pagos a 30 días (cuando no es de estricto contacto), mientras que los acreedores pagan en su mayoría a más de 60 días -, que las están conduciendo casi por lógica financiera a que piensen en la posibilidad de acogerse también a la ley 550 y ser "beneficiarios" de ella, aun-

que tengan que sacrificar su imagen empresarial y su credibilidad comercial.

Lo verdaderamente importante de este asunto, es que en adelante, las entidades de vigilancia y control que operan en el país sobre los actores del sector salud, asuman un papel más protagónico y decisivo en su gestión, atendiendo muy de cerca y oportunamente los avisos que se dan en los indicadores económicos de todas las empresas e instituciones que presenten mora permanente y creciente en los pagos, desafiliaciones masivas y muchos más "sintomas", antes de que se conviertan en el comienzo del final de otra entidad del sector, en perjuicio de las demás y sobre todo, de los usuarios.



Por la compra del libro "Hospital & Empresa" a \$58.000.00, se está obsequiando la suscripción anual del periódico El Pulso. Algunos de los 14 capítulos del libro, expuestos en sus 690 páginas, son: Gerencia de los servicios médicos y quirúrgicos, Gerencia de los servicios directos de apoyo, Gerencia Integral por Calidad, Ecoeficiencia del Hospital, etc. Informes y ventas en el teléfono 4 2634396 ó 4 2637810. E. Mail: elpulso@elhospital.org.co

## Debate

Sisbén en Medellín

# Expectativa por plan de contingencia

Las 25 mil solicitudes represadas, entre otras cosas por falta de presupuesto, serán atendidas gracias a un prometedor plan de contingencia liderado por la Secretaría de Planeación de Medellín, municipio que hoy cuenta con 1 millón diez mil personas clasificadas por el Sisbén, más del 50% de su población total que, según el DANE es de 1'980.917 personas. De acuerdo con testimonios del Secretario de Planeación, Doctor Luis Eduardo Tobón y del Subsecretario de Planeación Económica y Social, doctor Sergio Restrepo "238 personas, directamente la Secretaría -y capacitadas debidamente para efectuar con rigor el proceso de encuestaje- saldrán a las calles en seis jornadas de fines de semana, de julio y agosto.

La meta es cumplir con las 40 mil encuestas que se tienen previstas para este año 2000. Existe el propósito de perfeccionar el sistema, para ello capacitamos tecnólogos y otras personas de la propia Secretaría, pues las distorsiones en este sentido han sido frecuentes. También pesan las irregularidades de la comunidad, igualmente la alta migración de la población pobre, las prácticas indebidas de algunos alcaldes de otras zonas del país... en fin, el Sisbén no funciona todavía de manera perfecta, lograrlo es el reto. Una adecuada publicidad del sistema dentro de la comunidad es importante, así como la colaboración de las ONG, las Juntas Administradoras Locales, los Gerentes Sociales, de tal manera que el trabajo se facilite."

## El sentido

Es preciso recordar que el Sisbén es un programa que, mediante la aplicación de una encuesta a todas las personas residentes en una misma vivienda de un

determinado estrato, permite clasificar socioeconómicamente a dichas personas, luego de la asignación de un nivel Sisben obtenido a partir del puntaje asignado. Este programa fue diseñado por la Misión Social de Planeación Nacional y fue acogido por el Consejo Nacio-

nal de Política Económica y Social, para dar cumplimiento a los mandatos constitucionales en los cuales se establece la necesidad de focalizar a la población más pobre y vulnerable, con necesidades básicas insatisfechas y, hacia ella, dirigir el gasto social.

## El Sisbén permite:

- Seleccionar los potenciales beneficiarios de los programas sociales
- Clasificar la población según sus características de tipo socioeconómicas y demográficas
- Orientar la inversión social en forma racional, de tal manera que los más necesitados reciban más de quienes necesitan menos
- Conocer la magnitud y naturaleza del impacto que los programas sociales de municipio hayan tenido en la población beneficiada, de acuerdo con el Sisbén.

Si una persona no ha sido encuestada, deberá matricularse en el Cerca más próximo a su residencia, presentando una cuenta de servicios públicos de la vivienda donde reside, el núcleo familiar que requiere la visita, su cédula de

ciudadanía y la del jefe de núcleo. También podrán inscribirse aquellos que, residiendo en una vivienda de estrato diferente al 1 o al 2, se consideren pobres y demuestren, mediante un certificado médico, que requieren atención

urgente en salud. Además de presentar también todos los demás documentos señalados. El ideal para el municipio es sisbenizar una población más amplia pero las restricciones financieras no lo permiten.

*Es importante aclarar que "al momento de la encuesta se parte del previo conocimiento del informante (persona que responde a las preguntas) de que los datos suministrados serán declarados por él bajo juramento como reales y que respalda dicha declaración con su propia firma o huella digital. Esto implica la absoluta credibilidad del encuestador sobre los datos proporcionados por el encuestado."*

## Historia Clínica

Paciente MRF\* de 42 años que sufrió un accidente de tránsito y fue remitido desde el hospital local a una entidad\* del tercer nivel de atención; al ingreso se le hizo un diagnóstico de fractura de cadera izquierda, fractura de diáfisis femoral izquierda y fractura abierta de platinos tibiales derechos; se manejó con lavado de fractura abierta y tracción esquelética de miembro inferior izquierdo; posteriormente se le realizó osteosíntesis de cadera y fémur y quedó pendiente la resolución de la fractura de tibia. El grupo de ortopedistas decidió, por el tipo de fractura, la colocación de un fijador externo para tibia proximal.

Como los topes de la póliza de accidente de tránsito se agotaron, se solicitó a la EPS\* del paciente, la autorización para dicho procedimiento. La respuesta es que no, y que el fijador externo debería ser cobrado al paciente pues dicho material no está incluido en el Plan Obligatorio de Salud, según la EPS ya que lo consideran protésico y no material de osteosíntesis como es en realidad.

La Resolución 5261 de 1994 taxativamente enumera que están autorizados, entre otros, los materiales de osteosíntesis y estos inmovilizadores externos, lo son bajo todo punto de vista.

El paciente tuvo que ser trasladado a otra institución\* donde se atendió según lo ordenado por la EPS.

\* Los nombres del paciente, la EPS y las instituciones involucradas se dejan en reserva.

## Parte de la comunidad se siente excluida por el Sisbén

Ligas de usuarios, veedurías ciudadanas, Copacos, grupos comunitarios de diversa índole valoran la seguridad que proporciona la protección del sistema de salud, no obstante reconocen que, debido a la exclusión evidente de grandes grupos que ni siquiera han sido clasificados por el Sisbén, se vienen presentando fraudes y otros comportamientos irregulares entre la misma gente. Informaciones recibidas por el PULSO refuerzan las conclusiones del estudio efectuado en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia\*, según el cual existe una valoración desfavorable de la efectividad de la encuesta del Sisbén para focalizar a las personas de más bajos recursos. Líderes comunitarios argumentan que la encuesta sobrevalora aspectos como la educación de los integrantes de las familias y la posesión de casa propia, electrodomésticos... esto en comparación con la poca valoración de los ingresos, por ejemplo.

Sobre la puntuación del Sisbén, consideran que se presentan problemas ya que los intervalos entre los niveles 1, 2 y 3 son muy estrechos y por esta razón presentan la siguiente propuesta: Nivel 1: 0-36 puntos; Nivel 2: 37-57 puntos; Nivel 3: 58-78 puntos.

Los vigentes son: Nivel 1: 0-36 puntos; Nivel 2: 37-47 puntos; Nivel 3: 48-58 puntos.

Como se dijo, abunda la manipulación de la encuesta por parte de la misma comunidad, que falsea informaciones la mayoría de las veces para no quedar excluida de un eventual grupo de beneficiarios. Es frecuente, dicen ellos, saber de personas que se trasladan de vivienda temporalmente, de diferentes miembros de la misma familia que solicitan a varios Cercas la visita del Sisbén, que compran el acceso, que amenazan funcionarios del sistema de salud; de igual forma, señalan problemas en los recolectores de la información, que en varias oportunidades responden ellos mismos las encuestas y abusan de la gente con un trato deshumanizado, a todas luces inconveniente. Igual queja presentaron en relación con los empleados de los Cercas. No niegan tampoco los límites que impone la violencia en muchas zonas para el suministro de información y admiten la existencia de soborno político. Sobre los dobles registros que se detectan en las bases de datos, piden que, al menos, sean avisados cuando les vayan a suspender su condición de beneficiarios. Finalmente la pregunta de un líder comunitario ¿Qué pasa si aquellos empleados que son ingresados al régimen contributivo -y por lo tanto desafiados del subsidiado- pierden su empleo? ¿Quedan en el aire?



*Si una persona no ha sido encuestada, deberá matricularse en el cerca más próximo a su residencia, presentando una cuenta de servicios públicos de la vivienda donde reside, el núcleo familiar que requiere la visita, su cédula de ciudadanía y la del jefe de núcleo.*

**"Las 25 mil solicitudes represadas, entre otras cosas por falta de presupuesto, serán atendidas gracias a un prometedor plan de contingencia, liderado por la Secretaría de Planeación de Medellín."**

## NOTICIAS

## Buenas noticias para nefrología colombiana

El Vigésimo Tercer Congreso de la Sociedad Internacional de Trasplantes, que se llevará a cabo en Roma entre el 27 de agosto y el 1 de septiembre de 2000 de 2000, aceptó, por primera vez en la historia de la nefrología colombiana, la presentación de un trabajo de investigación realizado en este país, por el Grupo de Nefrología y de Trasplantes de la Universidad de Antioquia y del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín. El trabajo de investigación "Steroid resistant acute vascular-cellular graft rejection (GR) and micofenolote mofetil (MMF) as a rescue therapy" (Rechazo agudo vascular-celular resistente a los esteroides y terapia con micofenolato mofetil como terapia de rescate), será expuesto en la sesión especial del congreso sobre "Nuevas perspectivas de trasplantes".

En términos generales, la investigación se refiere al tratamiento de los pacientes que rechazan el órgano, con droga vía oral e inyectada y de manera ambulatoria, con excelentes resultados. Esto implica mayor bienestar para el paciente, menos complicaciones por infección, menos gastos hospitalarios y por supuesto, un gran aporte desde el punto de vista médico y científico.

El trabajo de investigación fue presentado por los doctores Inge Helena Arroyave, Jorge E. Henao, Gonzalo Mejía, Jorge Luis Arango, Alvaro García, Alvaro Velásquez, Jorge Gutiérrez, Miguel Builes y Mario Arbeláez.

## Refuerzo de vacuna de hepatitis B

Recientemente se ha demostrado que las personas que reciben el esquema completo de vacuna contra la hepatitis B, y se les documenta la producción adecuada de anticuerpos (Acs) contra el antígeno de superficie (Ags) (10mIU/mL), no necesitan dosis de refuerzo, aunque los niveles de Acs (anti HBs) estén bajos o aun no detectables. Los anticuerpos inducidos por la vacuna disminuyen gradualmente con el tiempo. Se sabe que hasta el 60% de los pacientes que responden inicialmente a la vacunación, no se les detectarán anti - HBs a los 8 años.

Actualmente el grupo de asesores de vacunación de los Estados Unidos no recomiendan dosis de refuerzo a personas que hayan respondido a la vacunación. Estudios posteriores darán información sobre la necesidad de una dosis de refuerzo después de la segunda década postvacunal.

Es importante que la ARP conozca el estado serológico de sus afiliados, para evitar vacunas y estudios innecesarios, después de que ocurra un accidente ocupacional

**Fuente: Dr. Santiago Estrada M.D**  
Director Laboratorio Clínico, Centro Médico, Congregación Mariana

## Vigilancia por intranet

Gracias al impulso dado por el Ministerio de Salud de Colombia desde junio de 1998, Venezuela, Perú, Bolivia, Ecuador, Chile y Colombia, cuentan con una Red Andina de Vigilancia Epidemiológica, por medio de Intranet, un gran avance tecnológico que permite comunicación instantánea y por lo tanto respuestas inmediatas a cualquier emergencia que se pueda presentar en alguno de estos países. El anuncio lo hizo el Ministerio de Salud en la V Conferencia Mundial de la Salud que se realizó en Méjico recientemente.

En este mismo certamen, los ministros de salud de los países participantes, se comprometieron a "impulsar la promoción de la salud como eje fundamental de las políticas estatales, orientadas a reducir la desigualdad en las condiciones sanitarias de las comunidades".

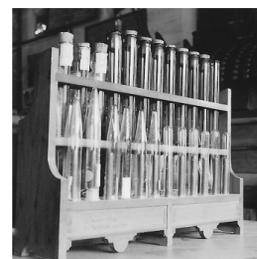
## Premios de Investigación

El II Encuentro Nacional Investigativo de Enfermedades Infecciosas que se realizó del 15 al 17 de junio en Rionegro, (Antioquia), otorgó el Primer Puesto, en la categoría de Ciencias Básicas, al trabajo, "La infección de los Macrófagos Murinos con Mycobacterium tuberculosis Virulento inhibe las expresiones del complejo mayor de histocompatibilidad clase I y clase II via Jak-Start" al grupo xxx de la Universidad de Antioquia. En la categoría Investigación en VIH-SIDA, otorgó el primer puesto al Grupo de Inmunodeficiencias de la Universidad de Antioquia, con la investigación "Caracterización molecular del gen CCR5 en individuos seronegativos expuestos al virus de inmunodeficiencia humana" y en la categoría Clínica Epidemiológica el primer puesto se declaró desierto y el segundo puesto, lo ganaron Jesús Ochoa del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Antonio Saánchez de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia e Iván Ruiz de la Secretaría de Agricultura de Antioquia, con la investigación "Epidemiología de la Leptospirosis en una zona andina de producción pecuaria".

## Devolver el dinero

La Corte Constitucional ordenó a los liquidadores de los bancos del Pacífico y Andino, devolver cerca de 100 mil millones de pesos a las Empresas Promotoras de Salud del país. Según la Corte, los dineros de salud son sagrados y no pueden hacer parte del capital de los Bancos. Los dineros deberán ser distribuidos entre sus acreedores.

La aparición de siete nuevos medicamentos para el SIDA aprobados en el mundo y que no están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, llevó a médicos, pacientes y organizaciones no gubernamentales Colombia, a solicitar al Consejo Nacional de Seguridad Social y al Ministerio de Salud, que se amplíen las opciones de tratamiento y se beneficie a los pacientes con terapias nuevas y más efectivas. No es que en Colombia no haya medicamentos para el Sida, el problema- afirman los especialistas- "es que nos estamos quedando cortos en opciones mientras cada día aparecen más en el mercado".



## Ronda nacional

Por Ancízar Vargas León  
Periodista

25.000 millones para la salud en el Cauca

Grandes esfuerzos realizan las autoridades de la salud en el departamento del Cauca para mejorar la información necesaria en el proceso de atención de las personas identificadas por el Sisbén.

Tanto para el Director Seccional de Salud, doctor José Luis Diago Franco, como para el Jefe de la División de Seguridad Social, doctor Pedro Meléndez Guevara, en el Cauca el manejo del Sisbén no es muy distinto del resto del país, porque los niveles de politización afectan la clasificación de las personas realmente necesitadas. Por ello, según su criterio, es determinante la participación ciudadana, a través de veedurías y ligas de usuarios, que ojalá tengan un carácter nacional.

Una de las mayores dificultades que se presentan en el Cauca para el manejo del paciente sisbenizado, es la atención en poblaciones limítrofes con el Valle, como Padilla, Puerto Tejada, Miranda y Santander de Quilichao, porque las personas consultan indistintamente en los dos lados del límite departamental. De ahí la alianza con el Valle, para organizar tal situación.

En el Cauca existen pocas empresas con capacidad operativa para los servicios de salud, comenta Meléndez Guevara, sin embargo se mejora permanentemente la atención de las personas con menores recursos. Los servicios médicos del departamento del Cauca se prestan en 42 centros en 43 municipios. Existen 13 entidades de primer nivel, dos de segundo nivel y un hospital de tercer nivel.

Para atender la demanda actual, con los requisitos elementales desde el punto de vista médico, se requieren 24.316 millones de pesos. El déficit para la atención de primer nivel es de 5.716 millones, en el segundo nivel es de 2.000 millones y en el nivel tres es de 16.500 millones de pesos.

A corto plazo, para mejorar las condiciones existentes, se requiere incrementar la parte presupuestal, mejorar el sistema de información y despolitizar el Sisbén.

## Clínica Carlos Ardila suspendió convenio

Varias Instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter privado, han atendido parte de la población afiliada al Sisbén. Sin embargo, debido a diferentes dificultades algunas de estas IPS dudan firmar nuevos contratos.

Es el caso de la Clínica Carlos Ardila Lulle, entidad que firmó un convenio con la Seccional de



Otra de las dificultades es la identificación de pacientes, ya que en muchas ocasiones se detectaron casos donde un primo, tío o el hermano solicitó atención, haciéndose pasar por otro.  
Foto: Ana Cecilia Ochoa

Salud de su Departamento el dos de agosto del año anterior, con un plazo de cuatro meses, para atender la población de los municipios de Santander en los tres niveles de salud y brindar los servicios correspondientes al Plan Obligatorio de Salud.

Sin embargo, la Clínica decidió no continuar el convenio porque consideraron muy complejo el sistema de afiliación, ya que en muchas ocasiones recibieron pacientes con doble identificación y, a pesar de la labor del área de trabajo social, notaron que era difícil unificar la información existente.

## En Risaralda "Fantasmas afiliados al sistema"

Es difícil prestar una atención médica justa, para los estratos de población más necesitados, por que la encuesta del Sisbén no reúne las características para obtener una información adecuada. Esto es lo que se deduce del concepto del Director Seccional de Salud de Risaralda, doctor Luis Guillermo Castillo Rodríguez.

El funcionario afirma que en muchas oportunidades se incluyen en el sistema las personas que no deben quedar, cuando se hace una utilización política para conseguir favores electorales; preocupan también algunos alcaldes reacios a mejorar la cobertura, las Direcciones Locales de Salud poco evolucionadas, los funcionarios que no conocen el sector de la salud y que además, desempeñan varios cargos simultáneamente. Lo importante ahora, es que en Pereira se están constituyendo asociaciones de usuarios y veedurías que promueven la participación ciudadana y ayudan a la vigilancia de los actos gubernamentales.

El doctor Juan Carlos Restrepo, Subdirector de Seguridad Social de la Seccional de Salud, indicó que existen dificultades porque la información se encuentra sesgada, las encuestas in-

completas, las cédulas y los nombres cambiados, las direcciones incorrectas y mucha subjetividad. El funcionario afirma que existen casos de doble y triple afiliación al régimen subsidiado, con lo cual se demuestra la debilidad del sistema.

A pesar del esfuerzo organizativo permanente, todavía existe un 15% de la población sin identificación, por lo cual el grupo de trabajo social estudia cada caso.

Aunque no es fácil manejar cifras concretas, lo cierto es que los recursos son insuficientes, puesto que el ingreso per cápita es de \$45.000 año y el valor de la atención promedio por persona es mucho mayor.

Para los dirigentes de la salud en Risaralda, "hay muchos fantasmas afiliados al sistema", pero si se corrigen los errores existentes, en el caso de la salud se avanzaría notoriamente, con el consiguiente beneficio para toda la población.

## El Distrito de Barranquilla no paga

Un total de 700 millones de pesos mensuales cuesta la atención que el Hospital Universitario le presta a la población identificada por el Sisbén del Distrito barranquillero y que no es cancelada a la entidad.

La dificultad se presenta porque los pagos a laboratorios, planta de personal y varios proveedores deben ser de contado y ello genera un déficit que incide en la atención al paciente.

Eliseo Suárez Suárez, Subgerente Financiero del Hospital, sostiene que si la municipalidad le pagara, al menos la mitad, podrían mejorar los servicios ostensiblemente. En el interior se realizan grandes esfuerzos pero necesitan el apoyo de la Alcaldía: "Gracias a la reestructuración, bajamos la participación de los salarios en un 25% del total del presupuesto y hoy estamos al día", indicó el funcionario.

El 15% de la atención a "sisbenizados" corresponde al Departamento, mientras que el 85% es población de Barranquilla. Los dineros por parte de la gobernación se giran cumplidamente y ello significa un apoyo muy importante para el Hospital, mientras que en el Distrito el manejo financiero es muy complicado, hay dineros extraviados desde 1996 y se desviaron cerca de 12 mil millones de pesos que correspondían a atención en salud.

Otra de las dificultades es la identificación de pacientes, ya que en muchas ocasiones se detectaron casos donde un primo, tío o el hermano solicitó atención, haciéndose pasar por otro.

Además, en muchas ocasiones, las personas no realizan los copagos y otras veces cuando se les cobra descubren que están vinculados a alguna EPS. También muchos se molestan por la verificación de los datos y la demora que se ocasiona, ya que el sistema de información tiene grandes deficiencias.

Suárez considera que existe mucha ignorancia sobre el Sisbén, no se sabe para qué sirve, ni cuándo o cómo se debe solicitar. Se requiere de una amplia campaña de comunicación, en todos los niveles, para evitar muchos de los conflictos que se presentan.

Tanto el Ministerio de Salud como la Superintendencia respectiva conocen la situación de Barranquilla y de éstas entidades se espera un apoyo e intervención oportuna para evitar algún colapso.

Según el Subgerente Financiero, de continuar las dificultades económicas y del sistema "seguiremos frenados, con la capacidad limitada, baja dotación, reducción de la capacitación y casi olvido de la investigación, que es algo vital"

Sin embargo, el Hospital Universitario de Barranquilla, que es de carácter departamental, continúa haciendo esfuerzos para mejorar su estructura, con la convicción que el Sisbén bien empleado puede contribuir al bienestar de la población que lo necesita.



En este año el Gobierno Nacional destinó 39 mil millones de pesos con el fin de alcanzar coberturas de vacunación por encima del 95% en todos los municipios y lograr la erradicación de la polio, lo cual ya fue certificado por la Organización Mundial de la Salud.

## OBSERVATORIO

# Inflación en el Sector Salud

Mónica Andrea Arango A./Lina Patricia Casas B.  
Centro de Investigaciones Económicas - U de A

Las variaciones de precios resultan de diversos factores cuya incidencia puede cambiar según las circunstancias del momento. La teoría económica ha establecido la diferencia entre las presiones inflacionarias que provienen del lado de la demanda, de las que provienen del lado de la oferta. Las primeras, se generan debido a que no es posible aumentar la producción o disponibilidad de los bienes en el mercado y, por tanto, una expansión en la demanda se traduce en aumentos de precios. En cambio, la inflación también puede generarse cuando se presentan shocks de oferta o elementos exógenos que interfieren sobre la disponibilidad de los bienes, y aumentan sus costos de producción, tales como: cambios climatológicos, desastres naturales, un cierre de importaciones y la sofisticación tecnológica.

### ¿Por qué hay inflación en salud?

Buena parte de las presiones inflacionarias en salud provienen del lado de la oferta. Se destacan los cambios en las técnicas médicas, lo cual aumenta los costos de la atención médica a medida que se incorpora tecnología avanzada (tomógrafos, ecógrafos, cámaras gamma, etcétera), y se impulsa a los profesionales a incrementar su grado de especialización, a adquirir instrumental y equipamiento y a emplear métodos de diagnóstico y procesos terapéuticos complejos.

También se puede mencionar, como un factor importante que impulsa la inflación en el sector, comportamientos estratégicos de los profesionales y proveedores, quienes para mantener o aumentar sus niveles de ingreso adoptan prácticas orientadas a definir precios y tarifas superiores a las que se obtendrían en un mercado libre. En un estudio, adelantado por Katz y Miranda con información de los países de América Latina, se demuestra que la desregulación de los precios de los medicamentos, entre 1988 y 1992, trajo consigo una elevación significativa de los mismos (por ejemplo, en Argentina y Colombia, el precio promedio por unidad de medicamento pasó de US\$2.7 y US\$1.3, respectivamente, en 1988, a US\$5.34 y US\$2.11 en 1992).

Con estos hechos estilizados que se observan en el plano internacional, Colombia adoptó el sistema de seguridad social en salud dentro del cual se intenta controlar aquellos factores y contener así el aumento de los precios. Las empresas promotoras de salud, EPS, buscan prestar servicios a bajo costo reduciendo la negociación directa entre el médico y el paciente sobre el valor de los honorarios; además, existe interés en controlar el uso de tecnologías.

### ¿Cómo se mide la inflación?

La inflación se mide en Colombia, entre otras metodologías, a través de las variaciones del Índice de Precios al Consumidor (IPC) que calcula mensualmente el DANE. A partir de 1998, el DANE introdujo una nueva metodología para el cálculo del IPC con el fin de ubicarlo dentro del estándar internacional, conocido como IPC-98 y construido a partir de la Encuesta de Ingresos y Gastos Familiares de 1994-1995. Cuenta con un espectro de consumo final que contiene cerca de 820 artículos, los cuales se eligen según el porcentaje de los hogares que los consumen, (al menos un 30%), y otros criterios como la expectativa de crecimiento en la demanda y su dinámica en la participación del gasto; un ejemplo de esto es la introducción de los preservativos en la canasta de salud.

### ¿En qué gastan los hogares?

Según la encuesta realizada en 1994-1995, las familias en Colombia distribuyen sus gastos del siguiente modo: alimentos 29.5%; vivienda 29.4%; vestuario 7.3%; salud 4%; educación 4.8%; diversión, cultura y esparcimiento 3,6%; transporte y comunicaciones 13,5%; y otros gastos 7,9%. Estos gastos se refieren a los bienes y servicios adquiridos en el mercado y no incluyen impuestos ni cotizaciones a la seguridad social.

Para el caso de salud, los componentes de la nueva canasta se presentan en el cuadro. Se destaca una mayor desagregación y la inclusión de nuevos artículos, como el aseguramiento privado.

### ¿Qué ha pasado en Colombia?

En el gráfico se puede apreciar que la variación del IPC Salud en los últimos diez años ha estado por encima de la variación del IPC total. En otras palabras, el incremento en los precios del grupo de gasto salud fue mayor al crecimiento promedio de los precios de todos los grupos de gasto contenidos en el IPC, pues el total para diciembre de 1993 fue de 22,61, mientras que para salud fue de 27,14. Este comportamiento, antes de la reforma al sistema de seguridad social puede ser explicado, en gran parte, por un incremento en los precios de las drogas y, en menor medida, por un incremento en los precios de los servicios profesionales para la salud.

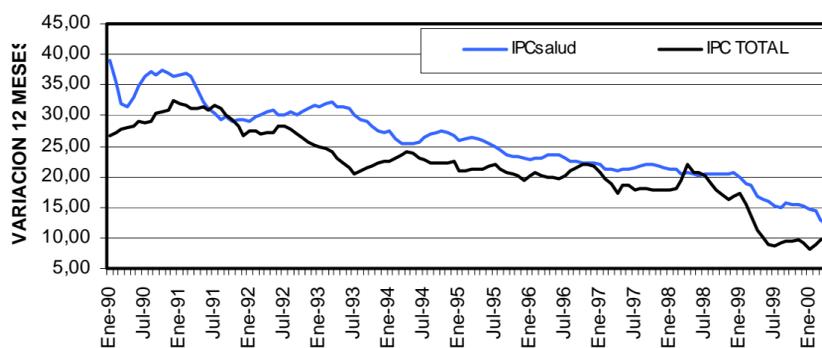
Con la reforma, se esperaba contener el aumento en los precios de los servicios profesionales, pero, entre diciembre de 1994 y diciembre de 1998 se presentó un aumento considerable de estos (el índice de precios de este subgrupo pasó de 486,98 a 1166,09 respectivamente). Sin embargo, entre enero de 1999 y abril del 2000 los precios de los servicios profesionales se han contenido (pasó de 101,22 a 116,81), mientras que los bienes y artículos para la salud presentaron un incremento durante este periodo (pasó de 100,15 a 126,31). Por su parte, el gasto de aseguramiento privado tuvo un comportamiento similar a éste último ya que pasó de 101,15 a 126,18.

### IPC SALUD: COMPARACIÓN DE DOS METODOLOGÍAS

IPC-60		IPC-98		
Drogas	Servicios profesionales para la salud	Servicios profesionales 49%	Bienes y artículos para salud 45%	Aseguramiento privado 6%
1. Antiácidos	1. Consulta médica general	1. Consulta médica general, y especializada	1. Medicinas y otros gastos: Medicinas, Otras Medicinas	1. Gastos de aseguramiento privado
2. Analgésicos				
3. Antigripales	2. Consulta médica especializada	2. Exámenes : laboratorio e Imágenes diagnosticas	2. Aparatos ortopédicos y otros (Anteojos)	
4. Antibióticos				
5. Vitaminas y reconstituyentes	3. Exámenes de laboratorio	3. Hospitalización y otros (ambulancias)		
6. Antidiarreicos	4. Servicios Odontológicos			
7. Algodón y gasa	5. Hospitalizaciones			
8. Alcohol y menticol				

FUENTE: DANE, Metodología IPC-98

### COLOMBIA: INFLACION TOTAL Y EN SALUD 1990-1999



### Conclusiones

La inflación en salud sigue por encima del promedio en Colombia, aunque recientemente está jalonada por los precios de los bienes y artículos y el aseguramiento privado, mientras los servicios profesionales muestran un comportamiento más moderado de los precios.

Aunque en el nuevo IPC se adoptan criterios de selección, para hacer la canasta básica más representativa de los cambios en el perfil epidemiológico regional y del país, además de capturar algunos efectos de Ley 100, el campo de consumo del IPC está constituido por los gastos de consumo final de los hogares y éste no coincide con la estructura del Plan Obligatorio de Salud, POS, cuyo comprador son las EPS.

Es necesario hacer un llamado a la revisión de la nueva metodología para evaluarla con la realidad del sector. Este análisis parte de reconocer que la Unidad de Pago Percápita -UPC- tiene una evolución más moderada que la del IPC.



### 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".



En los últimos 7 meses no se ha registrado ningún caso de sarampión en Colombia, lo cual fue certificado por la Organización Panamericana de la Salud, esto le significa al país que cumplirá con el compromiso internacional de erradicar esta enfermedad en el año 2000. Esta afirmación fue hecha por el Ministerio de Salud, en la quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud que se realizó el mes pasado en Méjico.



## 74 Niños con el virus del VIH vuelven a la vida

Un grupo médico del Hospital Universitario del Valle ha logrado importantes avances científicos en favor de un grupo de más de 50 niños con VIH y es el único en el mundo que trabaja con un grupo de más de 50 pacientes.

Su rostro angelical, no revela que es portadora del VIH. Angélica va a cumplir 5 años de edad y hace 2 llegó a la Clínica de VIH Pediátrica.

A su ingreso ni siquiera se podía sentar y sus enclenques piernas no permitía movimiento. Tenía retardo sicomotor por el estado de desnutrición severo. De un peso normal para su edad de 12 kilos, apenas alcanzaba los 6.

"Presentaba un síndrome de desgaste, con alteraciones en la piel y el cabello color bandera, es decir con múltiples colores, por déficit de proteínas; es así como ingresan la mayoría de los niños a nuestro programa", señala el doctor Pío López López, Jefe de Infectología Pediátrica del Hospital Universitario del Valle.

"Yo me llamo Angélica y voy a cumplir cinco años", dice la niña, mientras levanta su mano y en sus dedos indica que tiene 4. Corre ágil por los espacios de pediatría. Es la vida que salta y sonríe, que después de 18 meses emerge y se resiste a la letalidad del virus.

Cómo la pequeña Angélica, hoy son 74 los pacientes que han vuelto a la vida, gracias al trabajo humano y científico de un grupo médico multidisciplinario del Hospital Universitario del Valle, que se organizó como una clínica, con el objeto de tratar en forma conjunta a estos menores que hasta 1997, no tenían una expectativa de vida de más de dos años.

Del equipo médico hacen parte profesionales de las áreas de infectología, pediatría, neurología, medicina física, rehabilitación, sicología, terapia de lenguaje y trabajo social.

"Estábamos recibiendo niños muy delicados y con la urgencia de un manejo especial por



Foto: Edwin Vélez

su enfermedad. Coincidimos en la necesidad de tratarlos en forma conjunta y decidimos hacerlo de esta, conformando la clínica", dice el doctor López.

Los resultados se evidencian. Son niños alegres porque han podido sortear la carga emocional con que llegaron, acentuada por la ausencia del padre y la enfermedad de la madre. Niños que han vuelto a caminar, han recuperado el lenguaje, las áreas afectadas por el virus, o por las condiciones de su medio social. Juegan y saltan a los brazos de los médicos, en una muestra de confianza gratitud.

Uno de los resultados del trabajo muestra que el 85 por ciento de los menores, al momento de su ingreso, requería hospitalización. Este índice hoy apenas alcanza el 8 por ciento. El 78 por ciento ha tenido una evolución favorable y sólo un niño ha fallecido en los últimos 18 meses.

Pero en este tiempo, el equipo médico ha extendido su trabajo a las madres y los resultados también son evidentes. Los especialistas sometieron a 20 portadoras del VIH y en estado de embarazo, a terapia retroviral. El resultado: 18 niños nacieron sin el virus y sólo dos lo adquirieron de la madre.

"A las madres, además, se ha logrado involucrarlas en el cuidado y atención especiales de sus hijos y esto ha contribuido en forma significativa a la evolución favorable de los me-

nores. Buscamos en el grupo, no sólo prolongar la vida, sino ofrecer una mejor calidad de la misma", señala el doctor López.

Calidad de vida, de niños reintegrados a su vida social y que hacen parte de la algarabía en los jardines infantiles de la ciudad o en las fundaciones de apoyo, a donde han sido llevados los aportes de la ciencia, la mística y la humanidad de un grupo médico.

**Uno de los resultados del trabajo muestra que el 85 por ciento de los menores, al momento de su ingreso, requería hospitalización. Este índice hoy apenas alcanza el 8 por ciento. El 78 por ciento ha tenido una evolución favorable y sólo un niño ha fallecido en los últimos 18 meses.**

## ¿Por qué fracasan tantos niños excepcionales?

Amelia Moreno Suárez

Dra. Psicopatología clínica, Universidad de Bordeaux II-Francia

*"Mediante su rechazo (rechazo escolar, rechazo a adaptarse a nuestras normas, rechazo a vivir), los jóvenes muestran lo que les parece intolerable en nuestro sistema de valores. Tienen la impresión de que las palabras han reemplazado a los valores" (Maud Mannoni)*

Quienes nos dedicamos al trabajo clínico con niños y jóvenes excepcionales nos vemos abocados, cada vez más, a abordar la problemática del "fracaso escolar". La demandas de los padres en torno a estrategias de intervención y a un adecuado acompañamiento para sus hijos con fracaso escolar se tornan cada día más significativas. Generalmente estos padres se ven obligados a constantes cambios de institución escolar ante las permanentes pérdidas escolares, quejas de docentes e instituciones y desinterés de sus hijos por los compromisos académicos, siempre con la esperanza de encontrar un lugar adecuado para ellos. El contacto permanente con esta problemática del "fracaso escolar" desde la práctica psicoanalítica y el estudio de las más recientes investigaciones, nos han permitido detectar, en la mayoría de estos niños y jóvenes, capacidades superiores a las de sus compañeros. Estos niños denominados excepcionales presentan potencialidades sobresalientes en diferentes áreas de su desarrollo.

Desligándonos del concepto tradicional del "genio" (quien lo sabe todo), abordamos al niño de manera más real, integral y ética a través de una nueva concepción de la evaluación psicológica cualitativa, la cual busca descubrir no genialidades o seres superdotados, sino potencialidades particulares en cada niño que permitan crear estrategias de intervención favorables al desarrollo de sus capacidades. En este sentido, la excepcionalidad no excluye a los niños con necesidades educativas especiales, les brinda, por el contrario, la posibilidad de una mirada, no desde el déficit, sino desde sus potencialidades. En la opinión de Paul Torrance en *¿Cómo es el niño sobredotado y cómo enseñarle?*, renovados descubrimientos de la mente y la personalidad humana y su funcionamiento han contribuido a la aparición de un nuevo y audaz concepto de las dotes intelectuales superiores. Este concepto se apoya más en la importancia de la potencialidad que en las normas y mediciones aisladas de las aptitudes. Esta nueva visión del problema nos invita a apartarnos de los conceptos de un tipo único de dotes y de inteligencia fija y de las creencias en un desarrollo predeterminado" (Buenos Aires: Paidós, 1965, p. 20.1).

**¿ La excepcionalidad es un potencial y no una enfermedad ?**

En general su desarrollo es asincrónico, es decir, manifiestan, de un lado, gran rapidez en los procesos mentales superiores o motrices; son analíticos, críticos y creativos; expresan dedicación y pasión por los conocimientos que les agradan y al mismo tiempo denotan dificultades en lecto-escritura, especialmente con la grafía; muestran apatía y desinterés por las tareas académicas en general y en particular por aquellas que exigen copiar y memorizar; presentan dificultades para asumir la norma y para adaptarse al grupo. "Un niño, según Torrance, puede ser incapaz de expresar sus ideas verbalmente, visualmente o de otra manera con mucha fluidez, y sin embargo estar muy bien dotado para otros tipos de funciones

constructivas y creadoras. Puede suceder que tenga un pequeño número de ideas, pero que cada una de ellas sea original o inusitada y de alta calidad" (ibid, p. 12).

Estos niños revelan en sus primeros años de vida un desarrollo psicomotriz y mental bastante precoz. Desde el nacimiento hasta los 6 años aproximadamente se efectúan el mayor número de conexiones posibles entre neuronas, además de ser una etapa en la que el niño se desarrolla de manera individual y egocéntrica, da rienda suelta a su imaginación y a sus deseos sin la presión de las normas escolares y de los colectivos grupales. Su precocidad motriz se revela en: agilidad corporal, control y ubicación en el espacio, locomoción rápida y fina, autonomía en hábitos de higiene y control de esfínteres. De otra parte, su lenguaje se manifiesta a temprana edad, un año aproximadamente, con gran fluidez y riqueza imaginativa. Desde los dos años se interesan por la lectura y muchos de ellos aprenden a leer aún antes de entrar al jardín. El encuentro con el mundo escolar, lamentablemente en la mayoría de los casos, no les permite continuar el desarrollo temprano de sus potencialidades. Ellos sobresalen por su gran capacidad creadora, pero les cuesta adaptarse al grupo. Son para los demás, niños "raros" que sólo participan y realizan las tareas que les agradan. La escuela no cumple con sus expectativas y limita su creatividad.

En el común de los casos, se ejerce una gran violencia escolar y familiar sobre estos niños; se les discrimina y se les ridiculiza en clase. Las amenazas y bajas notas se suman a los castigos familiares de todo tipo (físico, privativos y otros), se les obliga a repetir y llenar cuadernos, aún cuando ya hayan adquirido los conocimientos requeridos al tema; las clases se convierten en algo repetitivo, pierden interés y se tornan dispersos y contestatarios. La apatía y desmotivación por lo académico se instaura en ellos; no llevan cuadernos, son apáticos a un gran número de tareas y cuestionan con frecuencia al docente en sus conocimientos y en el manejo ético de su labor. Paradójicamente en relación con sus capacidades excepcionales, estos niños se consideran inferiores a los demás y se sienten rechazados por el grupo. En *¿Qué tan inteligente es su hijo?* Miguel de Zubiría señala que "estos niños son sensibles a la falta de afecto y a la privación cultural. Sin una atención especial empiezan a perder su potencial a los seis años cuando, enfrentados a la incomprensión del medio, frustran su inteligencia. Se automutilan para nivelarse con el promedio" (Semana (feb. 17-23/87): 53).

**Darles la oportunidad de ser niños...**

La mayoría de las instituciones escolares de nuestro medio no cuentan con métodos educativos adecuados, ni estrategias de intervención que posibiliten el trabajo con niños excepcionales. No se les detecta sus potencialidades, pero sí se les resalta sus dificultades. Rara vez se tienen en cuenta sus necesidades y demandas particulares: ritmos de trabajo diferentes, formas nuevas de apropiación del saber, evaluación de saberes y no de contenidos, etc.

Es indispensable evaluar tempranamente las potencialidades y trabajar en torno a ellas resaltando en cada niño las capacidades excepcionales, permitiendo, a la vez, que se desenvuelva como cualquier otro ser, sin rotularlo de fracasado escolar o de genio, respetando sus intereses y deseos particulares. Estos niños, en el criterio de J. Piirto "no tienen mayores obligaciones que todos los demás de convertirse en líderes o en genios universales. Simplemente debe dárseles la oportunidad de ser como son: niños a los que les gusta coleccionar fotos de sus deportistas favoritos o que se pasan largas horas leyendo novelas embelesados y que disfrutan de una educación que aliente y aprecie esas actividades" (*El talento en niños y adultos: su desarrollo y educación*. Englewood: Merrill/Prentice Hall, 1994, p. 34).

La labor en la detección de la excepcionalidad busca ser profiláctica. Se amerita crear estrategias de intervención escolares y familiares que permitan un real desarrollo de sus potencialidades y que tenga en cuenta deseos e intereses particulares de cada sujeto.

La mejor forma de ayudar al niño o joven excepcional con fracaso escolar es partir de sus deseos, necesidades y demandas concretas sin obligarlo a realizar actividades que no tienen sentido para él. El diálogo con ellos, con los docentes y la búsqueda de ayuda profesional, será de gran significación para la vida futura de estos niños y jóvenes.

LABORATORIOS  
FRESENIUS

20 cms X 14cm



Según un estudio publicado por el Colegio Americano de Científicos y la Sociedad Americana y de Medicina Internacional, los latinoamericanos que viven en Estados Unidos, y que representan el 11.7% de la población de este país, no cuentan con un seguro de salud. Debido a sus dificultades para acceder a una relación regular con un médico, los hispanos son más propensos que los norteamericanos a utilizar las consultas externas o el servicio de pacientes ambulatorios de un hospital.

## Sospechas sobre los bancos de ADN

Además de su importancia científica, alrededor de los genes existen otros intereses menos altruistas y más rentables.

Los genetistas de los laboratorios de investigación públicos y privados de las grandes potencias científicas persiguen un ambicioso objetivo: Extraer la información contenida en el ADN humano y explotar los genes con el fin de encontrar los tratamientos contra las enfermedades.

El mercado de medicamentos farmacogénicos ha valorado en varias decenas de millones de dólares grandes enfermedades como diabetes, obesidad o cáncer, para la próxima década. Entonces el éxito de estas investigaciones depende de los bancos de ADN de enfermos,

indispensables para aislar los genes con susceptibilidad a las patologías.

Gracias a las donaciones de los enfermos y de sus familias que esperan ayudar a la investigación médica, se han constituido cientos de estos bancos alrededor del mundo. En los Estados Unidos, la National Bioethics Advisory Commission estimó recientemente en más de 282 millones las muestras de ADN almacenadas, de las cuales 2.3 millones están destinadas a la investigación.

No existe una cifra actualizada del número de bancos de este tipo en el mundo, se presume que hay alrededor de una centena, y entre ellos unos pocos verdaderamente importantes. Por ejemplo, el laboratorio Génethon d'Evry en Francia, financiado por la Asociación Francesa de Miopatías, AFM, posee la banca hexagonal más grande, con 42.000 muestras de ADN que representan 300 enfermedades genéticas.

Si bien es difícil calcular el número total de estas entidades, más complejo aún es saber las condiciones bajo las cuales se constituyen. Sus parámetros son muy difusos y hasta el momento ningún texto los regula

con precisión. Aún se riñe por la ley de la selva.

### Colonialismo científico

Los contratos de carácter exclusivo son moneda corriente en materia de bancos de ADN. Situación que se convierte en un problema para los laboratorios públicos, que incluyen los de las universidades, porque están sujetos a financiar sus investigaciones por los laboratorios privados, realizando ellos mismos las experiencias y cediéndoles a cambio la licencia de utilización de un gen descubierto, durante un tiempo determinado.

Pero el cinismo en materia de bancos de ADN tiene su máxima expresión en los países en vía de desarrollo. Las familias aisladas genéticamente, que cuentan con numerosos niños portadores de una patología, interesan particularmente a los genetistas que pueden detectar más fácilmente la causa. Familias numerosas y con una fuerte consanguinidad, abren el apetito de los grandes laboratorios internacionales y les hacen volver la mirada a los países del tercer mundo.

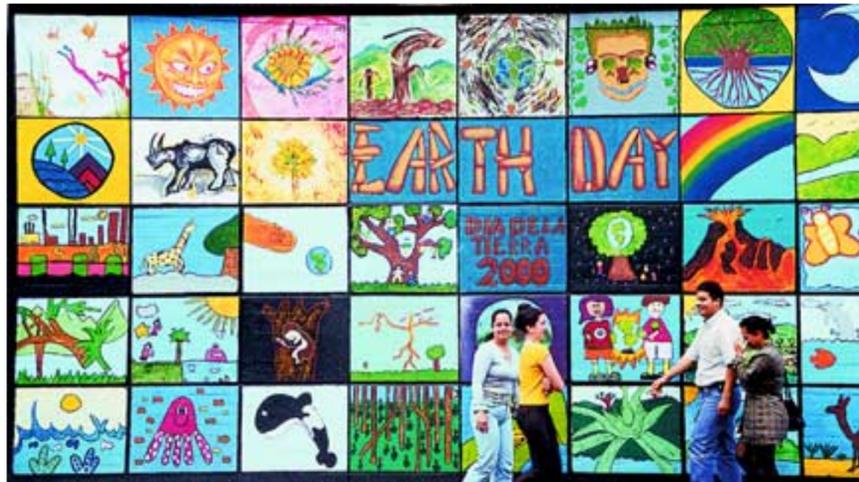


Foto: Edwin Vélez

"Presenciamos en la India, Magreb y el Medio Oriente una nueva forma de colonialismo científico que lleva a los laboratorios públicos y privados a asegurar el acceso de muestras de enfermos a cambio de una conferencia o de la reseña en un artículo científico, por el médico o el investigador local." Afirma Ségolène Aymé, Directora de Investigación y Presidenta de la Federación Internacional de Sociedades de Genética Humana. Y continúa "La información sobre estos pacientes es nula, ellos no saben dónde terminará

su ADN y menos que sobre él habrá una valorización económica. El consentimiento del donador, que ya está normatizado por la ley en algunos países, no existe en estos territorios".

Dentro de otra perspectiva, los investigadores piden una real colaboración de los genetistas de los países en vía de desarrollo, para que los trabajos científicos sean realizados en el lugar y se evite esa explotación de la población por la autoridad médica local, bajo el control de intereses privados del exterior.

Para Ségolène Aymé otra forma de compensar las poblaciones, podría consistir en la creación de una organización no gubernamental, ONG, que intervenga en las negociaciones y asegure el desembolso de una parte de los beneficios resultantes de las investigaciones a asociaciones de enfermos o a organizaciones humanitarias locales.

Traducido y adaptado de Le Monde Diplomatique edición No. 554, mayo de 2000, por Luisa Fernanda Correa Valencia

SHERING

14.4 cms x 27 cms.

## V JORNADA DE HUMANIZACIÓN



HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN

LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

ATENCIÓN EXCELENTE  
Y  
CALIDAD DE VIDA

### EXPOSITORES

Gilberto Echeverri Mejía

Lucía Náder Mora

Chiquinquirá Blandón Montes

Padre Nevardo Cataño Castrillón

Jorge Carvajal Posada

### PRESENTACIÓN ARTÍSTICA

GRUPO SURAMÉRICA

FECHA: Martes 8 de Agosto

HORARIO: 7:30 a.m a 7:00 p.m.

LUGAR: TEATRO METROPOLITANO

MAYORES INFORMES: 384 75 12 - 384 73 66 - 384 74 05

INVERSIÓN: Platea: \$30.000 Balcón: \$25.000

### VENTA DE BOLETAS

JOYERÍAS ÁNGEL Y ÁNGEL  
C.C Unicentro y C.C. San Diego

VOLUNTARIADO  
H.G.M.

LIBRERÍA CIENTÍFICA  
Junín y C.C. San Diego

Un estudio publicado en la Gaceta de la Asociación de Medicina de Estados Unidos, reveló que el número de niños de 2 a 4 años medicados con psicofarmacos que incluyen la retalina y antidepresivos, aumentó en 50% entre 1991 y 1995, en ese país.



## MEDIO AMBIENTE

### Tasas retributivas, ¿contradicción o ayuda?

Por Carmen Elisa Chaves  
Periodista

“El que contamina paga”, frase ya gastada por las autoridades ambientales colombianas, es herencia de una idea con mucha fuerza a nivel mundial, que nació con la Cumbre de Río y que luego fue instituida en nuestro país a partir de varias normas.

Esta frase, contradictoria con los principios ambientalistas, pues su significado legitima la contaminación permanente, tiene una de sus mayores concreciones en las tasas retributivas y Compensatorias, norma que obliga a todas las empresas y personas naturales contaminantes, es decir a todos, a pagar para mitigar los daños efectuados a un recurso natural específico.

Según Luis Carlos Agudelo, investigador de la Universidad Nacional, el concepto de tasas retributivas y el de todas las normas similares, aunque en un principio demuestra una contradicción, logra a largo plazo reducir la contaminación. Está demostrado en otros países con normas similares, que las empresas terminan por entender que resulta menos costoso un proceso de

reconversión hacia formas más limpias de producción, que el pago continuo de tasas que la ley puede ir endureciendo progresivamente. Además, las normas establecen unos límites de contaminación y unas metas de reducción de la misma.

#### La tasa del agua

Desde abril de este año, la Subdirección Ambiental del Área Metropolitana, autoridad ambiental de las zonas urbanas de Medellín y los otros municipios del Valle de Aburrá, viene cobrando la tasa retributiva por el uso del agua. Según la abogada Alejandra Hoyos, del grupo de tasas retributivas en el Área Metropolitana, desde que se inició el proceso de montaje de este recaudo ha aumentado el número de empresas o personas naturales a las que se les debe cobrar la tasa y seguirán apareciendo nuevos nombres. “Empezamos con veinte y ahora vamos en 56, además de Empresas Públicas”.

Aunque se están presentando algunas reclamaciones, que la Ley define cómo atender, el recaudo de dicha tasa busca también presionar a los contaminadores de esta región a disminuir sus vertimientos y cambiar sus procesos. Además, según la abogada, como la Ley exige que el total del recaudo sea invertido en proyectos ambientales relacionados con el agua, que contemplan la recuperación, la conservación, investigación y educación, entre otras, las tasas pueden convertirse en una oportunidad para las cuencas hidrográficas del país. Aunque aún no se han definido los términos de referencia para acceder a estos recursos, el grupo de tasas retributivas ya trabaja en los perfiles de entidades y proyectos que podrían recibirlos.

#### Las bases legales

La Ley 99 de 1991, en el artículo 42, instaura las tasas retributivas y

compensatorias. Dicho artículo establece que la utilización directa o indirecta de la atmósfera, el agua o el suelo, para arrojar o introducir desechos de cualquier tipo, estará sujeta al pago periódico de unos costos con base en el recurso afectado.

Sin embargo, es el decreto No. 901 de abril de 1997, reglamenta directamente las tasas retributivas por la utilización directa o indirecta del agua para el vertimiento de desechos. El decreto 901 define como medir las tarifas mínimas a cobrar al contaminante, como se recauda, los mecanismos de control y los procedimientos de reclamación.

Uno de los puntos importantes de este Decreto es el que tiene que ver con el sujeto pasivo, es decir, empresa o persona natural, a la que se le cobra la tasa. En el artículo 14 del Decreto se define que están obligados al pago de la tasa todos los usuarios que realicen vertimientos puntuales, pero que en caso de que los usuarios viertan a una

red de alcantarillado, debe ser la empresa prestadora del servicio la que pague los costos definidos. Por ello en el caso de las grandes ciudades colombianas, son las empresas prestadoras de servicios públicos, las entidades encargadas de pagar un gran porcentaje de la tasa, conformado en su mayoría por usuarios residenciales.

#### Tasa y sobretasa, solo parientes.

Otro de los asuntos a aclarar en relación con las tasas retributivas es su diferencia con la sobretasa ambiental. Aunque ambas tienen como fin mitigar los efectos nocivos sobre el medio ambiente por medio de proyectos de recuperación, conservación, educación, investigación, etc, hay grandes diferencias entre ambas.

La sobretasa sí es un impuesto. Precisamente es un costo adicional que se le agrega al Impuesto Predial para que cada dueño de un inmueble aporte para mitigar los daños que se le causan al ambiente. En el caso de Medellín, es Corantioquia la entidad que capta este recurso y luego pueden acceder a él diversas entidades que por medio de proyectos específicos presenten propuestas de conservación o recuperación de los recursos naturales.

En dos años, por ejemplo, Medellín ha recaudado una sobretasa ambiental de 25 mil millones de pesos que ha transferido a Corantioquia. Esta entidad, por su parte, tiene como meta para este año un recaudo superior a los 22 mil millones de pesos, provenientes de todos los municipios de su jurisdicción.



Foto: EL PULSO

COCELCO:

Media Página,

31 cms x 27 cms



El doctor Gerardo Restrepo, director general del Instituto Colombiano de Neurología, señaló que la hiperactividad es un trastorno que afecta entre el 13% y el 20% de los niños analizados en Colombia aunque la mayoría de los casos ni siquiera es diagnosticado. La complicación más frecuente de estos niños es el fracaso escolar, pese a que el coeficiente intelectual, de estos niños, es normal e incluso a veces más alto que la media.

La tuberculosis:  
¿Una enfermedad  
de siempre, y  
para siempre?

**Jornada de  
actualización  
Medellín 11 de agosto  
de 2000**

#### Objetivo

Brindar a los trabajadores de la salud, información actualizada sobre tuberculosis, para conocer el estado actual del problema y tener elementos que le permitan enfrentar el proceso de atención del paciente de una manera adecuada y estandarizada, a la luz de los conocimientos y medios disponibles.

El simposio está dirigido a médicos, enfermeras y bacteriólogos y personal de la salud interesados en el tema.

#### Información General:

El Simposio es organizado por el Hospital Universitario San Vicente de Paúl y su departamento de Epidemiología Hospitalaria; se realizará el 11 de agosto de 2000, en el auditorio de la facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

El valor de la inscripción es de \$30.000.00 (treinta mil pesos), que pueden ser pagados de contado, con cheque o tarjeta de crédito en la Tesorería General del Hospital o consignarlo en la cuenta corriente No. 40006437-4 del Banco de Occidente, a nombre del Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Posteriormente debe remitir copia del recibo de pago por fax 2 634475, junto con una carta donde se registre el nombre, cargo, empresa o institución donde trabajo y números telefónicos del inscrito.

Si desea conocer más detalles del evento, puede llamar a los siguientes números telefónicos: 2 637810 y 2 637770. , o escribir al E. Mail: [comunica@elhospital.org.co](mailto:comunica@elhospital.org.co)

#### Programa

Epidemiología de la tuberculosis. Patricia Arbeláez, MD, PhD en Epidemiología. Facultad Nacional de Salud Pública, U de A.

Tuberculosis y ley 100: competencias y responsabilidades. Fernando Montes, MD, Epidemiólogo. Secretaría de Salud de Medellín.

Respuesta inmune en tuberculosis. Luis Fernando García, MD Inmunólogo. Facultad de Medicina U de A.

Aspectos clínicos de la tuberculosis, ¿otra gran simuladora? Ana Catalina Vanegas, MD, Neumóloga. HUSVP - U de A.

Confección VIH-tuberculosis. Gloria Velásquez, MD, Microbióloga. Unidad de Enfermedades Infecciosas. HUSVP- U. de A.

El laboratorio en el diagnóstico de la tuberculosis. Patricia Sierra, MD, Microbióloga, U. de A.

Estado actual de los programas de control de la tuberculosis en América Latina. Celsa Sampson, MD, Asesora Organización Panamericana de la Salud, Colombia.

Micobacterias no tuberculosis. Jaime Robledo MD, Microbiólogo. Corporación para Investigaciones Biológicas.

Tratamiento de la tuberculosis. Julián Betancur, MD, Infectólogo. Unidad de Enfermedades Infecciosas. HUSVP- U. de A.

Bioseguridad para los trabajadores de la salud frente a la tuberculosis. Santiago Estrada, MD Microbiólogo. Congregación Mariana.

Estado actual de los Programas de control de Tuberculosis. Margarita Rosa Giraldo, Epidemióloga Dirección Seccional de Salud de Antioquia y Myriam Gil, MSP, Metrosalud Medellín.

Resistencia de *Mycobacterium tuberculosis* a los medicamentos. Juan Carlos González MD, Microbiólogo. Clínica Cardiovascular Santa María, Universidad Pontificia Bolivariana.

Mesa redonda. Coordina José Roberto Maya, MD, Hospital La María.

## Tuberculosis y progreso

Jesús Ernesto Ochoa A.  
Departamento de Epidemiología Hospitalaria, HUSVP

En el siglo de la sacralización del mercado y de la productividad, en la era de la mal llamada globalidad, donde las comunicaciones no permiten el parpadeo, las enfermedades infecciosas - especialmente la tuberculosis - emergen socavando esa visión indolente y simple del progreso. La pobreza y la marginalidad conviven con la opulencia; las enfermedades infecciosas - de cuyo control se ufana alguna parte de la humanidad - siguen delineando con claridad un mapa terrible, la geografía del hambre.

Las enfermedades infecciosas, en general, toman su impuesto más grande de la pobreza. Las poblaciones con mayores y menores recursos pueden sufrir igualmente, cualquier enfermedad

infecciosa, sin embargo, los pobres tienen una probabilidad más alta de morir y su subsistencia está más comprometida. Casi el 60% de las muertes en las poblaciones de menores recursos son atribuidas a las enfermedades infecciosas, mientras que solamente 34% de la mortalidad global y apenas un 8% de la mortalidad en poblaciones de mayores recursos, se debe a estas enfermedades. La tuberculosis es un conmovedor ejemplo de una enfermedad infecciosa que toma su impuesto más grande de los pobres. 98% de los dos millones de muertes anuales por esta enfermedad y 95% de los ocho millones de casos nuevos reportados cada año están en los países en vías de desarrollo, generando con esto, mas pobreza a los pobres. Este cuadro es inaceptable en una era donde existe un tratamiento altamente costo-efectivo para la tuberculosis. Los medicamentos necesarios para tratar a un paciente con tuberculosis tienen un costo de solamente 11 dólares.

(Dr. Arata Kochi, Director de la iniciativa "the stop tuberculosis" - OMS)

La disminución de la mortalidad por tuberculosis y del riesgo anual de infección en los países desarrollados se atribuye a la mejora en las condiciones de vida de las poblaciones y no a una medida antituberculosa específica. En los países pobres, la emergencia de la tuberculosis se asocia a dicho deterioro en las condiciones de vida, al colapso de los sistemas de salud y de los programas de control de tuberculosis y al aumento en la incidencia de VIH-Sida. Las consecuencias son evidentes: disminución en la búsqueda de casos, baja proporción de curación de los casos existentes y diseminación de cepas multirresistentes.

El programa de control de tuberculosis del Ministerio de Salud tiene como objetivo: "Detectar oportunamente la tuberculosis, brindar un tratamiento adecuado al enfermo y sus convivientes y

reducir las secuelas y la mortalidad por ésta enfermedad" y añade: "Las administradoras tienen la responsabilidad de garantizar una atención individual integral a su población afiliada y beneficiaria, por lo tanto deben procurar actividades, intervenciones y procedimientos de educación, información y promoción de la salud y de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los enfermos tuberculosos".

Contrariamente a estas disposiciones y otras (acuerdo numero 117 del consejo nacional de seguridad social en salud, resolución N° 00412 del Ministerio de Salud) el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con tuberculosis no se hace de manera integral en el país. Los medicamentos de primera línea están disponibles pero su administración es irregular y no supervisada en muchas ocasiones. Los pacientes tienen que desplazarse a sitios distantes de su lugar de residencia para recibir el tratamiento y no se cumple en muchas ocasiones el protocolo de seguimiento individual y de los contactos. A pesar de existir normas al respecto, los medicamentos de segunda línea y los necesarios para el manejo de las interacciones con los antiretrovirales difícilmente llegan a los pacientes. "¿Se ratifica con esto que los medicamentos están en el norte y los enfermos en el sur?" (Gro Harlem, OMS). Las normas existen pero su cumplimiento depende del razonamiento de funcionarios que olvidan fácilmente. Este panorama en tecnicolor que pasa de la complacencia a la impotencia debe permitir la reflexión de los distintos "actores" del Sistema General de Seguridad Social en torno al problema individual, familiar y de salud pública que representa la tuberculosis, y en la necesidad de innovar y darle una dinámica nueva a los programas de control. La eliminación de los obstáculos administrativos, la búsqueda y la curación de los casos existentes con todos los medicamentos y supervisión necesarios y un estudio epidemiológico de campo sólido deben ser las premisas que iluminen este razonamiento. Una sociedad que controla la enfermedad mediante la exclusión y la muerte hace que la salud "se haga banal, casi vulgar" (S. Sontag)

Fuentes: Sontag Susan. *La enfermedad y sus meláforas*. Muchnik editores. Barcelona, 1985

/OMS. *Tuberculosis & Sustainable Development. The stop TB initiative* [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.stoptb.org> / Colombia. Ministerio de Salud. *Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar*. / Colombia. Ministerio de Salud. Resolución número 00412 de 2000. / Colombia. Consejo nacional de Seguridad Social. Acuerdo 117

**“Todas las personas con tuberculosis tienen el derecho a ser tratadas por su enfermedad. La Tuberculosis puede ser curada. Este flagelo debe ser derrotado. Debemos parar, no podemos negarles este derecho humano básico”.**

Arzobispo Desmond Tutu,  
Madrid septiembre 15  
de 1999.



Foto: EL PULSO

**“Ya no estamos tan seguros de poder decir junto a Goethe que la humanidad acabará triunfando. Por el contrario, en el horizonte parecen oírse los últimos estertores. Basta mirar cualquier informativo o ver los títulos de un diario para comprender que estamos convirtiéndonos en las siniestras criaturas que en medio de grotescos aquelarres pintaba Goya. Los sueños de la razón engendran monstruos profetizó este artista genial.”**

(Ernesto Sabato, Antes del fin. Seix Barral, 1998:159)

Según cifras del Ministerio de Salud la incidencia de tuberculosis en el país "ha presentado una tendencia hacia la disminución. Esta tendencia no es real, sino debido a que durante los últimos años se ha disminuido la búsqueda de casos mediante las baciloscopias de esputo. Durante el año de 1.998 se reportaron un total de 9.155 casos nuevos de Tuberculosis, que corresponde a una incidencia general de 22,5 por 100.000, el 76,1% de estos casos eran bacilíferos y el 9,4% correspondían a formas extrapulmonares" (Fuente: Min-Salud, Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar).

La pregunta que surge: ¿existe una aproximación real a la magnitud del problema, a pesar de la poca confianza que se tiene en el dato? Para responder esta pregunta el Min-Salud propone el análisis de cohorte que es una herramienta epidemiológica útil, sin embargo no se realiza o no se difunde. Es importante para un programa de control de TB consolidar, con la periodicidad prevista, las medidas de frecuencia básicas que permitan la evaluación y fundamentalmente tener datos relacionados con la proporción de curación, de abandono y de mortalidad de los pacientes inscritos.

## Columna jurídica

Dr. Jorge Luis Jiménez Ramírez  
Secretario General HUSVP

### LEY 550 de 1999

No obstante las dudas que existen sobre su constitucionalidad, se encuentra en plena vigencia y por cinco años, la ley 550 de 1999. Esta norma pretende dar la mano extrajudicialmente a las empresas que pueden tener viabilidad, creando mecanismos ágiles y participativos para la celebración y ejecución de acuerdos que permitan que estas empresas pueden continuar operando.

No cabe la menor duda sobre la importancia que para el país tiene la permanencia en el mercado de las empresas, no sólo desde el punto de vista de la producción sino por la importancia que para la misma significa la generación de empleo

La primera duda que se plantea es la fecha en que ha de terminar su vigencia como quiera que esta ley fue publicada en dos oportunidades en el Diario Oficial (diciembre 30 de 1999 y marzo 19 de 2000.

Todas las empresas sin importar su naturaleza jurídica, pueden acogerse a la ley, salvo aquellas sometidas a vigilancia de la Superintendencia Bancaria, no obstante se encuentran en concordado e incluso aquellas que estén ejecutando acuerdos concordatarios.

Se pretende corregir las deficiencias que se presenten en la operación de la empresa y en su capacidad para atender obligaciones económicas por medio de acuerdos entre los dueños de la empresa y sus acreedores, para la recuperación de la empresa.

Estos acuerdos pueden ser promovidos por el empresario, por los acreedores, la Superintendencia que ejerce vigilancia sobre la empresa y el Ministerio de Hacienda cuando se trate de entidades territoriales, y las supersociedades sobre las entidades de derecho público y de economía mixta que no tengan otro ente de vigilancia.

Para la dirección, coordinación, análisis de la empresa, formulación de propuestas, en fin, para promover el acuerdo, prevé la ley el nombramiento de una persona natural como promotor, quien actúa como amigable componedor, en busca del mejor acuerdo para la empresa y sus acreedores.

El acuerdo de reestructuración debe quedar definido y celebrarse dentro de los cuatro meses siguientes a la fecha en que queden establecidos los derechos de votos y las acreencias; este acuerdo para su aprobación debe ser aceptado por la mayoría absoluta de los créditos internos y externos.

Los acuerdos de reestructuración son de obligatorio cumplimiento para las partes, y su efecto debe ser la "salvación" para la empresa, de lo contrario debe iniciarse la liquidación.

Esta ley, como todas, está llena de buenas intenciones; ya tiene seis decretos reglamentarios, pueda ser que la voluntad del legislador de permitir la viabilidad de las empresas no sea obstaculizado por los intereses individuales.

Area: Salud. Pueden concursar personas naturales que durante su vida hayan sobresalido en el servicio de la comunidad en el área de la salud. Fecha cierre de inscripciones: julio 15 de 2000. Entrega del Premio: septiembre 28 de 2000. Informes, reglamentación y envío de documentación de los candidatos en la secretaría del Club: carrera 50 # 52-22 ofician 507 Edificio Bermora. Tel. 4 511 29 32. Fax 4 511 93 74.

## Gloria Zea Guante blanco para domar un tigre

Notas sobre una conversación con EL PULSO

“Pseudo-pornográficas” fueron para el político conservador, Juan Diego Jaramillo, las obras de autores nacionales publicadas por Gloria Zea cuando era directora de Colcultura. “Elitistas” las óperas que Gloria Zea ha organizado según opinión de Carmiña Gallo, soprano que, para la crónica chismosa, ha atacado como corresponde a cualquier estrella ignorada. “Vanidosa” ha sido calificada por otros su gestión de 31 años al frente del Museo de Arte Moderno de Bogotá. “Déspota” su comportamiento, según dos de sus empleados que la acusaron ante los medios devoradores de datos calientes. “Frvola”, “fatua” ha sido su presencia para aquellos que, entre otras cosas, no han soportado verla flotando en sus Pierre Cardin. “Caprichos culturales” fueron algunos de sus trabajos según Jorge Child, un intelectual que en su momento declaró que “seguimos siendo victorianos sin hablar inglés”... Estos son algunos bocetos del retrato fosforescente que han hecho algunos de Gloria Zea, esa “mujer pantera” como la llamó un opinador fascinado, al parecer, por las dos enormes “pepas negras” con las que ha mirado fijo a tanto fotógrafo de crónica social. Y con las que ha mirado también tanta parcela cultural de población carnívora. En realidad son dos pepas negras instaladas en un atractivo rostro diminuto, como diminuto también su cuerpo de metro y medio de estatura que el destino puso a nacer en la casa de la familia del doctor Germán Zea. Posición social privilegiada, inconveniente, para muchos jueces erizados. Pero posición que le ha generado los mejores, pero también los peores privilegios. Entre los peores estuvo el de ser protagonista libros de “dudosa calidad”. El más venenoso, dijeron varios críticos, fue escrito al parecer de manera estridente por Plinio Apuleyo Mendoza, maestro en esculcar privilegios desde su privilegiado estrado editorial. “He tenido las dificultades que se imaginen, y las que no se imaginen también”, dijo ella a EL PULSO. Todo eso ha metido hilos de oro a la leyenda estucada de la prensa, que ha crecido sus tirajes presentando a una “hermosa mujer pantera” intentando seducir a un tigre. ¿Tigre? Sí, algo así como un peligroso montón de uñas y dientes que es en lo que algunos han convertido la cultura en Colombia. Uñas y dientes con cédula de ciudadanía, que desgarran a diestra y a siniestra,

desprestigiando a veces lo que llaman trabajo cultural. Ella, con sus criticadas galas -“¿se les olvidó acaso que soy mujer?”- ha intentado domar ese tigre. Iniciando muchos proyectos casi sola, según ella lo recuerda: “Durante los primeros 14 años de mi administración del Museo de Arte Moderno de Bogotá, yo sostuve todo el Museo, yo pagaba vigilantes, yo pagaba hasta los servicios”... Ese “Yo” enfático, ha desatado mil amores y mil odios, pero algunos creen que es el componente primero de sus aciertos en un país que le rinde culto absurdo a las individualidades, a esas que Don Tomás Carrasquilla llamaba “Vacac Sagradas”. ¿Pero quién puede restarle mérito a una la-

remodelación del teatro Colón, el Museo Nacional, la Biblioteca Nacional, los templos de San Agustín y Santo Domingo en Tunja, la iglesia de Santa Clara en Bogotá... ha promovido también el Camarín del Carmen, reabrió la Escuela de Arte Dramático, fundó la Opera de Colombia, publicó más de mil libros, hizo posible la creación, “Ladrillo a ladrillo con el dinero que conseguí”, del Museo de Arte Moderno de Bogotá, iniciado por Marta Traba pero dirigido por ella hace 31 años y por el cual el Gobierno Colombiano le otorgó, entre muchas otras distinciones nacionales y extranjeras, la Cruz de Boyacá. “El presupuesto siempre es lo más difícil para los proyectos cultura-

les. Ya ni el sector privado, que nos ayudaba por ejemplo con la Opera, está haciéndolo debido a las dificultades generalizadas. En el Museo, por ejemplo, si bien nos sostenemos con los aportes del Ministerio de Cultura y la Alcaldía Mayor de Bogotá, procuramos obtener dineros de nuestra propia actividad (exposiciones, venta de libros, eventos, restaurante...)” De todas formas sus arcas son mucho más nutridas que las de otros museos en el país, tema que se debatió en alto volumen con Isadora Norden, en vieja polémica que todavía se recuerda. Pero prueba de que no sólo “sobreviven” como ocurre con otros Museos, entre ellos el de Arte Moderno de Medellín, es la existencia de un gran proyec-



Foto: Hernán Díaz

to: la construcción de otra sede para la colección permanente del MAM de Bogotá, que permanece guardada en unas bodegas. “La idea de todas formas es seguir abriéndole oportunidades a la gente. La exposición actual, del mexicano Rufino Tamayo, así lo demuestra. Para mí es el más grande pintor latinoamericano del siglo XX. Pintura, dibujo y gráfica... la retrospectiva es la principal que se ha hecho en Colombia de este artista”. Para muchos Rufino Tamayo (1.899-1.991) es uno de los más destacados coloristas latinoamericanos y uno de los que mejor ha mostrado el universo estético de México. Y en medio de la hondura de los pedazos de noche del mexicano que tan bien retrató la revolución, la vemos, con su doble fila de pestañas, provocando un poco de terror entre todos, incluso ente quienes malévolamente la adulan. Ella sonríe y clic, clic, mil cámaras. “El mundo es de quien nace para conquistarlo, y no del que sueña que puede conquistarlo aunque tenga razón” dijo Fernando Pessoa.



Foto: Cortesía Semana



Foto: Cortesía Cromos

**El mundo del chisme ha metido hilos de oro a la leyenda estucada de la prensa, que ha crecido sus tirajes presentando a Gloria Zea como una “hermosa mujer pantera” intentando seducir a un tigre. ¿Tigre? Sí, algo así como un peligroso montón de uñas y dientes que es en lo que algunos han convertido la cultura en Colombia. Uñas y dientes con cédula de ciudadanía, que desgarran a diestra y a siniestra, desprestigiando a veces lo que llaman trabajo cultural.**

# III Conferencia

30, 31 de agosto  
y 1º de septiembre de 2000  
HOTEL INTERCONTINENTAL  
Medellín, Colombia

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL

### Dos Seminarios Simultáneos

Para Médicos Generales y Especialistas

**INFECCION NOSOCOMIAL Y RESISTENCIA A LOS ANTIBIOTICOS-RIESGO CARDIOVASCULAR: HIPERTENSION ARTERIAL-DIABETES-DISLIPIDEMIAS**

Para Enfermeras

**ENFERMERIA EN EL CUIDADO DE LA PERSONA CON PROCESOS CRONICOS E INFECCIOSOS**

y para otros profesionales del sector de la Salud interesados en los temas.

### ORGANIZAN

Hospital Universitario San Vicente de Paul  
Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia  
Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia  
Facultad de Enfermería de la Universidad Pontificia Bolivariana

### INFORMACION GENERAL

**LUGAR Y HORARIOS:** Salón Antioquia, Hotel Intercontinental, De 8:00 am. a 12:00 m. y de 1:30 pm. a 5:00 pm.

#### INSCRIPCIONES

Consignación en el Banco Occidente cuenta corriente No. 40006437-4. Enviar copia de la consignación por fax y una carta donde se indiquen: nombre(s) de los inscritos, profesión y cargo de la institución donde trabajan o por la que asisten, nombre de la empresa, teléfono, fax, correo electrónico y número de bipper o celular.

#### VALOR INSCRIPCION

\$150.000.00 por persona. Descuento del 10%, por grupos de más de 5 personas inscritas por la misma institución o empresa, antes del 30 de julio. Incluye: Memorias y Tarde Social de Integración el 31 de agosto

### INFORMES

Dirección General del Hospital Universitario San Vicente de Paul  
Teléfonos: (054) 263 78 10 - (054) 571 32 71 • Fax: (054) 263 44 75 • Apartado 6509 • Medellín, Colombia  
E-mail: comunicacion@elhospital.org.co





Sólo hasta julio llegarán al país las 190.000 dosis de la vacuna Triple Viral (que inmuniza contra el sarampión, la rubéola y las paperas), que se esperaban de la Organización Panamericana de la Salud, desde la última semana de mayo, según lo informó el Ministerio de Salud. Aunque la escasez puede afectar algunos departamentos de Colombia, no es un problema exclusivo de Colombia, sino un desabastecimiento a nivel mundial.

## Honoré de Balzac\*

Por Nicanor Restrepo Santamaría  
Presidente Suramericana de Inversiones

### Fragmentos de un retrato

**N**ació en Tours, Francia, en 1.799. Su padre trabajó como proveedor de víveres para guarniciones militares. Estuvo internado desde los 8 hasta los 14 años en el Colegio de los Oratorianos donde permaneció alejado de su familia. Empezó, obligado, su carrera de derecho y trabajó como aprendiz con varios abogados. Desde muy joven quiso siempre escribir. Su primera obra, "Cromwell", publicada en 1.919, es una tragedia neoclásica en verso. Firmaba sus escritos con seudónimos que circulaban principalmente en los gabinetes de lectura.

Su vida estuvo dirigida por el afán de gloria, poder y amor, los cuales según él nunca alcanzó. Fracásó como impresor, editor, periodista, empresario de minas y su vida estuvo marcada en todo momento por las dificultades financieras. Esta situación lo impulsó a escribir y a publicar constantemente y lo convirtió en un gran innovador al editar su obra en folletines que aparecían en diarios y revistas.

Agudo y profundo investigador, estudió la sociedad, la condición humana y los efectos sociales. Se consagró como observador y cronista de la sociedad francesa contemporánea y como sociólogo que obedecía a su voluntad de poeta insigne. Fue revolucionario sin saberlo ni quererlo. Su obra conserva la vigencia propia del arte inmortal.

Es uno de los iniciadores del Naturalismo a pesar de no haber roto en muchos aspectos con el romanticismo. Se destaca dentro de los grandes autores de ficción y logra la consagración literaria y la fama con La piel de Zapa, una de sus creaciones mejor elaboradas. Su proyecto central lo compone la Comedia Humana integrada por los Estudios Analíticos que se refieren a los principios que gobiernan la vida y la sociedad; los Estudios Filosóficos, sobre las causas que determinan las acciones del hombre y los Estudios de las Costumbres que investigan los efectos de éstas. Lo más sorprendente de esta gran obra, es que circula en un mundo coherente, a pesar de tratarse de novelas compuestas en períodos aislados y bajo circunstancias diferentes. Siempre quiso escribir teatro pero nunca tuvo éxito. Fue un escritor prolífico y un trabaja-

**Su mayor afán, explícito en diversas ocasiones, era darle a su obra, soportada en el elemento genial y la iniciativa literaria, el alcance para criticar a la pseudo-libertad individual**

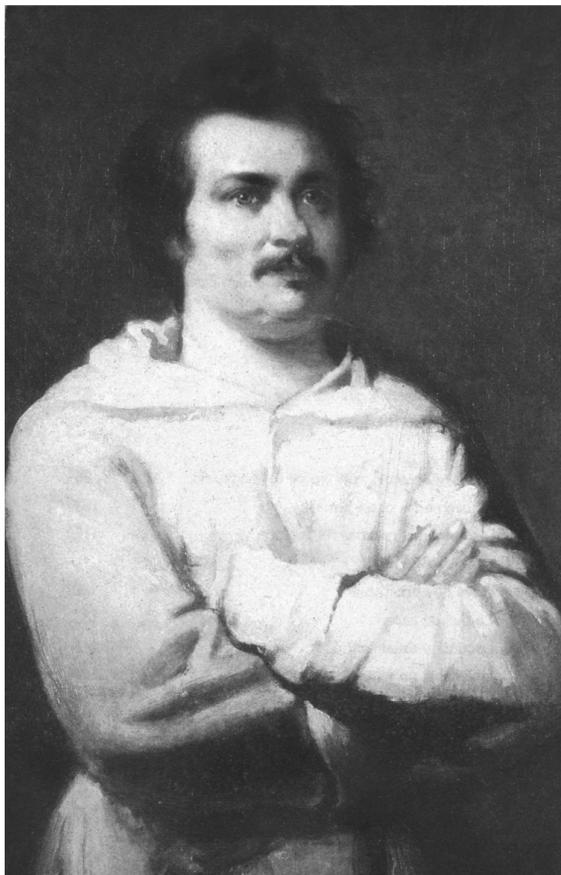


Foto: Balzac por Dastugue. Museo del Louvre, París

dor incansable. Por su obra, compuesta por más de 25 novelas, pasan 2.472 personajes que conforman una muestra maravillosa de la sociedad decimonónica.

Sus personajes se identifican en muchos casos con el autor, "triumfan donde este fracasa y sucumben para alejar el maleficio". Estos son seres reales, exuberantes, fanfarrones y representan los fantasmas de nuestros deseos y la realización de nuestras esperanzas.

Su vida fue una búsqueda permanente del amor, el cual colocó siempre por encima de su obra. Inició su recorrido sentimental con Laure de Berny, amó a muchas otras mujeres pero el gran amor de su vida fue Eveline Hanska, con quien finalmente se casó meses antes de su muerte en París, en 1.850.

### Visión social

Balzac, observador muy profundo de la sociedad, utilizó su obra para analizar las razones de los efectos sociales. Soportado en su enorme capacidad descriptiva y en la claridad de su visión social se valió de la imaginación para representar y analizar la sociedad de su tiempo. Cuando se sigue cuidadosamente su trabajo, se descubre en el texto balzaciano el mecanismo para demostrar que la sociedad es cambiante e impredecible.

Su capacidad analítica basada en el conocimiento de los hombres, aunque menos exacta en una dirección que en otras, le permitió avanzar en un vigoroso estudio de la sociedad francesa de su época de la cual "pretendió ser el historiador", admitiendo claramente que su fin no era describir un grupo, una camarilla, una clase o incluso una sociedad, sino un período y una civilización. Naturalmente esta visión acertada de la realidad es sólo posible gracias a sus cualidades de sociólogo combinadas con la voluntad de un poeta insigne y a su capacidad para representar su concepto del hombre: una combinación de la

naturaleza humana y del medio social.

Marx se interesó en el trabajo de Balzac y en alguna ocasión afirmó haber aprendido más con su lectura que con la de muchos estudiosos e historiadores de la época, porque no obstante el arrabismo balzaciano y su admiración por la aristocracia, era tan grande su capacidad analítica que arrojaba las mejores críticas sobre el tejido social y la estructura de la sociedad de la primera parte del siglo XIX. Los héroes y las situaciones retratadas fueron elementos esenciales para descubrir la concepción sociológica del hombre de su tiempo. Refiriéndose Marx a "los burgueses descritos por el autor y considerados como defensores de la moral, afirmó que no vacilaban en prostituir a sus hijas engañándose los unos a los otros para obtener sus propósitos perversos".<sup>3</sup>

"Balzac está de corazón no con los representantes del orden, sino con los que marchan sobre él. Sin duda, su héroe en el sentido exacto de la palabra, no es un revolucionario, ya que no ataca jamás el orden para reemplazarlo con otro, a su juicio mejor. Pero lo es profundamente al colocarse sobre la sociedad para apoderarse de ella, para imponerle su sello y legar este ejemplo a otros combatientes."<sup>4</sup> Esta forma de análisis marca una diferencia fundamental entre "Balzac y Marx que consiste en que el primero pugna por la lucha del proletariado exactamente igual a la de otras clases, es decir, como una lucha de ventajas y privilegios, y el segundo por el contrario, ve en la lucha del proletariado por el poder y en la victoria, el comienzo de una nueva era."<sup>5</sup> Víctor Hugo expresó sobre la tumba de Balzac, el día de su entierro en el Cementerio Père Lachaise, que "sin saberlo, ni quererlo, había trabajado no por la congelación de un orden inmóvil, sino para demostrar las fuerzas de la iniciativa y la dinámica que pertenecen a la ideología revolucionaria y que se descubren en el amontonamiento de materiales sociales puestos a su dis-

**Sus personajes se identifican en muchos casos con el autor, "triumfan donde este fracasa y sucumben para alejar el maleficio".<sup>1</sup> Estos son seres reales, exuberantes, fanfarrones y representan los fantasmas de nuestros deseos y la realización de nuestras esperanzas.**

posición".<sup>6</sup> Pretendió escribir bajo las banderas gemelas de la monarquía y la religión y se encontró, a pesar de él mismo, bajo la influencia del estandarte marxista.

"Su visión social tiene en cuenta una revolución irreversible. Como adversario del liberalismo burgués, encarnó la energía saint-simoniana que le permitió prever un horizonte republicano, basado en una organización racional de ella sociedad, reunificada en sus fuerzas y sus ideales."<sup>7</sup>

Para Balzac "el hombre vive condicionado por la esfera dentro de la cual se mueve y toda especie social tiene sus atributos, su vestuario, alimentación, mobiliario, formas de trabajo, lúdica, erotismo, etc, en permanente evolución según las modificaciones ambientales".<sup>8</sup> Su mayor afán, explícito en diversas ocasiones, era darle a su obra, soportada en el elemento genial y la iniciativa literaria, el alcance para criticar a la pseudo-libertad individual y hacer marchar conjuntamente la reivindicación humanista y la destrucción del ilusionismo sentimental y romántico.

Una de sus mayores preocupaciones se centró en el ejercicio de la libertad y en las dificultades reales que la limitaban o en las consecuencias de su ejercicio. En cuanto a las primeras expresó: "¿Qué significa poder escoger libremente si las condiciones concretas de la libertad no existen?"<sup>9</sup> y en cuanto al temor y las consecuencias de ejercerla dijo: "la libertad engendra la anarquía, la anarquía conduce al despotismo y el despotismo lleva de nuevo a la libertad. Lo malo de esto es que millones de seres humanos han muerto sin haber podido hacer triunfar ninguno de esos sistemas."<sup>10</sup>

Sus críticas, abundantes y certeras, se ocuparon de cuestio-

**Marx se interesó en el trabajo de Balzac y en alguna ocasión afirmó haber aprendido más con su lectura que con la de muchos estudiosos e historiadores de la época**

nar la incapacidad de su sociedad para asumir las formas comunitarias que supondrían el avance de lo colectivo y a ello se refería cuando afirmó que en la Francia de su época "eran imposibles las asociaciones, bien a causa de las pretensiones individuales, o bien a causa del espíritu, el talento, el nombre, la fortuna, que son las

cuatro causas de insubordinación."<sup>11</sup> En lo personal, fue un luchador por los derechos intelectuales de los artistas y encabezó frecuentes manifestaciones en ese sentido. "Exhortó a los escritores y en general a los trabajadores del pensamiento, a unirse para defender sus derechos intelectuales y materiales".<sup>12</sup>

\*Fragmentos de una conferencia presentada en el programa Grandes Literatos de la Universidad Nacional de Colombia, seccional Medellín.

<sup>1</sup> Picon, Gaetan. "Balzac por él mismo"

<sup>2</sup> Cardona de Gibert. Angeles. Presentación de, en "La Piel de Zapa"

<sup>3</sup> Barbéris, Pierre, Préface de, en "La Femme de Trente Ans"

<sup>4</sup> Picon, Gaetan, op. cit

<sup>5</sup> Hauser, Arnold, "Historia social de la literatura y el arte"

<sup>6</sup> Berthier, Philippe, "La vie quotidienne dans La Comédie Humaine de Balzac"

<sup>7</sup> Berthier, Patrice, et. alt, op. cit

<sup>8</sup> Berthier, Philippe, op. cit

<sup>9</sup> Barbéris, Pierre, op. cit

<sup>10</sup> De Balzac, Honoré. "La Piel de Zapa"

<sup>11</sup> Sipriot, Pierre. "Balzac sans masque, splendeurs et misères des passions 1.779-1.850"

<sup>12</sup> Chollet, Roland. "L'autre Balzac"

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 <input type="checkbox"/>	Cheque <input type="checkbox"/>
(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

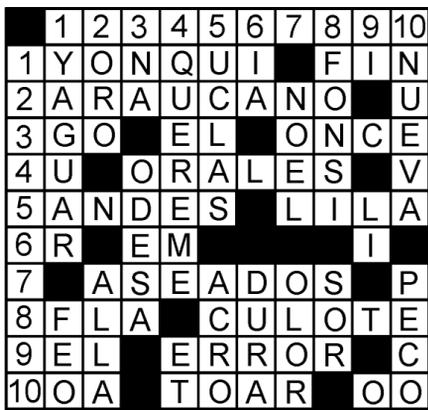
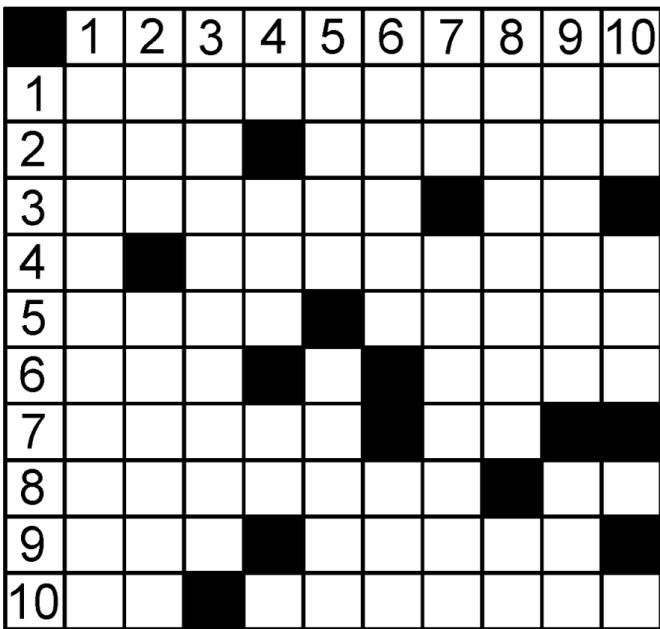
Calle 64 con Carrera 51D

Teléfonos: 263 43 96 - 263 78 10.

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

Medellín - Colombia

La Patrulla Aérea Colombiana, seccional Antioquia, celebró recientemente sus 35 años de servicio de salud en todo el territorio nacional. Entre las actividades que desarrolla la Patrulla Aérea Colombiana - Antioquia, se encuentra, el programa de medicina especializada que incluye atención por consulta, cirugía en diferentes municipios de Colombia, con el auspicio de entidades nacionales e internacionales, privadas y gubernamentales.



SOLUCIÓN  
AL ANTERIOR

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

## CRUCIPULSO

Por Julio Ramiro Sanín, md

### VERTICALES HORIZONTALES

- 1.**Diamantes.  
**2.**Universidad, industrial, norteña, ciudad española.  
**3.**Muy caseros.  
**4.**Quiero – pronombre- carbono.  
**5.**Poco, común. Variedad de oxígeno.  
**6.**La mamá de afrodita con zeus  
La emoción del fútbol.  
**7.**El miniverbo.  
Con un número indeterminado de ángulos. (se le perdió una E).  
**8.**Antes de firmar un documento.....  
Hermano de onán.  
**9.**Carga que se arrastra  
Cocine de fuego.  
**10.**Terminación verbal  
El enfoque largo.
- 1.**Ventana en el tejado de una casa.  
**2.**Gran, abundancia de un líquido.  
Ventilar, alguna cosa.  
**3.**Danza peruana (rebusque).- Le gana, al rey -  
**4.**Advierto a alguien, que ha hecho algo mal. Para que se enmiende ( por que 10 harán antes del matrimonio ?)  
**5.**Pájaro al que casi siempre le ponen de nombre Roberto.  
El mes más duro para pagar.  
**6.**Persona descuidada, simple, tardía, y sin viveza.  
Ligo metales.  
**7.**Etapas de la vida, donde todos te mandan.  
.....Home gringos.  
**8.**El que estudia a Dios ¡!  
La monedita romana.  
**9.**Empresa, de salud.  
No son pares.  
**10.**Precede, al insulto  
Pinturas.

## CLASIFICADOS

Anuncie en  
los clasificados  
del periódico

**EL PULSO**

TARIFAS ECONÓMICAS

Mayores informes, teléfonos:

**263 43 96**

**263 78 10**

**HOSPITAL & EMPRESA.** De venta en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, dirigido al personal de las áreas administrativas del sector de la salud. Mayores informes en el teléfono 2637810 ó en el correo electrónico: [elpulso@elhospital.org.co](mailto:elpulso@elhospital.org.co) // [comunica@elhospital.org.co](mailto:comunica@elhospital.org.co)

**La Fundación Ximena Rico Llano** necesita en calidad de donación, una planta telefónica de segunda, en buen estado. Se acreditará un certificado de donación válido para efectos fiscales. Mayores informes en el teléfono 2161815 de Medellín.

**La Clínica Infantil Santa Ana,** requiere una Bomba de Infusión en calidad de donación. Favor comunicarse con los teléfonos 2669560 y 2665490 de Medellín.

**ALLEGRO:** Grupo vocal e instrumental. Eucaristias, conciertos de música popular y de Navidad. Representante. Gloria de Toro. Tel: 571 01 88

**LA CORPORACIÓN ANTIOQUEÑA DE DIABETES VENDE:** Electrocardiografo digital 1/3 canales. Marca: Cardioline. Modelo: delta 1 plusd. Mayores informes: 263 78 10.

**JAGOMEL.** Fábrica de muebles. Gran variedad de muebles decorativos para el hogar en madera. Calle 48 No 53 28. Teléfono 272 24 14.

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

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

## Suscríbase

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

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



La oferta incluye:

Promoción 1: Libro Neurocirugía y suscripción al periódico El Pulso por un año \$ 79.000.00

Promoción 2: Libro Pautas de tratamiento en pediatría y suscripción al periódico El Pulso por un año \$ 44.800.00

Promoción 3: Libro Urgencias: guías de manejo y suscripción al periódico El Pulso por un año \$ 42.200.00

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

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

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Documento de identidad: \_\_\_\_\_  
Empresa: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la empresa: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**CMS**  
CENTRO MEDICO LA SAMARITANA  
LA SALUD A SU ALCANCE  
20 AÑOS DE SERVICIO

- Consulta Médica General 24 horas
- Quirófano y Sala de Partos
- Laboratorio Clínico
- Odontología
- Urgencias 24 horas
- Ecografía Obstétrica, Abdominal, Pélvica, Renal y de Próstata
- Electrocardiograma
- Enfermería 24 horas
- Sala de Observación

carrera 45 No.83-46  
233-45-76 233-37-64 233-94-38  
Medellín - Colombia

**¿ Necesita Empleo ?  
¿ Necesita empleados ?**

**Utilice la Bolsa de empleo del Periódico el Pulso.  
Mayores informes:  
263 43 96 - 263 78 10.**

**El Cisne Blanco**

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

## FOTO NOTICIA



Miembros de la Asociación Colombiana de Infectología con los ganadores del II Encuentro Nacional de Investigación de Enfermedades Infecciosas, en el cual participaron más de 150 trabajos de profesionales e instituciones de todo el país.



Científicos de los Institutos Nacionales de Salud y de otras instituciones, han descubierto, al menos de manera preliminar, porqué muchos pacientes nunca se recuperan de la infección con el virus de la Hepatitis C (VHC). Sus resultados apuntan a determinados cambios en la estructura de las proteínas de la superficie vírica que impiden que el virus sea detectado por el sistema inmunitario. Según el estudio el resultado ulterior de la infección por el VHC queda definido desde la fase aguda de la enfermedad. Así lo informó la Revista Panamericana de Salud Pública en su edición de junio de este año.

## La Salud en la Agenda política

Por: Alvaro Franco G.  
Profesor de Salud Pública U. de A.

Desde hace más de una década ha recobrado interés en la agenda parlamentaria el tema de la salud y los beneficios conexos; desde la formulación de la ley 10 de 1990 (por medio de la cual se reestructuraba el anterior sistema nacional de salud y se abría la posibilidad para la gestión local en salud), pasando por la nueva Constitución de 1991 (introducía cambios en la concepción de salud, lo público, los derechos humanos y los mecanismos para la prestación de servicios), la dinámica legislativa en salud ha sido copiosa e inusitada; en ese acervo, la ley 60 de 1993 (entrega competencias, responsabilidades y recursos a los entes territoriales para salud y educación) y la ley 100 del mismo año (que genera fuertes cambios en el ejercicio de la salud pública, al implementar el sistema integral de seguridad social), se constituyen en las principales normas de servicios de salud del pasado decenio. Varios actos reformatorios se intentaron posteriormente, como ocurrió con la ley 344 de 1996, por la cual se agregaban restricciones al gasto público, afectan-

do de manera directa algunos contenidos sociales y estatales de la seguridad social. Más recientemente, al analizar la ley de regulación sanitaria -concebida en el proyecto 156 del Congreso de Colombia-, concluimos que el trabajo apenas se inicia, en la necesidad de mantener el tema de la salud en un alto nivel político, incluyéndolo en las agendas de los diferentes actores pero especialmente en las instancias decisivas, parlamentarias y gubernamentales.

### Hacia una Ley de Salud Pública

En octubre de 1999, fue radicado en el Congreso colombiano el proyecto de ley 156, supuestamente con el interés de formular una ley de salud pública para el país; apuntaba a modernizar el Código Sanitario Nacional (ley 9ª de 1979) e intentaba introducir correctivos a la ley 100 de 1993 (sistema de seguridad social integral), en lo atinente a vacíos flagrantes en materia de salud pública. Su enfoque se

dirigía hacia la protección de riesgos específicos en las diferentes áreas relacionadas con el ambiente y al ejercicio de la salud pública, pero no se podría considerar propiamente un *Es-tatuto de la Salud*, ni tampoco la *Ley Integral de Salud Pública* que, en teoría, sería ideal.

El proyecto destacó tres grandes títulos: uno preliminar de normas generales, en el cual es importante el contenido sobre derechos y deberes y la concepción de salud pública; otro relacionado con la protección de la salud pública en el entorno y en los procesos productivos, sociales, culturales, científicos y tecnológicos (*retoma todos los contenidos del antiguo Código Sanitario sin allanar cabalmente los vacíos existentes*); otro título relacionado con la organización y administración para la protección de la salud pública, intenta recuperar el tema central del debate de los últimos cinco años en el país (*la ausencia de la salud pública*), y de contera relacionarlo con el sistema de seguridad social, pero no logra realmente su intención. Dejé por fuera lo relacionado con las profesiones y la ética de la

atención en salud que son objeto de otras normas; su relación con la ley 100 de 1993 se logra solo de una manera muy tangencial. Una de las falencias de la reforma sectorial, "el empaquetamiento de la salud pública", reducida a los contenidos del plan de atención básica (PAB), no se resuelve a pesar de la crisis de los programas clásicos de salud pública y del renacer de epidemias y enfermedades objeto prevención estatal.

El país requiere de una ley integral de salud pública o una política nacional en este campo, necesita introducir correctivos, más que ello, actuar con iniciativa en materia de salud pública dado que, como lo reconocen hasta los más acendrados apologistas de la ley 100 de 1993, Colombia no tuvo una política coherente en ese campo a partir de los mandatos de la reforma sectorial, centrada en el mercado de los servicios de salud. Por otra parte, una política nacional de salud pública o una ley de salud tiene que ser mucho más integral, universal y participativa que la propuesta de regulación y protección sanitaria. *Se debe interpretar como los lineamientos superiores que en materia de salud orienten al país, en estrecha relación con el dominio estructural de la sociedad y del Estado. Su eje conductor, la salud como derecho fundamental.*

el quehacer frente a la enfermedad y la muerte; propende por el desarrollo de los niños, el ambiente y el trabajo y, en fin, por "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física, mental y social".

Si seguimos a Ashton Y Seymour, investigadores ingleses de políticas públicas en salud, encontramos que los enfoques en formulación de políticas son variados y cuando se trata de identificar las estrategias para su desarrollo no siempre hay consenso, en tal sentido es determinante el papel del Estado; existen, no obstante, desencuentros entre el actual paradigma económico y la situación social, así es que, el desarrollo de políticas públicas se convierte en un imperativo ético en las actuales circunstancias. Es importante actuar en diferentes frentes (el informe Beveridge de 1942 al parlamento Británico, es un buen ejemplo, propendía por un «Programa Nacional de Salud», pero no solo eso), a más del educativo y sanitario, hay fuerzas de mayor influjo sobre la salud (preguntarse, por ejemplo, ¿quiénes son los interesados en la violencia?). Se puede auspiciar la salud individual (el componente biopsíquico) pero también el nivel organizacional (los servicios de promoción y prevención) y, por encima de todo, las acciones macrosociales: el papel de los gobiernos y organismos internacionales sobre problemas estructurales (empleo, paz, educación, agricultura, distribución de alimentos, protección del medio ambiente, explotación de recursos y otros con efectos sobre el bienestar.

Algunas acciones y recomendaciones, en la perspectiva de una *Agenda para la salud*, con base en autores nacionales e internacionales y en los problemas más críticos: Enfoque sobre los sanos y los procesos en áreas pequeñas, con participación intersectorial.

### Algunos contenidos y estrategias para la Agenda

Conforme con el anterior enfoque (Ashton), es posible delinear algunas acciones en una perspectiva más amplia que la impulsada en el país por las reformas de la última década, como lo insinuamos al principio:

- 1) La información y datos sobre la situación de salud pública, sobre desigualdades en salud, que llevará a la acción política tendiente a variar el comportamiento frente a los factores determinantes y causales de la salud (Información, Educación y Política).
- 2) La defensa de la salud, en tal sentido el papel de líderes y simpatizantes de la salud pública es crucial, el empoderamiento local, en cada escenario para la salud; enfrentar los intereses de otros grupos de la sociedad que afectan la salud, actuar sobre la pobreza, la distribución de la riqueza, los atentados contra el medio ambiente; la defensa de la salud pública debe ser tarea de todos, del gobier-

no a quien se le debe demandar su apoyo, de la sociedad civil, de la comunidad, de los salubristas, actuando para remover los determinantes de la salud.

3) La negociación de todos los actores y simpatizantes de la salud pública, planteada en una agenda que defina y desarrolle políticas con base en la concertación sobre unos términos de referencia y el apalancamiento del apoyo de otros organismos para la acción.

4) El desarrollo de políticas, es una acción de doble vía, no solo gubernamental sino de la comunidad y de los actores implicados en su ejecución.

5) La evaluación de dichas acciones, está dentro del ámbito de la formulación de políticas y de las políticas públicas de salud. Hacer planes estratégicos y monitorear los componentes del proceso.

Darle prioridad a los censores del contexto y a los factores determinantes. Hacer las cosas donde está la gente, basado en programas «horizontales» y considerando el interés de cada uno por la salud (verificación sobre la realidad propia. Valorar las intervenciones de promoción de la salud en una comunidad. Los problemas de salud pública relacionados con la inequidad entre los que tienen menos y los que tienen más, serán relevantes en la Agenda. Las políticas públicas de salud y del bienestar comunitario, deben garantizar la redistribución de los recursos. Trabajar sobre organizaciones comunitarias y grupos sociales, no basarse únicamente en el enfoque de riesgo. Conectar las políticas locales con las internacionales. Crear condiciones para que la gente mejore en salud y vida.

Para cumplir con tan importante cometido es necesario hacer «cabildo» y alianzas estratégicas, como lo recomienda la politóloga de salud norteamericana, Nancy Millio, manteniendo el tema de la salud en el escenario político y en la agenda de todos los actores, de quienes directamente tienen que ver con el sector salud pero fundamentalmente, de quienes están negociando problemas más trascendentales (la paz, planes de desarrollo) o, en el parlamento, corrigiendo el rumbo equivocado en materia social y estatal. En tal sentido, la política de salud, se entenderá como una serie de acuerdos sociales y políticos entre el Estado y la sociedad.

Referencias Bibliográficas:  
República de Colombia, Ministerio de Salud. Proyecto De Ley 156 Senado de la República, Santafé de Bogotá, 1999.

Ashton Y Seymour. La nueva Salud Pública. Liverpool, editorial Masson, S.A. p. p. 100-125

Restrepo, Helena. Políticas de salud y políticas públicas. En: Cartilla de seguridad social No 5 Medellín: FNSP/ U. de A., p. p 78-81

Millio, N. Búsqueda de beneficios económicos con la promoción de la Salud. En: OPS/OMS. Promoción de la salud: una antología. Washington, 1996.

Franco, Saul, Hacia una política nacional de salud pública. Medellín, diciembre de 1998.

### La Política Pública: un imperativo ético

Una política pública en salud, está concebida para lograr una mejor calidad de vida y se entiende, de acuerdo con el concepto defendido en el Congreso Nacional de Salud Pública en diciembre de 1998, como un "conjunto de decisiones estratégicas y acciones participativamente construidas e implementadas, mediante las cuales la sociedad bajo la dirección del Estado busca garantizar el logro de un determinado objetivo", para nuestro anhelo, el bienestar colectivo; incluye el desarrollo de potencialidades individuales y sociales, conjunto de acciones para la vida, condiciones de vida y ecoambientales propicias, soluciones a necesidades y a grandes problemas de salud pública.

Una política de salud pública debe estar articulada al concepto de desarrollo y al modelo específico del país; debe ser una ley marco de salud que incluya, claro está, el aseguramiento pero con una perspectiva más universal que la concebida en la ley 100 de 1993; debe fundamentarse en los principios éticos sociales de justicia, equidad, solidaridad, participación, entre otros; contemplará el espacio territorial y poblacional como referente para la salud y la asignación suficiente de recursos, además de pertinentes y adecuados; preconizará derechos a la vida, a la salud y a la atención sanitaria, además de incluir los deberes individuales y la garantía estatal; se basa en la promoción, la prevención pero también considera la curación y la asistencia individual, es vital

Las personas interesadas en este tema, que deseen compartir sus conceptos con el autor del artículo, pueden escribirle al E. Mail. afranco@guajiros.udea.edu.co

Gases Industriales de Colombia S.A.

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

CALL CENTER

# CRYLINEA

"Servicio Fuera de Serie"

9800 9 14300  
Fax  
9800 9 14003

ó a los siguientes Teléfonos:

373 69 50 (Medellin)  
405 1010 (Bogotá)  
669 30 39 (Cali)  
330 11 03 (Pereira)  
371 22 11 (Barranquilla)

OFICINA PRINCIPAL (054) 230 06 00

CRYOGAS

16

Según el informe presentado por el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, relacionado con la Colecta Pública, este año se obtuvieron \$22.625.000 que serán destinados a la construcción del área de hospitalización de la Unidad de Hematología y Oncología Pediátrica, que tendrá un costo de 1.500 millones de pesos.



## “Que se una la clase política por la salud de Antioquia”

Por Juan Carlos Ceballos  
Periodista

El doctor Gonzalo de Jesús Echeverry López, quiere que Antioquia recupere el liderazgo nacional en materia de salud, cree que es necesario fortalecer la red pública de hospitales; considera fundamental la mejora de los sistemas de información entre la Seccional y los hospitales y clínicas de Medellín; piensa que la clase política del Antioquia debe unirse para obtener los recursos que ayuden a solucionar el déficit económico que vive la salud del Departamento.

### ¿Cuáles son las acciones prioritarias de su gestión?

Primero, la consecución del dinero para evitar que el déficit de los meses de junio-julio sea tan drástico. También el objetivo es fortalecer la red pública de hospitales con pautas muy claras, para que en los gobiernos futuros perduren esas políticas.

De igual manera sabemos que no tenemos los recursos económicos, ni humanos, para hacer el acompañamiento en el proceso de

municipalización impuesto por las leyes 10 y 60. Como no podemos ir a cada uno de los municipios, trataremos de hacerlo por concentración, retomando el modelo de las regionales. En determinados hospitales se congregarán alcaldes, directores y gerentes de las Empresas Sociales del Estado.

### La Dirección Seccional de Salud de Antioquia se enfrenta a un déficit de 60 mil millones de pesos ¿Dónde conseguirá esos recursos?

La clase política del Departamento, los representantes y senadores, deben entender que el problema de la salud no es partidista. Si nos unimos, entre todos conseguiremos la financiación para el resto del año e inclusive, podremos dejar recursos para parte del que viene, de manera que el próximo gobierno no entre en crisis.

Tocaremos todas las puertas en Bogotá, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda, porque el déficit se está presentando por los recortes que el Gobierno hizo a todos los situados fiscales, y nosotros no somos la excepción. En el momento tenemos hospitales

en situación muy crítica, y si no les damos un respaldo económico, podrían cerrar, como el de Amagá y El Bagre, por mencionar sólo dos casos.

En las interventorías hemos detectado que los hospitales y clínicas están urgentizando a casi todos los pacientes para poder obtener recursos. Si nosotros pudiéramos enfocarnos en que lo electivo es electivo y lo urgente es lo urgente, podríamos tener un poco más de recursos y planear muy bien el manejo de ellos en el transcurso del año, pero la Dirección de Salud hace contratos por ejemplo de seis meses y vemos que se ejecutan en tres meses, porque los hospitales empiezan a urgentizar.

En el Departamento, dentro de la red de urgencias, le damos prioridad a la atención materno-infantil, enfermedades de alto costo, entre ellas el cáncer, y a la niñez hasta los 13 años, el resto para nosotros está en el rango de lo electivo. Obviamente hay urgencias que ya se salen de esta previsión ...

Ahora, cuando dicen que nos estamos demorando en los pagos a los hospitales y clí-

nicas, es que estamos haciendo la interventoría en la que nos encontramos que están urgentizando todo, entonces eso genera muchas glosas, se las remitimos, y a veces nos las devuelven y por eso hay demora, porque sólo se paga cuando la interventoría o la auditoría dicen que se puede pagar.

### Un tema que ha generado controversia, es la posición de la Seccional de Salud del Departamento, de no pagar la atención a los pacientes vinculados no identificados pues dejó esa responsabilidad a las IPS. ¿Por qué la Seccional tomó esta decisión?

La administración pasada fue la que tomó esa decisión y argumenta que fue una forma de regular las urgencias, porque en las interventorías y en las auditorías se dieron cuenta de que no había identificación de los pacientes. Con los directores de los representantes del Grupo de Clínicas y Hospitales de Medellín quedamos en que íbamos a hacer un reestudio que ya estamos adelantando.

En relación con lo de la identificación, hay que tener presente que es obligación de todos los municipios, de los departamentos, de sus dependencias de Planeación, y de la Registraduría Nacional, que todos los pacientes estén identificados, por ello, si a un hospital llega un paciente que no lo está y tiene una urgencia, la obligación de la institución es comunicarse con el municipio y éste deberá darle la identificación al paciente y si a partir de ahí a nosotros nos corresponde pagar esa cuenta, la pagaremos.

### En el fondo, el problema se agrava por la falta de información.

Por información única y exclusivamente. Yo estoy seguro de que vamos a solucionar esto en la brevedad del tiempo, porque a las IPS no les interesa devolver pacientes y a nosotros nos interesa que los atiendan. Simplemente es un asunto de información entre nosotros mismos.

### ¿Qué nos puede contar del montaje de la nueva infraestructura del sistema de información de la Seccional que dicen que servirá de modelo a todo el país?

En reciente visita a la Seccional, la Superintendente Nacional de Salud, doctora Inés Gómez de Vargas, quedó impresionada con el programa de información que estamos desarrollando y que hemos denominado SISA: Sistema de Información de Antioquia, que cuenta con una infraestructura, tecnología y personal, espectaculares. La Superintendencia nos va a pasar un software que diseñaron en el Ministerio para que lo complementemos con todo lo que aquí tenemos para ponerlo a funcionar en el país. Esta es otra manera de que Antioquia retome el liderazgo en salud, en el ámbito nacional.

IATM:  
23 cms x 17 cms.

CORPAÚL  
31 X 15.5 cms