

## Enfermedades Catastróficas La bomba del alto costo



Foto: Patricia Velásquez

En medio de los avances en materia de protección, las llamadas enfermedades de Alto Costo, Ruinosas o Catastróficas siguen desatando una polémica que rebota siempre en el mismo centro: la responsabilidad del pago. Y ese rebote estruendoso apenas si deja oír el adolorido diálogo en voz baja sostenido por numerosos seres humanos, que resultan lesionados en la mitad del duelo imperfecto de los actores de este sistema joven, en el que cada uno intenta sobrevivir a como dé lugar. Así sea mediante la conspiración abierta o sub-

terránea contra el principio fundamental: el servicio al enfermo. La frialdad, el tratamiento muchas veces censurable que se le da a los pacientes, constituye por sí sólo el signo gris de la mayor catástrofe: la pérdida de humanidad.

En relación con otros temas, hay que decir que son varios los aspectos que, en una primera exploración, aparecen de necesario examen. Para sólo mencionar algunos: los reaseguros y su no reconocimiento oportuno de los siniestros, sus controvertidos recobros y reembolsos; la selección adversa que

se hace desde diversos frentes -incluido el de los usuarios-, las coberturas, las primas de oportunidad, los períodos de carencia, las auditorías, la atención a pacientes -no sólo a los vinculados- y muchos otros que, como se verá más adelante, anuncian la complejidad de este mosaico de problemas que se detectaron en un sondeo inicial, no concluyente, efectuado por EL PULSO, con el ánimo exclusivo de permitir la expresión diversa sobre un tema trascendental. Así mismo, sin desconocer los aportes que se han hecho a la atención de estas enfermedades, algunas perso-

nas presentaron propuestas para mejorar el desempeño del Sistema. Entre ellas se sugiere la revisión del Plan Obligatorio de Salud -POS-, su actualización y la inclusión de algunas enfermedades que no son consideradas catastróficas, para sólo mencionar dos casos, la Artritis Reumatoidea y la Esquizofrenia. Con especial interés registramos también la solicitud de redefinir la asistencia de ciertas enfermedades hepáticas...en fin, más allá de la crítica se esbozan algunas iniciativas a cuyo análisis invitamos desde ya, para enriquecer futuras ediciones.

Debate Páginas 2,3,5,6 Y 8

## ¿Se acabó el Iva social?

Para un sector importante de la población pobre colombiana, el Iva Social -2.5% del Impuesto al Valor Agregado- representó desde el año de 1992, la posibilidad de recibir atención en salud. Es el caso de vinculados menores de 18 años, muchos de los cuales tuvieron tratamiento médico quirúrgico de siete enfermedades consideradas de Alto Costo, sólo entre 1996 y 1998 el Ministerio de Salud gestionó 425 mil millones de pesos. Ahora es incierto el futuro de este importante programa. Según el Jefe de la División de Salud de la Tesorería General de la República, Jaime Abril Morales, la ley ya no señala una destinación específica de estos recaudos del Iva. De acuerdo con información de la Contraloría General, la Reforma Tributaria, definida por la Ley 488 de diciembre de 1998 modificó el artículo 468 del Estatuto Tributario y dejó sin vigencia esta asignación para el año 2000. Los beneficios del Iva tuvieron réplicas en otros proyectos de acción social como el Plante, pro-



Foto: Patricia Velásquez

yectos de subsidio a pequeños productores campesinos; planes de vivienda social y servicios públicos, de bienestar para la infancia, promoción de las áreas comunitarias...En definitiva, existe preocupación por el posible freno a una estrategia que, a todas luces, representó para muchos la diferencia entre la vida y la muerte.

PÁG. 9

## La letra con cifras entra

Contundentes declaraciones de la Ministra de Salud

"Todavía permanecen por fuera del sistema cerca del 42% de los colombianos más necesitados. Existe desigualdad en los planes de beneficios; se vulnera el derecho a la libre escogencia y hay graves deficiencias en los sistemas de información, en la provisión de medicamentos y en los campos de promoción y prevención. Algunos de estos problemas pueden explicarse por situaciones de tipo exógeno, sobre las que el sector tiene muy poca maniobrabilidad, pero hay otras que son endógenas, y en ellas debemos concentrarnos." Apartes de la intervención de la Ministra de Salud, doctora Sara Ordóñez Noriega en el X Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sistemas Privados de Salud, realizado en Cartagena, el 20 de septiembre de 2000.

PÁG. 15

## Salud para los pobres: entre el derecho y la economía

En artículo del Centro de Investigaciones Económicas de la Universidad de Antioquia, se hace énfasis en que la creación más importante de la Ley 100 de 1993 fue el Régimen Subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud, con el cual se buscó asegurar la atención a las personas pobres. Con este propósito se diseñó un nuevo esquema para reconocer la población beneficiaria y definir el paquete de servicios al que tendrían acceso: el denominado Plan Obligatorio de

Salud Subsidiado, POSS. Además de las transformaciones institucionales requeridas, la Ley 100 dispuso de nuevos recursos. El Gobierno Nacional no ha cumplido con los aportes legales. ¿Qué pasará al declararse inconstitucional el artículo 34 de la ley 344 que define las proporciones del aporte gubernamental? Preocupa la posibilidad de que se reduzcan aún más los aportes del Gobierno y de que desaparezca la deuda del período 1997-1999.

PÁG. 7

## Fernando Botero Arte, generosidad y afecto



13

"Todo regalo verdadero es recíproco. El que da, no se priva de lo que da. Dar recibir son lo mismo". Estas palabras de Borges pareciera repetir las el artista Fernando Botero cuando con satisfacción sincera entregó a su país, no sólo una muestra de buen arte, sino una conmovedora prueba de genio y de bondad, la bondad sin adornos de un hombre generoso.

## Hospitales de la red distrital de Bogotá se fusionan

10

Como una salida a la crisis, el Distrito empezó la reestructuración administrativa que, según el proyecto presentado, busca más eficiencia y menos costos. Ante la probabilidad de despidos, Sindistritales insiste en que medidas como estas lo único que ocasionan es perjuicios.

## Mónica Giraldo Directo al corazón



11

Más de dos mil niños con cardiopatías han sido beneficiados con la asistencia médica y social de la Fundación Pequeño Corazón de Manizales. Apuntes para un perfil de su directora, la pediatra Mónica Giraldo, recientemente galardonada con el Premio Germán Saldarriaga del Valle.



## Sisa, Sistema de Información en Salud de Antioquia

12

La regulación de los servicios de salud se ha convertido en un tema de aceraada controversia, pues, por un lado ha significado un ahorro de 90 mil millones de pesos al Departamento pero, por el otro, el freno de centenares de autorizaciones para la atención de pacientes enfermos, hecho que ha desatado una ola creciente de tutelas.

## Medicina alternativa ¿Se incluirá definitivamente en el Sistema?



16

Desafiando prejuicios y rescatando la validez científica de esta práctica, numerosas personas proponen su integración definitiva al sistema de salud. De ser esto factible, se reclama un control mayor ya que, hasta ahora, es evidente la recurrencia del fraude.

## EDITORIAL No es tan simple

4

La denominación de Enfermedades Catastróficas no tiene nada que ver con los pacientes; no tiene nada que ver con las situaciones humanas, y esto es raro puesto que es un humano el que está enfermo; no tiene nada que ver con el entorno de la persona; no tiene nada que ver con su angustia y su preocupación, ni sus temores y miedos. Tampoco tiene nada que ver con la familia y lo que a ella le sucede por la enfermedad del paciente. La denominación de Enfermedades Catastróficas se refiere a dinero; a lo que cuesta manejarlas...Pero no, no es tan simple. En realidad hay más, muchísimo más detrás de una enfermedad que el mero costo de ella. Lamentablemente hoy, sólo hay soledad.

Según el informe de control de gestión de la Seccional de Salud del Quindío a septiembre 30 de 2000, luego del terremoto sucedido en enero de 1999, se realizó el «Proyecto de Reconstrucción Integral Sector Salud Quindío» que ha permitido, entre otras cosas, reconstruir dos hospitales, tres centros y 7 puestos de salud, relocalizar un hospital y reforzar otros dos. Otros cinco hospitales se han reparado, todo con un costo de \$11.549.000. Las obras han sido ejecutadas gracias a los recursos del seguro de algunos hospitales y a la ayuda económica de instituciones como el FOREC, la Fundación Compartir, el Ministerio de Salud, la Seccional de Salud Quindío y la Cruz Roja.



## Enfermedades Catastróficas o de Alto Costo

# La calculada manufactura de un enredo: ¿Quién paga qué?

Por Ana C. Ochoa  
Periodista

“Y que Dios reparta suerte” como dicen los toreros. Porque, a pesar de algunos logros evidentes en materia de protección en Enfermedades de Alto Costo, Ruinosas o Catastróficas, se corre el riesgo de resultar lesionados en medio del duelo imperfecto que protagonizan hoy los actores debutantes de un sistema joven, en el que a veces poco importa el ser humano y en el que algunos, con tal de salir bien librados de la batalla económica, utilizan armas de dudosa reputación. La más común y, tal vez la más arcaica: hacerse los ciegos frente a la responsabilidad del pago. Por no decir los locos, pues eso sonaría demasiado “catastrófico”. Pero antes de entrar en materias tan polémicas como las de los reaseguros, la desviación del riesgo, la selección adversa y otras más que serán exploradas en estas seis páginas de debate, vale la pena recordar que según cuentas holgadas, estas enfermedades cuestan unos 10.000 dólares al año por persona. Para mayor claridad de quienes no tienen cercanía con el tema, las enfermedades catastróficas están definidas como aquellas que “representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo-efectividad en su tratamiento”. Esto incluye radioterapia y quimioterapia para el cáncer, diálisis para insuficiencia renal crónica; trasplantes renal, de corazón, médula ósea y córnea; tratamiento para el sida y sus



Foto: Patricia Velásquez

complicaciones; tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central; tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénito; tratamiento médico quirúrgico para el trauma mayor; manejo del gran quemado; terapia en unidad de cuidados intensivos; reemplazos articulares.

### Reaseguros, polémica inacabada

La ley exigió que las aseguradoras contrataran un reaseguro para Enfermedades Catastróficas. En opinión del Jefe del Departamento de Cardiología Infantil de la Clínica Shaio, doctor Gabriel Casalett, la verdad es que en materia general de aseguramiento todavía se eluden responsabilidades de pago y se evitan, hasta donde sea posible, los costos elevados que suponen ciertas enfermedades. La auditora médica de Fresenius Medical Care en Bogotá, doctora Giomar Salgado, expresa además que los contratos de las EPS con las reaseguradoras son diferentes a los que se hacen con las IPS, lo cual aporta cuotas explosivas de divergencia. A su vez, la normatividad tiene diversas interpretaciones y las auditorías, tratándose de enfermedades de altísima especialización en su manejo, no siempre son efectuadas por personas idóneas, con capacidad de tomar las decisiones de manera rigurosa. Además con este mecanismo se esperaba, entre otras cosas, evitar la selección adversa. En evento internacional efectuado por la firma Solinsa sobre las Enfermedades de Alto Costo, el doctor Iván Jaramillo Pérez, consultor del Sistema General de Seguridad Social en Salud, comentó: “Una vez aceptada la obligatoriedad de la atención sin restricciones, sin preexistencias, sin exclusiones contractuales y sin copagos excesivos y, una vez configurado el nuevo mercado de los reaseguros por alto costo, el sistema ha debido luchar contra el mal comportamiento de las reaseguradoras, las cuales han tratado, por todos los medios, de no reconocer oportunamente los

des de pago y se evitan, hasta donde sea posible, los costos elevados que suponen ciertas enfermedades. La auditora médica de Fresenius Medical Care en Bogotá, doctora Giomar Salgado, expresa además que los contratos de las EPS con las reaseguradoras son diferentes a los que se hacen con las IPS, lo cual aporta cuotas explosivas de divergencia. A su vez, la normatividad tiene diversas interpretaciones y las auditorías, tratándose de enfermedades de altísima especialización en su manejo, no siempre son efectuadas por personas idóneas, con capacidad de tomar las decisiones de manera rigurosa. Además con este mecanismo se esperaba, entre otras cosas, evitar la selección adversa. En evento internacional efectuado por la firma Solinsa sobre las Enfermedades de Alto Costo, el doctor Iván Jaramillo Pérez, consultor del Sistema General de Seguridad Social en Salud, comentó: “Una vez aceptada la obligatoriedad de la atención sin restricciones, sin preexistencias, sin exclusiones contractuales y sin copagos excesivos y, una vez configurado el nuevo mercado de los reaseguros por alto costo, el sistema ha debido luchar contra el mal comportamiento de las reaseguradoras, las cuales han tratado, por todos los medios, de no reconocer oportunamente los

sinistros, o reembolsarlos a tarifas no remunerativas. Y lo que es más grave, han tratado de estimular la selección adversa de los enfermos de alto costo, invitando a las EPS y ARS a participar de las “utilidades” que produciría la supuesta buena administración del reaseguro (léase, buenas prácticas de selección adversa), llegando incluso a sobornar.”

En diversas entrevistas efectuadas por el PULSO, hubo coincidencia en la necesidad de repensar las funciones y los desempeños de las reaseguradoras pues estas, en repetidas ocasiones, no tienen familiaridad con las normas y los compromisos de la seguridad social en salud. Como se verá en opiniones registradas más adelante, una de las inconformidades más frecuentes es que las reaseguradoras asumen el riesgo transferido por las aseguradoras y no las desviaciones del mismo que puede generar la enfermedad. Y si se exceden los costos presupuestados vienen los problemas.

De otro lado, el doctor Virgilo Barco, auditor médico de Coomeva EPS, hace caer en cuenta en que, con respecto al reaseguro, las EPS están aprendiendo rápidamente de lo ocurrido en los primeros años, en donde el porcentaje de recobro a las reaseguradoras había sido muy bajo con respecto al valor de las primas pagadas. Además, enfatiza, es importante mencionar los altos costos financieros que implica para las EPS pagar las primas de reaseguro, luego pagar los eventos “catastróficos” a las IPS que los atienden para después iniciar un complejo trámite de recobro de estos eventos a la compañía reaseguradora. Se dice que, en el futuro, muchas EPS optarán por una especie de autoseguro, para evitar el torren-

## El inventario peligroso de la desatención Enfermedades hepáticas, en el sótano del sistema

“A pesar de mi gravedad y de la posibilidad real de morirme si no se atendía mi enfermedad a tiempo, tuve que esperar más de un año para que, después de muchos trámites, tutelas, solicitudes... pudiera ser trasplantado de hígado”, cuenta Jorge, un obrero de 35 años que, luego de bordear los abismos más azarosos de la enfermedad, hoy lleva una vida estable. Médicos como el doctor Gonzalo Correa, el doctor Juan Carlos Restrepo y todo un grupo de profesionales cuyos aportes no resisten el simple cálculo retratan hoy la difícil situación de las enfermedades hepáticas en un sistema de salud al cual, no obstante sus aportes, le ha faltado sensatez y sentido honrado de justicia a la hora de considerar las enfermedades hepáticas. Según el Doctor Juan Carlos Restrepo, médico internista y hepatólogo del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, contrario a lo que ocurre en otros países, en Colombia estas enfermedades están subvaloradas, al menos en términos de normatividad. Y a pesar de que se ha avanzado en el conocimiento científico y en la intervención eficaz de estas patologías, hoy no se autorizan tratamientos, por ejemplo, para las hepatitis crónicas por virus B o C, cuyo manejo es de alto costo. Los pacientes tienen que interponer acciones de tutela para recibir medicamentos como el interferón y demás. Y si estas enfermedades no se tratan, un gran porcentaje de estas personas puede terminar con cirrosis hepática o carcinoma hepatocelular. Alguien con cirrosis afronta muchas complicaciones que suponen costos elevados. Las coberturas son muy precarias. Concretamente frente a la cirrosis existen problemas para tratarla intrahospitalariamente porque, muchas veces, no se reconocen los antibióticos para las infecciones, en ocasiones por puro desconocimiento. Tampoco se autorizan fármacos como la albúmina, etcétera. Cuando estos pacientes hacen hemorragias digestivas y es necesario hacerles una ligadura de unas várices no se les reconocen, y sólo se aprueban tratamientos que científicamente se ha comprobado que no tienen la misma eficacia. El problema más grave es que, independientemente de que se le dé tratamiento para estas patologías, al paciente cirrótico necesita, después de haber hecho una complicación de estas, un trasplante que lo va a salvar. Desafortunadamente esto no se incluyó como una alternativa terapéutica, alegando que es experimental, aunque está aprobado en el mundo hace más de 20 años. Muchas veces el desconocimiento de quienes autorizan o no estos procedimientos es tan grande que, incluso, exponen de manera grave a la empresa para la que trabajan.” Y ahí es donde brillan con su terrible luz opaca las “verdades” de los equivocados.

te de dificultades que parecen multiplicarse sin control.

En el evento internacional sobre el tema de las Enfermedades Catastróficas, la médica Adriana Díaz Ramírez, de la Compañía Central de Seguros, identificó a su vez problemas claves del aseguramiento, específicamente en el régimen subsidiado. Los relacionados con la financiación del sistema, recaudo de prima, desconocimiento de la norma, ambigüedad en las coberturas, ambivalencia de conceptos, demora en la facturación por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, sobrefacturación de las IPS, reclamaciones tardías, falla en información para cotizar las pólizas, prima de oportunidad, falta de control de costo por parte de las ARS. Así también refirió como debilidades del aseguramiento de Enfermedades Catastróficas en el régimen subsidiado las siguientes: no realización de auditoría por parte de las ARS, cesión total del riesgo a la aseguradora, pobre control en las autorizaciones médicas, alto costo en salud de la ARS, cesión a aseguradoras de enfermedades de alto costo la responsabilidad de pago.

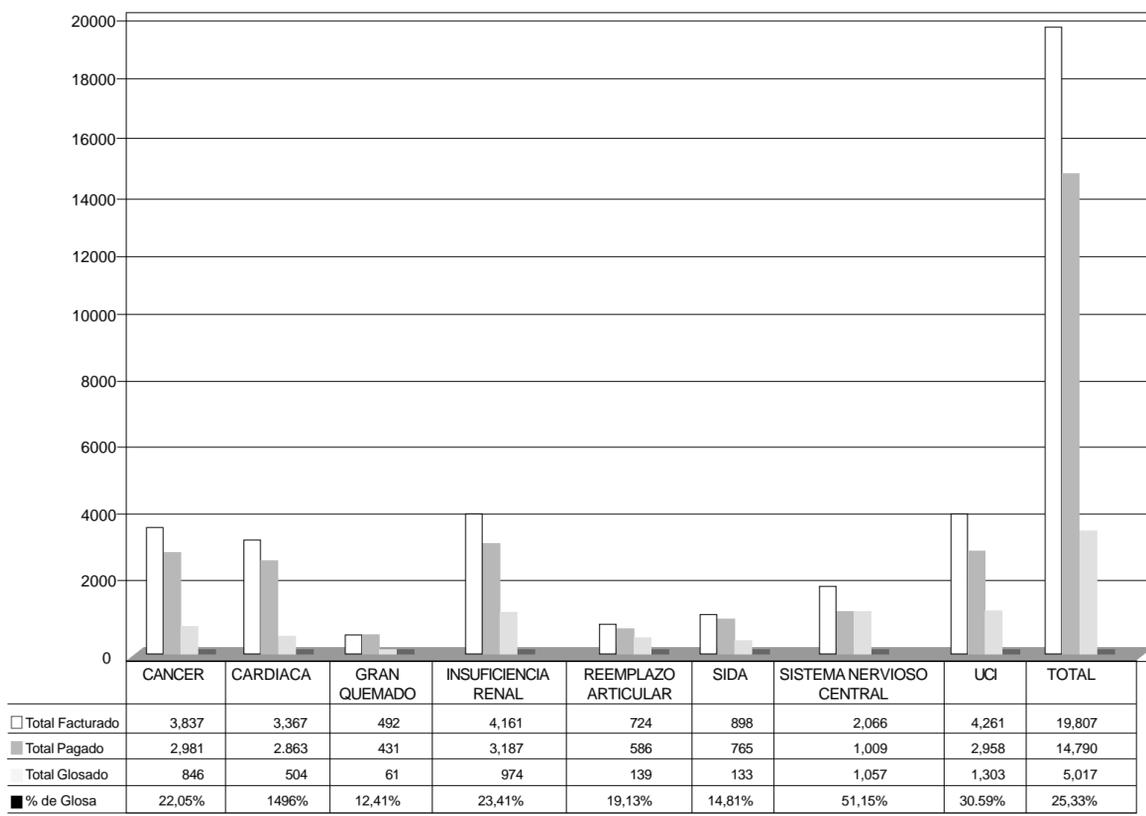
Haciendo un registro general de las inquietudes más recurrentes, conviene anotar que también existe conflicto con aspectos como los períodos de carencia necesarios para que el paciente reciba la atención; se insiste así mismo en la necesidad de definir las competencias de los diferentes actores; se presenta como urgente una solicitud de revisar el Plan Obligatorio de Salud, POS, los medicamentos, las coberturas, el manual tarifario; los contratos entre IPS, aseguradora y reaseguradora; la aten-

ción de urgencias de enfermedades catastróficas, la selección adversa que también hacen muchos entes territoriales y la que hacen algunos afiliados potenciales... A su vez se recomienda que se hagan las remisiones de los pacientes de manera oportuna, que se clarifique la atención a los vinculados, que se revise la clasificación que hace el Sisbén, que se fortalezca la auditoría, que se precisen los protocolos de manejos de alta complejidad y que, de una vez por todas, los encargados del aseguramiento se pongan de acuerdo en sus responsabilidades con el paciente para que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, no resulte asumiendo costos que no le corresponden.

Pero son mil puntas las de esta red de aciertos y fracasos, sobre la cual, en determinado momento, caerá inerte esa persona vulnerable que es el paciente necesitado de protección. Y a la hora de legislar o decidir sobre la suerte de estas personas, muchos deberían utilizar, al menos, la mecánica más sencilla de razonamiento: la de ponerse, por un momento, en la situación del enfermo. Y considerar que, en el futuro, ellos podrían estar en ese estado de indefensión. No hay que olvidar que la enfermedad y la muerte son las únicas seguridades que permite la vida. Un poeta sueco salió con un lenguaje salvaje a recordarnos eso: “en mitad de la vida, sucede que llega la muerte y toma las medidas de la persona. Esta visita es olvidada y la vida continúa. Pero el traje va siendo cosido en silencio”. \*

(\*)Tomas Tranströmer.

## Régimen Subsidiado. Facturación total por enfermedades.



Enfermedades

Médica Adriana Díaz Ramírez, Compañía Central de Seguros. Congreso Internacional Sobre Enfermedades Catastróficas, Solinsa.



Las implicaciones económicas y legales de la accidentalidad laboral en Colombia fue el tema del último Foro de Riesgos Profesionales, realizado en Bogotá. Según la Sociedad Colombiana del Trabajo, en el país se presentan alrededor de 100 mil accidentes laborales de los cuales 300 son mortales, con costos que podrían significar cerca del 4.5% del PIB. Los empleadores deben asumir cerca del 5.2% del costo pagado por los accidentes de trabajo, cantidad superior a la que deben pagar las ARP. Se registra un segmento importante de empresarios, microempresarios e industriales que desconocen beneficios de una efectiva política de prevención de estos accidentes y las sanciones que deben asumir por no reportarlos.

## Debate

Fundación Clínica Valle del Lili, Cali

### Es necesario revisar coberturas

Según información suministrada a EL PULSO por el doctor Martín Wartemberg, director médico de la Fundación Valle del Lili, "es evidente que la ley 100 ha puesto al alcance de muchas personas la posibilidad de ser atendidas. Gracias a los convenios de prestación de servicios que la Fundación tiene con el ISS, diferentes EPS privadas y ARS, personas que antes no tenían acceso a los servicios de salud reciben ahora asistencia. En relación con las unidades de cuidados intensivos, UCI, existe

una alta demanda por parte de pacientes, no sólo de Cali, sino del departamento del Valle y del sur occidente del país. En 1999 atendieron 2.244 personas en las UCI con un promedio de estancia de 4 días y mortalidad global del 8%.

Los principales inconvenientes para la atención en estas unidades se deben a la cobertura incompleta por parte de las aseguradoras. Los pacientes tienen protección proporcional a las semanas cotizadas. A veces las empresas re-

miten pacientes en críticas condiciones, autorizan su hospitalización y luego informan a la IPS que el paciente no tiene cobertura o la tienen parcialmente. Además, personas en las condiciones en que se encuentran en las UCI no son susceptibles de ser trasladadas a la red pública. Fuera de la condición compleja y de los problemas que puede causar un traslado, nos enfrentamos a la carencia de recursos de los hospitales estatales. Con mucha frecuencia la Fundación termina asumiendo la atención de

los pacientes de Alto Costo ya que sus familiares carecen de dinero para cubrirla.

Otro problema con que se enfrentan las unidades de cuidados intensivos, y que produce un gran desgaste administrativo y del grupo médico, es el desconocimiento de las empresas de los criterios y protocolos de manejo de los pacientes con enfermedades críticas que requieren atención de alta complejidad. La auditoría se hace con médicos generales que enfrentan sus criterios con los de los especialistas y con frecuencia tratan de imponerlos.

Es importante señalar también que en la región hay una oferta insuficiente de camas de unidad de cuidado intensivo. Con

relativa frecuencia se rechazan pacientes por falta de cupo en las UCI de IPS privadas y la disponibilidad de este recurso en los hospitales estatales es muy escasa, además, se afronta la carencia de elementos indispensables para la atención de los pacientes.

Vale la pena identificar otro obstáculo en el manejo de los enfermos: la remisión tardía. En muchas ocasiones esto ocurre por la presión de las aseguradoras para disminuir costos, lo que lleva a los médicos a mantener los pacientes en niveles de atención de menor complejidad y, al final, a remitirlos en condiciones críticas que hubieran podido evitarse con un traslado oportuno.

Igualmente, existen restricciones a la formulación de medicamentos. Hay varios que no están incluidos en el acuerdo 083 y que resultan esenciales para tratar a los pacientes con Enfermedades Catastróficas especialmente en las UCI y a los pacientes con sida. A pesar de que se ha establecido un mecanismo para que las aseguradoras recuperen esos costos a través del Fondo de Solidaridad y Garantía, este no es eficiente y las IPS terminan recibiendo presiones para no formularlos, o enfrentando trámites complejos y desgastantes para justificar su uso. Aunque, muchas veces, a pesar de las justificaciones las aseguradoras terminan negándose a pagarlos."

Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín

### "No se deben asegurar planes de beneficios, sino personas"

Expresa el doctor Juan Carlos Giraldo, Jefe de Contratación y Facturación del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín que es justo destacar la buena orientación de la Ley 100, que permitió una mayor protección a los pacientes con enfermedades de Alto Costo. No obstante, existen varios aspectos conflictivos de necesaria revisión a la hora de considerar el tema. De una manera sintética y, haciendo una primera exploración, referimos los siguientes:

1. Para empezar, sería válido insistir en que se deben asegurar no planes de beneficios sino personas.

2. Es necesario que al paciente se le brinde cobertura total en caso de enfermedad catastrófica, sin las limitaciones existentes hoy en día. Para lograr esa protección integral deben establecerse unos protocolos médicos aprobados por el Sistema. Es importante, además, revisarlos periódicamente para evitar que se desactualicen, pues ya se sabe de la gran velocidad a la que ocurren los cambios científicos.

3. Teóricamente lo que no incluye el plan de beneficios lo asume el Estado. Pero en este aspecto no existe mayor claridad y sería útil precisar los términos en que se puede hacer efectiva esa responsabilidad para que, en última instancia, la gente pueda acceder a los servicios. De lo contrario seguirá acudiendo a la acción de tutela para reclamar aquello a lo que, por razón de la ley, tiene derecho.

4. De otro lado conviene señalar como asunto controvertido el hecho de que existen algunos procedimientos importantes no cubiertos, es el caso de los trasplantes de hígado, de páncreas o de hueso, a diferencia de lo que ocurre internacionalmente, en países en los cuales estos enfermos tienen gran respaldo.

5. Otra dificultad la aportan los llamados períodos de carencia. Siendo una política de control sana en cierto sentido, debería tener flexibilidad. Si, por ejemplo, alguien se afilia y no se le comprueba sida, pero posteriormente resulta con el virus, el sistema debería asumir su atención.

6. En relación con las compañías de reaseguro, hay que decir que

en numerosas oportunidades estas desconocen las normas de la seguridad social y, en efecto, aplican aquella política del aseguramiento en otras áreas que consiste en pagar sólo cuando se comprueba el siniestro.

7. Hay que elaborar una legislación especial para que los reaseguradores se acojan a nuevas políticas, entre ellas, por cierto, las de restricción de conocimiento de la historia clínica, para brindar más confiabilidad al paciente. En las Enfermedades Catastróficas deberían establecerse, además, números únicos de registro de los enfermos, para proteger su intimidad.

8. En relación con la atención, es clave tener en cuenta que algunas aseguradoras han venido entrenando médicos generales en el manejo y seguimiento de pacientes con Enfermedades Catastróficas. Esto, que puede ser provechoso, también reviste un riesgo. Si no existen controles y acuerdos claros con los especialistas, se pueden generar fracasos en los tratamientos.

### Se debe renovar el Plan Obligatorio de Salud POS y estudiar los períodos de carencia.

Minsalud, Unidad Funcional de sida

### Cada siete minutos se infectan 20 jóvenes en el mundo

El doctor Carlos Hernández, director de la Unidad Funcional de sida del Ministerio de Salud, manifestó que tratándose de una enfermedad infecto-contagiosa, la mayor catástrofe es que no se puede controlar únicamente con una medida médica. El alto costo va más allá de lo económico porque se trata de una catástrofe humana, pues el sida pone en juego la especie misma. En Colombia, y teniendo en cuenta únicamente la población homosexual, hace unos años uno de cada 12 hombres homosexuales era portador del virus, ahora, a pesar de tantas campañas, uno de cada cinco homosexuales está infectado. Hay que hacer un cambio fundamental, prime-

ro que todo, en las relaciones de los seres humanos. El sida evidencia unas relaciones precarias, egoístas... ya no es raro ver familias enteras infectadas. Sobre la protección del paciente en el Sistema, el doctor Hernández identifica los siguientes aspectos básicos.

1. Aún existe discriminación para las personas con sida. Los llamados "vinculados" enfrentan un verdadero drama. En este grupo es en el cual el sida ha aumentado más. Hay muchos que tienen el virus pero no lo saben, pues no existe todavía acceso universal a la atención.

2. Existe una prueba fundamental para evaluar el curso del tratamiento: la Carga Viral. Esta no

está incluida en el POS Subsidiado.

3. De todas formas hay que reconocer que el POS Subsidiado es un colchón básico de seguridad que antes no existía.

4. Las EPS y ARS deben garantizarle a la gente un tratamiento integral, el Fosya es también clave y, si el funcionamiento del sistema mejora, la gente no tendrá que acudir a tutelas como único mecanismo de hacer efectivos sus derechos.

5. Hay medicamentos antirretrovirales con grandes especificidades que no pueden suplantarse por otros y que deberían incluirse.

Comfenalco

### Enfermedades de Alto Costo y su impacto en la salud del Sistema

Opinión del doctor Juan Gonzalo López, subdirector de Comfenalco EPS, Antioquia: "Las Enfermedades Catastróficas se caracterizan, entre otros aspectos, por su alto costo, la baja frecuencia de ocurrencia y la poca respuesta que tienen frente al tratamiento. Sistemáticamente, este tipo de enfermedades está aumentando su participación dentro del gasto en salud correspondiente al Régimen Subsidiado (algunas entidades han informado que el porcentaje para cubrir este tipo de eventos está por encima del 25% de los ingresos por UPC-S), porcentaje muy significativo para los presupuestos en el gasto en salud de las Administradoras del Régimen Subsidiado, si tenemos en cuenta que el Sistema General de Seguridad Social en Salud, definió que el peso porcentual de las enfermedades de alto costo en la estructura de la UPC-S, era del 19.5%.

Esta tendencia parece deberse a diferentes motivos, pero tal vez el más evidente es la selección ad-

versa que hacen los diferentes responsables de los entes territoriales con respecto a la afiliación a las ARS autorizadas de la población focalizada, trasladando usuarios vinculados con cargo a los subsidios a la oferta a las ARS, para favorecer y proteger los recursos disponibles en el ente territorial destinados para la atención de este tipo de afiliados. Esto ha concentrado la siniestralidad hasta el punto de poner en franco peligro a múltiples administradoras y reaseguradoras, afectando la viabilidad financiera no sólo de las entidades sino de todo el Régimen Subsidiado.

Si bien en el Contributivo se observa la misma tendencia en relación con el gasto, aunque no con la misma pendiente, los motivos son diferentes y se debe, principalmente, a la selección adversa que hacen los potenciales afiliados -trabajadores independientes, empresas temporales o empresas fachada- que buscan la atención a través de las diferentes EPS, pero evitan-

do al máximo cumplir con sus obligaciones correspondientes, un ejemplo de esto es el evasor que sólo se afilia en el momento de la enfermedad y que cuando su dificultad en salud se le resuelve decide nuevamente ser evasor.

Ante este panorama se hace urgente replantear la definición de este tipo de enfermedades y la forma de administrar su costo, para lo cual se debería crear un fondo único de orden nacional para reasegurar estos eventos, el cual permitiría redistribuir el riesgo entre toda la población colombiana, con una financiación garantizada a través de los aportes del Régimen Contributivo y de los regímenes de excepción, con los porcentajes que se definen de los subsidios de oferta y demanda, independientemente de su afiliación o no al Sistema General de Seguridad Social en Salud, proyectando efectos positivos sobre las EPS, ARS, ESS, IPS, Direcciones de Salud y, lo más importante, sobre todos los usuarios."

Positivos por la vida

### El sida, problema de salud pública pero también de hacienda pública

Según el director de Positivos por la Vida, Gustavo Campillo, esta ONG ha trabajado en diferentes ciudades del país en capacitación y asesoría a las personas desprotegidas, para que accedan de una manera eficaz a la seguridad social. Mientras se consolida esa protección se le brinda atención integral al paciente, lo que incluye, además de la asistencia médica, el suministro de medicamentos. Esta labor ha tenido comprobables aciertos, pero haciendo un ejercicio extremo de síntesis podría decirse que su mayor aporte ha sido el de ofrecer, no ayudas, sino soluciones. Integrar estas personas a un sistema de salud que pareciera impenetrable resulta fundamental pues, a pesar de los vacíos que tiene, éste representa una seguridad imprescindible.

En cuanto a aspectos problemáticos, está la interpretación de la normatividad, en ocasiones no coincidente entre los diferentes actores del Sistema. De otro lado, y en un sentido general, la limitante más grande que existe es la no renovación del Plan Obligatorio de Salud POS. El examen de Carga Viral, por ejemplo, resulta vital para un tratamiento certero. Se pueden incluir medi-

camentos nuevos, como el Convivir, que facilita el tratamiento porque agrupa varios componentes que, de manera independiente ya están el POS, y que inclusive, resulta más barato. Vale la pena planear entonces con principios de farmacoeconomía. Hay que analizar nuevamente también los períodos de carencia, pues ya se sabe que sólo con 100 semanas de cotización la persona puede recibir tratamiento. Esto afecta también a las aseguradoras ya que crecen las complicaciones del paciente y estallan los servicios de urgencias. La progresión de la enfermedad es inminente. Y es aquí cuando vienen las tutelas, por cierto falladas en un cien por ciento a favor del ciudadano. Muchas veces el médico mismo las sugiere. Y es que la posición del médico es la más compleja, pues afronta exigencias éticas con el paciente así como con la empresa para la cual labora. Esto también demanda una revisión. Se calcula que actualmente en Colombia existen 280 mil personas infectadas de VIH, de tal manera que las acciones deben ser certeras y con la contundencia de un compromiso real, que es lo único que garantiza que la batalla merezca la pena darse.

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.

## EDITORIAL

# No es tan simple

La denominación de Enfermedades Catastróficas no tiene nada que ver con los pacientes; no tiene nada que ver con las situaciones humanas, y esto es raro puesto que es un humano el que está enfermo; no tiene nada que ver con el entorno de la persona; no tiene nada que ver con su angustia y su preocupación ni sus temores y miedos. Tampoco tiene nada que ver con la familia y lo que a ella le sucede por la enfermedad del paciente. La denominación de Enfermedades Catastróficas se refiere a dinero; a lo que cuesta manejar la enfermedad del paciente.

¿No es catastrófico para el paciente y su familia, el cáncer, ni el sida, ni la insuficiencia renal, ni el reemplazo valvular, ni la cardiopatía severa? Desde el punto de vista del Sistema, son tan sólo enfermedades y no más.

Hemos conocido ya muchas encuestas de satisfacción de los usuarios del Sistema y todas dicen revelar que están felices. De verdad, no creemos que el Sistema de Seguridad Social sea tan bondadoso como se nos muestra en barritas de colores o en trazos quebrados siempre hacia arriba; no dejamos de reconocer, sin embargo, que la letra que configura su articulado, pretende ofrecer posibilidades para la gente. En otras palabras, es un sistema bien intencionado y como se dice, bien concebido pero con más fondo económico que humano. Conocemos personas, muchas personas - léase personas - que no son atendidas, si no que quedan registradas, esquematizadas y cuantificadas por sus enfermedades.

Largas esperas por una orden para cirugía de cáncer; días eternos pendientes de una autorización para exámenes; estancias que deben prolongarse por agotadores intentos una y otra vez de llegar al tejido para extraer siquiera una pequeñísima muestra a ver si así se cree que es cierto lo que la semiología aseguró que era un carcinoma; ires y venires de personas con insuficiencias renales que ven deteriorarse su estado en los trámites de una tutela; diligencias que nunca coronan los enfermos cardíacos ni con su último aliento, y en fin, sabemos a diario de muchísimas personas, incluso mentadas en estas mismas páginas, que no logran ni siquiera traspasar la puerta de los hospitales o de las clínicas. Y ellas no son precisamente las personas pertenecientes al llamado régimen vinculado, ni mucho menos; son afiliados al Seguro Social y a casi todas las EPS, personas que sufren, para ellos mismos y para sus allegados, su propia catástrofe.

Para el enfermo, nada queda arreglado con el registro en un archivo o en una planilla, ni con aparecer en pantalla ni con estandarizar o medir en grados o en pesos lo que cuesta su atención. Sólo el paciente sabe lo que se vive cuando se está terriblemente enfermo. No, no es tan simple. En realidad hay más, muchísimo más detrás de una enfermedad, que el mero costo de ella, máxime si se padece una de las equívocamente llamadas Catastróficas. Lamentablemente hoy, sólo hay soledad.

## Cartas a la Dirección

Doctor Julio Ernesto Toro Restrepo

Apreciado doctor Toro:

Ha sido muy grato para mí leer el periódico EL PULSO, el cual tuvo la oportunidad de conocer durante el Tercer Congreso de Mercadeo en Servicios de Salud realizado recientemente en Bogotá.

Como presidente de la Liga Contra el Cáncer del Meta, presento a usted un atento saludo de felicitación, extensivo a su equipo de trabajo, ante todo por el esfuerzo periodístico así como también por la diversidad y objetividad de los temas allí planteados. Además, le manifiesto mi interés en obtener información para poder recibir, en adelante, este periódico.

Cordialmente, Loreley Noriega

Presidente Liga Contra el Cáncer del Meta

Señores Periódico EL PULSO

Buen trabajo el artículo sobre la cuestión tan crítica de la salud mental. Esto demuestra una vez más el equívoco fundamento filosófico de la ley 100. Una visión reduccionista de la salud como negocio o como objeto de mercadeo y compra-venta necesariamente conduce a paradojas como las destacadas en este último número de El Pulso. Animo, hay que continuar tratando de elevar el nivel de conciencia de quienes quieran ser atentos a la verdad. Es increíble constatar que un buen sector de la medicina (también un gran sector de la sociedad) continúan en el engaño de la "buena inspiración" de la citada ley.

Sinceras felicitaciones. Y de nuevo: ¡Animo con tan importante tarea!

Carlos Alberto Gómez Fajardo, médico

Señores Periódico EL PULSO

Hemos leído con detenimiento esta edición (Septiembre) y queremos comentarles lo siguiente:

1. El papel del marketing en los servicios de salud deben ir más allá de las rentabilidades del capital y de la redención de la inversión. El rol fundamental es impactar en la población en aras de mejorar la calidad de vida y propender a aportar al desarrollo económico y social de cualquier país o Estado.

2. Debemos alertar al sector, a todos los organismos de vigilancia y control y al mismo Estado sobre la situación de la **Financiación del Sistema**, el papel de las administradoras y de las prestadoras con relación a las personas que están compensando al sistema, toda vez que si se sigue presentando ese desbalance en la financiación se puede generar un gran caos peor que el que tiene hoy el Seguro Social.

3. Las propuestas de la Capitación están muy interesantes y podemos aportar nuestro grano de arena en tratar de demostrar o no las mismas, así como los efectos de ésta, tal como lo plantea el articulista.

Bajo estos tres esquemas podemos hacer camino en nuestro sector. Sugiero que hagamos un puente de investigación y desarrollo con aquellas personas que podamos aportar y demostrar o no estas hipótesis.

Cordialmente, Luis Enrique Jaimes Muñoz.

Director de Mercadeo Clínica Las Américas

## Calidad y coherencia

Iván Darío Vélez Atehortúa

Sabemos que la improvisación y la mera intuición de un líder no son suficientes para trazar el camino suyo y el de sus seguidores o colaboradores, porque se cae en el grave riesgo de la "chambonería", término que hizo muy popular hace algunos años un ilustre expresidente de Colombia.

Tanto en la vida de las personas como en la de las empresas se requiere de instrumentos adecuados para la debida orientación, con el fin de alcanzar los logros propuestos. Es esta una disciplina que exige ganas, esfuerzo, tenacidad, constancia y una clara vocación de mejoramiento continuo.

Si bien es cierto que los instrumentos de orientación están al alcance de todos, también es cierto que ellos necesitan el diseño y el acomodo a las circunstancias de cada interesado; se requiere

un manejo correcto, una adecuada interpretación frente a las circunstancias y la maleabilidad necesaria para su permanente actualización, porque el medio es cambiante y el mundo avanza aceleradamente.

Para orientarse y llegar a la meta propuesta dentro del tiempo programado, no basta con tener una brújula y un mapa; es necesario saberlos manejar e interpretar y ejercer las acciones necesarias en concordancia con las circunstancias climatológicas que se presentan (temperatura, vientos, lluvias, etc).

Si trasladamos este ejemplo a la vida de una empresa, podemos decir que los instrumentos de orientación son su misión, su visión y sus valores y principios fundamentales y que su plan estratégico es el mecanismo para la correcta aplicación y manejo de esos instrumentos y para ejercer

las acciones necesarias, a la luz de las circunstancias y de lo que se encuentre en el entorno.

En el conocimiento y la coordinación de estas herramientas, radica el éxito del verdadero líder, quien debe capacitarse responsablemente y ejercer sus habilidades para cumplir cabalmente la tarea. Para tal efecto, lo primero que requiere es creer en ellos y aplicarlos también en su vida personal, para ser coherente y merecer la credibilidad de sus colaboradores inmediatos y de la comunidad en general.

Mal puede hablar de calidad o de honestidad en su empresa, aquel dirigente o funcionario que es irrespetuoso, incumplido, desordenado, irresponsable, negligente y amigo de las compenadas, los subterfugos y el mal trato a las personas y a la naturaleza.

Desafortunadamente vemos con alguna frecuencia una absoluta

descoordinación entre la misión, la visión, valores y principios de las empresas y lo que en ellas se practica, tanto a nivel personal como institucional. Se tienen como meros enunciados y casi como elementos decorativos en textos muy llamativos, elegantemente editados y colocados en lugares bien visibles, pero no constituyen la vivencia diaria de esas empresas y de su equipo humano, donde todos y cada uno están llamados a ejercer el respectivo liderazgo en su propio metro cuadrado.

En resumen, no basta con el protagonismo; son necesarias la sinceridad, la autenticidad y la sujeción permanente al mejoramiento continuo que con tanto énfasis se anuncia por parte de las empresas y de sus responsables.

¡Sin coherencia no puede haber calidad!

## No más afiliación (II)

Jairo Humberto Restrepo Zea

En enero del año en curso presenté una opinión, en este mismo espacio, en la cual me referí a un balance sobre la cobertura del aseguramiento en el Sistema de Seguridad Social en Salud y sus perspectivas, particularmente en el Régimen Subsidiado. En aquella ocasión señalé lo siguiente: "Si el gobierno y los miembros del Consejo quieren hacerle un aporte al país y no profundizar los efectos de la crisis actual, la fórmula está en sus manos: NO MÁS AFILIACIÓN".

Ahora, una vez conocí el informe anual del Consejo Nacional de Seguridad en Salud, encuentro que aquella afirmación no fue sólo una propuesta para reorientar los recursos públicos hacia la atención de la población vinculada; más bien, los resultados recientes permiten señalar que no ha habido más afiliación y, peor aún, que la estabilidad de la cobertura está seriamente amenazada, tanto en términos de la población cubierta como de los planes de beneficios a cargo de los recursos del sistema.

En efecto, si bien el informe del Consejo no lo reconoce como tal, la cobertura en el Régimen

Contributivo está estancada y solamente crece en términos de la ampliación del grupo familiar afiliado a las EPS en todo el país. Aparentemente, quienes elaboraron el informe de este año no conocieron el del año anterior o, por lo menos, no compararon las cifras que en el mismo se habían presentado con las registradas para 1999. Como ilustración, mientras el conjunto de la población compensada entre 1998 y 1999 apenas creció 1.1%, los cotizantes se redujeron en 2.7% y el grupo familiar aumentó de 2.31 a 2.4 personas por cada cotizante.

De manera similar, si bien durante 1999 se presentó un aumento en la cobertura en el régimen subsidiado, lo que significó cerca del 10% adicional a la que existía en 1998, la realidad muestra que además de haber sido un error dicha ampliación, la sostenibilidad de esta cobertura está amenazada. Por una parte, el informe del Consejo reconoce que estaría garantizada la cobertura para el período 2001-2003, pero este escenario "no incluye el análisis del impacto de la reducción de las transferencias municipales, ni el impacto de la reducción de los ingresos corrientes de la Nación

en el situado fiscal para el año 2001." Por otra parte, en el informe también se reconoce que "el aumento de la cobertura en el régimen subsidiado tiene serias limitaciones financieras, lo cual no permite garantizar en un corto plazo la universalidad de la cobertura".

En medio de este panorama, la nueva Ministra de Salud reconoció que este año no se cumplirá en el país la meta de cobertura universal establecida en la Ley 100, declaración que si bien puede resultar una verdad de perogrullo, resulta trascendental ya que proviene de la voz oficial más autorizada en la materia. Sin embargo, el pronunciamiento de la Ministra, como los alcances del sistema, sólo llegan a la mitad del camino. Parte del problema consiste en afirmar que la cobertura del sistema únicamente alcanza un 55% de la población y que no podrá lograrse el 100% en el año 2000. Pero otra parte muy importante, sobre lo cual existe poca información y es necesario ocuparse de ello para mejorar el conocimiento sobre la evolución del sistema, se refiere a las condiciones reales de esta población en cuanto a su acceso a los servicios de salud, al mis-

mo tiempo que se pueda dar cuenta de la situación del otro 45% de la población que no está asegurada.

Todavía es posible abordar el problema por su parte central y no seguir perdidos por las ramas: en el Régimen Contributivo es necesario preparar, y aplicar con experiencias demostrativas, alternativas para financiar la incorporación de la población de sectores informales e independientes sobre la cual no opera el mecanismo actual, es muy difícil ejercer una vigilancia real y existen grandes riesgos de exclusión. Por su parte, en el Régimen Subsidiado sigue siendo válido, como se dijo en enero, no realizar más afiliaciones y orientar los recursos hacia la atención de la población vinculada, disponiendo unos esquemas de pago a hospitales compatibles con planes de beneficios y criterios de eficiencia: "tal vez la afiliación pueda iniciarse en el mediano plazo, con un panorama más despejado, o incluso ésta ya no sea necesaria porque los pobres hayan desaparecido, los intermediarios hayan abandonado el negocio por falta de rentabilidad o se haya producido una reforma estructural."



Luego de consolidarse como el primer programa de enseñanza de enfermería con la expedición de la ley 39 de 1920, que establecía la enseñanza de Comadronas y Enfermeras en la Universidad Nacional de Bogotá, y después de 8 décadas de vida institucional, la Facultad de Enfermería celebra su cumpleaños realizando algunos eventos, entre ellos el III Congreso de Egresados, cuyo tema central es "Humanizando el cuidado con calidad científica". Actualmente la Facultad tiene bajo su responsabilidad la Secretaría Ejecutiva de la Red de Enfermería de América Latina y tiene convenios de cooperación interinstitucional con la Fundación W.K. Kellogg, la OEA y universidades americanas.

## Debate

### Clínica Shaio **Cardiología pediátrica: lecciones de buen servicio en medio de las restricciones**

En un sentido general, sobre el tema de las Enfermedades Catastróficas el doctor Gabriel Casalett, Jefe del Departamento de Cardiología Pediátrica de la Clínica Shaio en Bogotá, opina que el Sistema y, sobre todo las aseguradoras y reaseguradoras, evitan hasta donde sea posible pagar la atención de enfermedades de Alto Costo. En la normatividad existen limitaciones evidentes para la asistencia. Por ejemplo, a los niños de escasos recursos la seguridad social les cubre hasta el primer año de edad en un 100% pero, a partir de ahí, sólo les reconoce un porcentaje. Para alguien sin dinero pagar, supongamos, un millón de pesos es imposible. No obstante estas dificultades en la atención, programas de asistencia a me-

nores como el adelantado gracias al IVA Social, han permitido excelentes resultados. Numerosos niños pobres y de regiones apartadas han sido operados o, al menos, diagnosticados debidamente. Aunque, a decir verdad, estos beneficios del IVA Social han llegado a su fin. Se espera entonces que, por su indiscutible impacto social, el Gobierno vuelva a darle vía libre al programa. De ser así, sería preciso hacer algunos ajustes para evitar los tropiezos que se venían presentando. Es el caso de la falta de divulgación, la ausencia casi total de información a la comunidad sobre la posibilidad de atender a los niños de bajos recursos con

Enfermedades Catastróficas. Igualmente convendría mejorar las garantías de desplazamiento para los pacientes, pertenecientes tantas veces a poblaciones distantes de las capitales. Otro asunto delicado tiene que ver con el no suministro de los medicamentos. Una vez el niño sale de la clínica encuentra toda suerte de dificultades para seguir sus tratamientos. Por la imposibilidad de costearlos, muchas familias los suspenden, poniéndose así en peligro la salud del menor. De esta manera los logros obtenidos con esfuerzo se ven amenazados. Aparece también como aspecto crítico el suministro de oxígeno domiciliario para pacientes con

cardiopatías complejas, con hipertensión pulmonar etcétera. Por esto, y ante la imposibilidad de oxígeno ambulatorio, algunos permanecen hospitalizados más tiempo del que se requiere.

También sería importante redefinir la aplicación de la clasificación económica de los niños a través del Sisbén, pues en ciudades grandes como Bogotá se hace sólo sobre el nivel tres y muy pocas veces en niveles 0, 1 y 2 que son los que cubre el programa del IVA Social. Esta distorsión ha frenado las operaciones de muchos niños que las necesitan con urgencia.

### Clínica Medellín

## Explorando soluciones concertadas

El doctor Diego Muñoz, auditor médico de la Clínica Medellín, identifica como aspectos claves para un primer análisis los siguientes: la ley define estas Enfermedades como patologías de Alto Costo, poca incidencia y poco costo beneficio al final del proceso. Se ha encontrado que hay algunas que tienen altísimo costo y no están reconocidas como catastróficas. Y en cuanto a atención, existen casos manejados, no en unidades de cuidados intensivos sino en unidades especiales que, numerosas veces presentan costos elevados que no se cubren.

Otra dificultad aparece con los reaseguradores, los cuales no están lo suficientemente involucrados con los principios del Sistema de Seguridad Social. Sus esquemas de operación han puesto en situaciones muy difíciles a las Empresas Promotoras de Salud, haciendo particularmente tortuoso el sistema de pagos. A su vez, la Empresa Promotora de Salud deriva toda esa problemática hacia la Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS. Y vienen glosas por punta y punta: por parte de la compañía reaseguradora y por parte de la EPS. Cuando ellos no se ponen de acuerdo, quien sufre las consecuencias de tipo administrativo es la IPS. Adicionalmente las EPS contratan con el reasegurador cosas distintas a lo que contratan con las IPS. Y es entonces cuando vienen las facturaciones generadoras de conflicto.

Otra necesidad es definir los términos de la Enfermedad de Alto Costo. Por ejemplo en todo lo referente a la urgencia. Si un paciente que llega a una unidad de cuidados intensivos con un trauma severo, vienen las divergencias sobre si es o no urgencia, y entran también a discutirse los conceptos de períodos de carencia necesarios para que se brinde una atención completa.

También se deben clarificar las responsabilidades de las direcciones de salud y administradoras. Cuando estas no llegan a un acuerdo, es la IPS que ya ha asumido la atención quien queda perjudicada.

Pero volviendo al tema de los períodos de carencia, se sabe que para recibir atención a una enfermedad de alto costo debe haberse cotizado al sistema 100 semanas, y que esa antigüedad se traslada de EPS a EPS siempre y cuando no pasen seis meses. El tropiezo viene a la hora de la comprobación de los traslados de una empresa a otra. Si la persona no tiene las semanas cotizadas se establece que, si tiene capacidad de pago, cancelará de su propio bolsillo y, de comprobarse incapacidad para hacer el pago, este lo asume la dirección de salud. La comprobación de la capacidad de pago se hace a través del certificado del Sisbén, de niveles 1, 2 y 3. Esto supone un proceso adicional. Y cuando el paciente no tiene clasificación del Sisbén, se multiplica la dificultad.

De igual forma, las coberturas que se tienen con Alto Costo deben revisarse. Distintos medicamentos o insumos no siempre están incluidos. A pesar de que se le demuestra a las aseguradoras su necesidad, no siempre son aprobados. Y los comités técnico-científicos tienen muchas veces deficiencias. La idea es tratar de concertar entre las partes, sino es así la Institución Prestadora, que es la que ha prestado el servicio, resulta generalmente afectada.

### Comfama ARS **Revisar el reaseguramiento y otras recomendaciones para mirar con lupa**

En concepto de los doctores Ana Hilda Saldarriaga, Omar Perilla y Alejandro Peláez, existen enfermedades que deberían ser consideradas de Alto Costo, debido a su cronicidad, su manejo farmacológico y quirúrgico. Es el caso de la Hemofilia tipo B y la Artritis Reumatoidea.

Sobre otros aspectos, señalan:

- Si bien la Ley 100, en su artículo 162, parágrafo cuatro, define que "toda entidad Promotora de Salud reasegurará los riesgos derivados de la atención de enfermedades calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como de alto costo", se deben explorar otras formas de reaseguramiento, ya que, a la fecha, este reaseguro asume el riesgo trans-

ferido por las administradoras y no las desviaciones del mismo. Los reaseguros tomados por las ARS asumen la atención generada por estas enfermedades con unos deducibles bajos y unos techos de cobertura también bajos. Si estas patologías presentan desviaciones en su costo y exceden lo presupuestado, esta desviación no es asumida por el reaseguro y, en última instancia, es la aseguradora quien debe asumir el costo del siniestro. ¿Se está reasegurando el riesgo o sólo lo previsto o presupuestado?

- Otro punto crítico es que, los actores del Sistema hacen diferentes interpretaciones de la definición y cobertura de las Enfermedades de Alto Costo.

- El manejo de las enfermedades por parte de las IPS, debe tener criterios

claros de referencia, definidos en las guías de atención integral.

- Un aspecto importante tiene que ver con la valoración de las actividades contempladas en el plan de beneficios, definida en el decreto 2423 de 1996 como manual tarifario, que no especifica claramente las actividades inherentes a cada procedimiento codificado y da lugar a interpretaciones diversas entre administradoras y prestadoras de servicios. Tal es el caso de la estancia en unidad de cuidados intensivos.

- El sistema de información único, ha tenido dificultades en su funcionamiento. Sigue existiendo duplicidad de afiliaciones en población con Enfermedades Catastróficas, tanto en Régimen Contributivo como en Régimen Subsidiado. Igualmente, la información

estadística, fundamental para el conocimiento de los perfiles epidemiológicos en patologías de alto costo, presenta sesgos y falencias por la falta de políticas apropiadas por parte de los entes de dirección.

- Los entes reguladores y controladores del sistema tienen dificultades para exigir que se haga selección por priorizados y para evitar la selección adversa.

- Si bien es cierto que, a partir de la Ley 100 de 1993, el Sistema de Salud en Colombia sufrió una gran transformación, también es cierto que los recursos financieros disponibles son limitados y, por ello, se debe hacer una adecuada utilización de los mismos, con conceptos permanentes de universalidad y equidad.

*Las EPS hacen con los reaseguradores contratos de condiciones diferentes a los que hacen con las IPS. Y es entonces cuando vienen las facturaciones generadoras de conflicto.*



Foto: Patricia Velásquez

### Coomeva EPS

## Selección del riesgo y otros temas que disparan la polémica

Con base en lo observado en sus actividades de auditoría médica, el doctor Virgilio Barco Serna, de Coomeva EPS, comenta lo siguiente: En nuestra EPS los eventos Catastróficos o de Alto Costo han representado alrededor del 8% de los costos médicos totales, es de anotar que la estructura de la UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud estimaba este costo en un 5%.

Uno de los factores de mayor incidencia en este aumento de las Enfermedades Catastróficas en las EPS privadas lo constituye la deserción de pacientes con estas patologías en las aseguradoras públicas, en especial el ISS, generando una peligrosa "selección de riesgo" en contra de las otras EPS, quienes deben asumir los altos costos de estas enfermedades en pacientes que cotizaron muchos años al ISS.

No se ha respetado el "Régimen de movilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud" establecido por el decreto 1485 de 1994 (artículo 14) y decreto 047 (artículo 9) permitiendo el traslado de pacientes que padecen Enfermedades de Alto Costo en tratamiento y a quienes no se les ha brindado la atención requerida en su anterior EPS.

En el Régimen Subsidiado la "selección de riesgo" es aún más evidente pues, al parecer, en muchos de los municipios se agregó como criterio de identificación de beneficiarios no sólo el puntaje del Sisbén sino la presencia de patología catastrófica.

Con respecto al reaseguro las EPS están aprendiendo rápidamente de lo ocurrido en los primeros años en donde el porcentaje de recobro a las reaseguradoras a sido muy bajo con respecto al valor de las primas pagadas. Además

de lo anterior es importante tener en cuenta los altos costos financieros que implica para las EPS pagar las primas de reaseguro, luego pagar los eventos "Catastróficos" a las IPS que los atienden para después iniciar un complejo trámite de recobro de estos eventos a la compañía reaseguradora, proceso en el cual intervienen otros intermediarios que sólo dificultan y encarecen el proceso.

Creo que en un futuro muy próximo muchas EPS optarán por una especie de "autoseguro", creando fondos o provisiones para la atención de estas patologías, evitando el complicado proceso de reclamo a las reaseguradoras y la pérdida de dinero por glosas (eventos no reconocidos), además de costos administrativos generados por el recobro y los otros puntos ya anotados.

El cigarrillo aumenta hasta en 4 veces el riesgo de sufrir depresión y es la causa de que en el mundo 5 millones de menores de 18 años mueran en forma prematura por su uso, según un estudio realizado en el Hospital de Niños de Cincinnati, en Estados Unidos. Los investigadores encontraron que de cada 100 adolescentes que fumaban, 12 desarrollaban depresión en comparación de 4.8% de aquellos que no eran fumadores; la idea que las personas con depresión tenían tendencia a fumar para aliviar su estado de ánimo fue abolida y se concluye que es el cigarrillo una de las causas de esa enfermedad.



## Debate

Fresenius Medical Care

### Unidades renales, entre los vericuetos de las auditorías

Desde Bogotá, la auditora médica Fresenius Medical Care, doctora Giomar Salgado, sugirió que "para un mejor desempeño frente a enfermedades de tan altísimos costos, las EPS deberían contratar con el reaseguro -que es quien paga estas enfermedades- haciendo el mismo tipo de contrato que se efectúa con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS. Hoy en día quedan vacíos muy grandes, por ejemplo en lo relacionado con la hospitalización. Para mencionar un caso conflictivo se puede referir lo que se presenta con el paciente sometido a terapia renal cuando requiere hospitalización, no en cuidados intensivos sino en un piso corriente. El reaseguro no cubre esto. Y es en este momento donde se multiplican los padecimientos para los enfermos. No se les atiende oportunamente, se les pone en vueltas infinitas y, a todas luces, injustas.

En otro sentido, es necesario recordar una dificultad frecuente y es que muchas aseguradoras no cancelan sus obligaciones a las IPS. Esto tiene consecuencias negativas pues las Instituciones Prestadoras de Servicios, en numerosas oportunidades se ven obligadas a frenar las atenciones. Las IPS necesitan que se le retribuyan sus servicios, pues son tratamientos costosos que ellas no pueden asumir por su cuenta y riesgo.

Así mismo, para un mejor manejo de la Enfermedad de Alto Costo, sería muy positivo insistir en los ajustes a la cobertura de medicamentos. Si ya se sabe cuál es la terapia indispensable para manejar estas enfermedades, ella se debería incluir de una vez por todas dentro del Plan Obligatorio de Salud, POS. De esta forma se eliminaría la proliferación de trámites que se imponen de manera forzosa para

**Hace falta más calidad en la auditoría, sobre todo en áreas del alto conocimiento, donde se maneja una especialidad dentro de las especialidades.**

que el paciente reciba determinado tratamiento. En conclusión, el problema más frecuente es de dinero. Los ires y venires para definir quién paga, en ocasiones son interminables y perjudican al paciente.

En la parte de las auditorías existen auténticos laberintos. Nosotros no podemos esperar que sea un nefrólogo el que nos audite la cuenta médica, pero sí, al menos, un profesional idóneo, calificado y con experiencia. Existen muchas objeciones a las cuentas que se hacen por desconocimiento. Hay excepciones, pero si hace falta más calidad en la auditoría, sobre todo en áreas del conocimiento donde se maneja, como en este caso, una especialidad dentro de las especialidades.

Adicionalmente resulta clave recordar que a la población colombiana hay que hacerle programas eficaces de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Este trabajo está abandonado. Aquí no se entiende todavía que esto representa ganancia para todos."

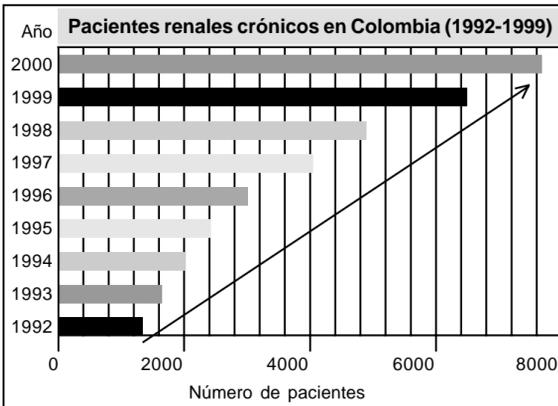
### El manejo de la Insuficiencia Renal Aguda Hacia una superación de la divergencia

Expresa el doctor José Martínez Salas, Jefe de Nefrología Infantil del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín y de La Universidad de Antioquia, que con mucha frecuencia pareciera existir una gran distancia entre las necesidades médicas y la interpretación de las leyes que pretenden proteger al paciente. Agrega que lo ideal es superar las divergencias de manera sensata para bien de todos, pues sólo mediante el funcionamiento adecuado del sistema los enfermos podrán tener el tratamiento eficaz y digno al que, por ley, tienen derecho.

Dentro de las enfermedades llamadas Catastróficas, la insuficiencia renal aguda es, en el campo de la nefrología, la principal entidad que debe tenerse en cuenta. Hay que anotar que esta no es una enfermedad primaria sino que, usualmente, es una complicación derivada de otras enfermeda-

des que por su gravedad inducen una lesión renal. Debe recordarse la importancia de la prevención, la detección precoz y el manejo oportuno de todo aquello que lleva a la insuficiencia renal aguda. En pediatría se han superado muchas cosas, por ejemplo, antes se consideraba que la diarrea era la causa más importante de la insuficiencia renal aguda, pero hoy existe un control importante. Infecciones graves, septicemias, shock secundario, trauma, entre otras, deben manejarse en forma adecuada para evitar la insuficiencia renal aguda. Frente a ellas es importante prevenir, tratar oportunamente, hacer un diagnóstico rápido, una remisión pronta. Si el tratamiento es tardío sólo se puede obtener una recuperación completa en el 50% de los casos. Es obvio que, además de la atención directa del paciente, se precisan los re-

ursos para hacerlo de manera provechosa, es el caso de los medicamentos, o, para mencionar un caso concreto, los antibióticos. Y como es de suponer, la atención correcta en un tercer nivel, la disponibilidad de una unidad de cuidados intensivos para manejar estos pacientes, son, entre otros, requerimientos básicos. En el Hospital contamos con todos estos recursos. Pero no ocurre lo mismo en otros lugares y, en el caso de que el paciente no sea remitido con prontitud, se corren graves riesgos. Es necesario que el sistema de salud sea riguroso en estas remisiones. Así como en la administración de los medicamentos, insumos...en fin, es ineludible la obligación de mejorar, de aclarar las responsabilidades, de ajustar los alcances del POS en función de las necesidades existentes y de atender a los pacientes con celeridad, pues la insuficiencia renal aguda no da espera.



Doctor Fernando Salgado Quintero, Renal Therapy Services RTS, en Congreso organizado por Solinsa.



### Medicáncer

### En caso de enfermedad, el tiempo es oro

Según la doctora Nancy Villamil, directora de Medicáncer, y los profesionales de su grupo de trabajo, los siguientes son aspectos que merecen revisión a la hora de evaluar la atención actual de Enfermedades de Alto Costo como el cáncer.

1. El proceso de reclasificación por el Sisbén para las personas pendientes de atención en salud puede demorarse varios meses. Esto hace que estas personas, cuando requieren algún tipo de tratamiento oncológico lo deben aplazar, con el riesgo de progreso de la enfermedad; o pagar como pacientes particulares los altos costos de estos tratamientos.
2. En Antioquia, el Crae-Centro Regulador de Atenciones Electivas- da respuesta a las solicitudes aproximadamente en cuatro o seis semanas. Esto implica demoras en exámenes que permiten la detección precoz y en los ciclos de tratamiento, ya

que los pacientes no pueden seguir un protocolo de quimioterapia para cada 15 o 21 días. Esto, además de suponer para el enfermo un tratamiento mal efectuado, significa para el Departamento una mala utilización de los recursos económicos.

3. Con frecuencia los pacientes deben asumir el costo de los medicamentos oncológicos utilizados para enfermedad crónica no neoplásica, pues el Régimen Subsidiado no tiene un canal claro de referencia para su reclamación.
4. Cuando las personas tienen adelantado un proceso de exámenes y poseen conceptos médicos de especialistas particulares, pero desean recurrir a la protección de la ley 100, deben recomenzar su proceso con la asistencia a un médico general, que tiene la función de canalizar todas las solicitudes pero que, en última instancia, aparece como un obstáculo y

un agente de retraso en el tratamiento.

5. Es común escuchar que el paciente no recibe atención oportuna porque su EPS "no tiene contrato", "no ha pagado"...
6. Los pacientes de Córdoba y Chocó que recurren a Antioquia como lugar de referencia, generalmente quedan desprotegidos por sus ARS, EPS, Direcciones Seccionales, porque hasta ahora ha sido difícil la realización de convenios interdepartamentales.
7. Los enfermos deben hacer grandes y frecuentes desplazamientos para llevar una orden, obtener autorización, reclamar un medicamento y acudir a una cita.
8. El funcionamiento administrativo de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, se hace muy difícil cuando se dan unas carteras con las EPS y ARS, que superan los 90 días.

### El cáncer del trámite El túnel sin fin de los pacientes vinculados

Comenta el doctor Adolfo León López, de la Sociedad Oncológica Antioqueña, que el manejo de las Enfermedades de Alto Costo en el sistema actual tiene todavía algunas deficiencias, sobre todo referidas a la falta de oportunidad en la atención a los enfermos. Son diversas las trabas para que se autoricen los tratamientos. El caso de los denominados "vinculados" es dramático. No siempre se aprueban los estudios diagnósticos necesarios, ni el suministro de medicamentos oncológicos que son, en su mayoría, costosos. Lo propio ocurre con las cirugías, estas se dilatan sin consideración con el paciente y es entonces cuando se pierden valiosas oportunidades de curación. Existen casos en que los tratamientos de radioterapia y quimioterapia se esquivan, mientras que la enfermedad se prolonga peligrosamente. y ni qué decir del suministro de la droga, tantas veces irregular. El Plan Obligatorio de Salud no incluye muchos medicamentos necesarios. En síntesis hace falta claridad en la operación del sistema y voluntad verdadera de servicio eficaz y respetuoso con los derechos de la gente.

### Propuesta combustible La esquizofrenia debe ser catastrófica



Según el psiquiatra Jorge Ospina la reglamentación de la Ley 100 es discriminatoria para este grupo de pacientes. Por esta razón, conjuntamente con la Asociación Colombiana de Psiquiatría, se ha elaborado un proyecto que propone incluirla como Enfermedad Ruinosa o Catastrófica en el Plan Obligatorio de Salud, POS. Según las consideraciones del decreto 1938 de 1994, esta enfermedad tiene las características necesarias para ser catalogada así pues representa una alta complejidad técnica en su manejo, tiene Alto Costo, baja ocurrencia y bajo costo-efectividad en su tratamiento.

### Nuevas definiciones





El pediatra Carlos Bernal y su grupo de investigación para el estudio de las enfermedades diarreicas, conformado por estudiantes de la Universidad de Antioquia, ganaron el premio Colsubsidio durante la segunda bienal internacional que realizó esta institución. El proyecto pretendía demostrar que el suero "con más baja osmolaridad" puede detener la deshidratación, ya que generalmente se ha utilizado para prevenir y tratar la deshidratación no para disminuirla. Los grupos de niños analizados no tuvieron problema con más bajas concentraciones de sodio, potasio y glucosa y efectivamente disminuyó su deshidratación. La premiación y exposición de los proyectos que participaron se realizará entre el 30 de noviembre el 1 de diciembre.

## OBSERVATORIO

# Salud para los pobres: entre el derecho y la economía

Jairo Restrepo Zea, Sandra Rodríguez Acosta, Verónica Salazar Restrepo  
Centro de Investigaciones Económicas Universidad de Antioquia

La creación más importante de la Ley 100 de 1993, enmarcada en el propósito fundamental de garantizar el acceso universal a los servicios de salud y de la cual no se presentan antecedentes internacionales, se refiere al Régimen Subsidiado del sistema de seguridad social en salud, con el cual se buscó asegurar la atención en salud a las personas pobres en Colombia. Con este fin se diseñó un nuevo esquema para reconocer a la población beneficiaria y definir el paquete de servicios al que tendrían acceso, el denominado Plan Obligatorio de Salud Subsidiado -POSS-.

binación de aportes, provenientes unos de las cotizaciones (solidaridad parafiscal) y otros del presupuesto nacional (solidaridad fiscal). Sin embargo, en la propia ley se diferenciaron dos períodos que, a la postre, llevarían a que el Gobierno "se bajara del tren". En efecto para 1994-1996 se establecieron aportes obligatorios, el denominado *paripassu*, equivalentes a la suma de lo aportado por el punto de cotización y las cajas de compensación. Por otra parte, a partir de 1997 se iniciaría un período de libre elección, ya que la Ley 100 sólamete estableció que los aportes del Gobierno "podrán" ser iguales al punto de cotización en cuyo caso éste sería el *paripassu*.

En cambio, la Ley 344 de 1996 fijó un límite mínimo para dichos aportes, equivalente al 50% del punto de cotización en 1997 y al 25% a partir de 1998. Esta Ley fue promulgada en el marco del ajuste fiscal cuyo discurso se ha hecho permanente en el país y que, en sentido negativo, buscaba reducir la responsabilidad teórica del Estado para contribuir a la financiación de la seguridad social y, en un sentido objetivo, apuntaba a garantizar un mínimo de recursos que la Ley 100 no aseguraba para tal fin a partir de 1997.

### Más plata para salud

Además de las transformaciones institucionales a que habría lugar, en especial la conformación de unas entidades administradoras / ARS la carnetización de la población y la aplicación de los recursos a través de subsidios a la demanda, la Ley 100 dispuso de nuevos recursos, que corresponden a cerca de un billón de pesos del año 2000, para financiar la afiliación de la población pobre.

### ¿De dónde?

Las dos fuentes más importantes, que aportaron aquel maravilloso monto al sector salud y hoy representan más del 70% de la financiación del Régimen Subsidiado, se refiere a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía y a la asignación forzosa de las transferencias a municipios para inversión social. La Subcuenta de Solidaridad basa sus ingresos en un punto de los doce que, como porcentaje de sus ingresos, cotizan las personas pertenecientes al régimen contributivo, de los aportes de la nación y de los aportes de las cajas de compensación.

### El Gobierno ... ¿Mamola?

El esquema financiero dispuesto en la Ley 100 planteaba una com-

### Principales fuentes de la subcuenta de solidaridad 1994-1999 (millones de \$)

Año	Solidaridad RC	Cajas de Compensación	Aportes del Gobierno Nacional				Deuda Ley-Real
			Ley 100	Ley 344	Real (\$)	Real (%)	
1994	32,592	27,114	59,706		48,500	81%	59,706
1995	198,920	36,558	235,478		70,000	30%	235,478
1996	201,454	45,069	246,522		84,678	34%	246,522
1997	254,359	52,373		127,180		0%	127,180
1998	310,107	53,286		77,527	70,239	23%	7,288
1999	384,051	59,897		96,013	52,865	14%	43,148

Fuente: Informe del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 1997 - 2000 Fondo Solidaridad y Garantía. Ejecución presupuestal 1997

Notas: Para 1994 - 1997, el aporte legal es igual a la suma de las dos primeras columnas.

Para 1997-1999, el aporte legales de un 50% del valor de la primera columna en el primer año y posteriormente, del 25%. La deuda del primer período fue reconocida mediante fallo judicial; la del segundo, no existe al desmontarse la ley 344.

minos económicos y políticos puede generar resultados muy diferentes.

### Lo económico

En términos económicos se observa que de 1994 a 1996 el gobierno no cumplió con sus aportes y esto provocó una deuda de \$ 541,907 millones de pesos durante ese período, producto de la diferencia entre el aporte teórico y el aporte real cubierto por el presupuesto nacional (Ver cuadro). Esta deuda fue reconocida mediante fallo de la Corte Constitucional SU-480-97 y existe el compromiso de pagarla con amortizaciones anuales hasta el año 2005, pero en realidad parece que no se está cumpliendo con ello, o bien, se estaría asumiendo que los pagos realizados a partir de 1998 corresponden a dicha deuda y, en consecuencia, no habría aportes nuevos en este período.

A partir de 1997, comienza a regir la ley 344 y el gobierno tampoco cumplió con sus aportes, generando una deuda adicional que hoy significa unos \$ 240,000 millones. El caso más particular se refiere a 1997, cuando no se realizaron aportes, justificado supuestamente por la transición entre lo contenido en la Ley 100 y la nueva norma.

Si se analizan los aportes de los años siguientes, cuando según la 344 éstos no podrían ser inferiores al 25% del punto de cotización, se observa que para 1998 el aporte realizado fue de \$ 70,239 millones, correspondiente al 23% del punto de solidaridad; para 1999 fue de \$ 52,865 millones, correspondiente al 14%. En cambio, estas cifras se encontrarían en perfecta concordancia con lo dispuesto en la ley 100, pues como se mencionó, esta última sólo define que podrá ser igual a un punto de la contribución del punto de solidaridad, de manera que da igual que sea del 23% o del 14% como sucedió.

### Conclusiones:

- La Ley 100 logró adicionar recursos muy importantes para financiar la salud de los pobres en Colombia.
- El gobierno nacional no ha cumplido con los aportes legales, llegando en promedio a cubrir solamente un 50%.
- El regreso a lo dispuesto en la ley 100, al declarar inconstitucional la 344, puede traer efectos negativos al reducir aún más los aportes del gobierno y, por esta vía, desaparecería la deuda del período 1997-1999.

### Historia jurídica de los aportes del gobierno

#### Ley 100

Artículo 221. Financiación de la subcuenta de solidaridad: a) Un punto de la cotización de solidaridad del régimen contributivo (art 203). b) El monto de las cajas de compensación familiar (art 217). c) Un aporte del presupuesto nacional de la siguiente forma: 1) En los años 1994, 1995 y 1996 no deberá ser inferior a los recursos generados por concepto de los literales a) y b). 2) A partir de 1997 podrá llegar a ser igual a los recursos generados por concepto del literal a) del presente artículo.

#### Ley 344

Artículo 34. El numeral segundo del literal c) del artículo 221 de la ley 100 de 1993 quedará así: - A partir de 1997 podrá llegar a ser igual a medio punto de la cotización del régimen contributivo. - A partir de 1998 no podrá ser inferior a un cuarto de punto de la cotización del régimen contributivo.

#### Sentencia C-1165/00

Resuelve: Declárase INEXEQUIBLE el artículo 34 de la Ley 344 de 1996.

#### Decreto 955 de 2000

Artículo 30. La Nación podrá realizar aportes para la financiación del régimen subsidiado en salud, de acuerdo con las disponibilidades financieras.

jairo@catios.udea.edu.co



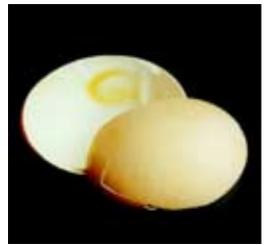
### LAVADO INSTITUCIONAL ESPECIALIZADO

- PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES:  
Lavado y asepsia de ropa quirúrgica y de hospitalización.
- PARA HOTELES, RESTAURANTES, CLUBES Y SIMILARES:  
Lavado de ropa blanca y de color.
- ALQUILER DE DOTACIONES PARA SU INSTITUCIÓN.
- RECOLECCIÓN Y ENTREGA A DOMICILIO LAS 24 HORAS DEL DÍA.
- DISEÑO, MONTAJE Y OPERACIÓN DE LAVANDERÍAS.
- PROYECTOS DE LAVANDERÍA "LLAVE EN MANO".



Conmutador: (4) 381 22 11 Cl. 25A No. 43B - 61 Fax: (4) 26242 54

El uso de Mifepristona o RU-486, la píldora para el aborto legalizada hace días en EEUU, es común desde hace años en 13 países europeos, entre ellos Francia e Inglaterra. La Oficina Reguladora de Drogas y Alimentos de Estados Unidos, FDA, la aprobó luego de realizar entre 1994 y 1995 ensayos clínicos a 2.121 mujeres donde se comprobó su eficacia en el 92% de los casos. Su uso también es respaldado por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología.



## Debate

Viene de la página 6

### Artritis reumatoidea

## Debería considerarse Enfermedad de Alto Costo

Por Olga Lucía Muñoz L.  
Periodista

Por ser una enfermedad invalidante, tener altos costos en el tratamiento médico y quirúrgico, acortar la vida y restar la calidad en forma acelerada, por el notorio aumento de la tasa de mortalidad, la poca cobertura en atención a la población afectada y por el cubrimiento apenas parcial autorizado en los tratamientos, la Asociación Colombiana de Reumatología sostiene que la artritis reumatoidea (AR) debería ser incluida dentro del POS como una Enfermedad de Alto Costo.

Afirman los expertos de la Asociación, que generalmente se piensa que la AR es una enfermedad molesta, pero no invalidante; sin embargo, los dolores, las inflamaciones o deformaciones que produce, obliga a un alto número de pacientes a perder o abandonar sus puestos de trabajo: del 43 al 85% de ellos son incapaces de trabajar 8 a 11 años después del comienzo de la enfermedad, con un 27% de personas discapacitadas dentro de los primeros 3 a 5 años. Y es alarmante que después de 4 años de padecer AR, por lo menos el 40% de la población termina incapacitada, y que sea la quinta causa de incapacidad laboral definitiva entre la población femenina colombiana.

Además, el hecho de que muchos pacientes no reciban a tiempo el tratamiento adecuado, acelera la muerte prematura: en general, la prevalencia de mortalidad por AR es el doble del esperado, y los pacientes con enfermedad severa

presentan una probabilidad 4.4 a 7.5 veces mayor de morir dentro de los 5 primeros años de sufrir la enfermedad, que los que padecen AR más leve; los pacientes con AR viven en promedio 10 años menos que la población general, y su sobrevivencia a 10 años es similar a la de pacientes con enfermedad coronaria de 3 vasos y de enfermedad de Hodgkin. La vida se acorta por muchas dolencias, pero particularmente por las infecciones, malignidades sanguíneas, enfermedades cardiovasculares y complicaciones asociadas con los tratamientos, sin contar con la necesidad de procedimientos quirúrgicos como la cirugía de reemplazo articular, que muchas veces no se hace por falta de recursos o imposibilidad de acceso al servicio.

Aunque la AR ataca más frecuentemente a personas entre 30 y 50 años, también puede presentarse en niños y ancianos, y las mujeres tienen un 75% más de probabilidad de padecerla que los hombres -en una proporción de 3 mujeres por cada hombre- afirmó el reumatólogo Luis Alberto Ramírez Gómez.

Por su parte, el también reumatólogo Oscar Uribe Uribe, explicó que la AR es una enfermedad progresiva discapacitante, con alto grado de mortalidad y morbilidad: es de las más frecuentes en el mundo, con un índice del 1% de toda la población, sin diferencias geográficas, étnicas o socioeconómicas, y con una tasa de mortalidad tan alta que se equipara en algunos casos con las enfermedades malignas de la sangre como los linfomas, y de la circulación como las insuficiencias coronarias; además, los pacientes incurrir en alti-

simos costos laborales, al perder su capacidad productiva en tiempo relativamente muy corto, que de no manejarse adecuadamente, lleva incluso a la incapacidad total.

Agrega el experto, que al no existir una manera específica de evitar la enfermedad porque no se conoce a ciencia cierta la causa última, se debe entonces trabajar en la prevención e intervención del desarrollo de las alteraciones físicas, psicológicas y sociales que la enfermedad produce, mediante diagnósticos precoces y difusión masiva del conocimiento de la enfermedad, para que se consulten los especialistas a tiempo. Pero lo más urgente, el problema más grave, enfatiza Uribe Uribe, es la falta de tratamiento adecuado en materia de medicamentos, terapias y apoyo interdisciplinario, que no está contemplado dentro del POS.

Los tratamientos tempranos y agresivos, que combinan terapias individuales con nuevos medicamentos, permiten no sólo controlar el dolor y la inflamación, sino el daño en las articulaciones y otros órganos, para preservar las funciones físicas, laborales, sociales, psicológicas y sexuales de los pacientes. Estas ayudas deben prestarse necesariamente por expertos y en centros especializados, lo que origina altos costos en el tratamiento, y repetimos, no están incluidos dentro del POS.

Reconoce Uribe Uribe, que el sistema de salud no tiene cobertura total para la población afectada, y que si bien una bondad de la Ley 100 fue aumentar esa cobertura del número de pacientes con AR, existen todavía muchas fallas en el modelo de atención, que los obligan a reclamar protección del Estado; pueden acudir a algunos centros hospitalarios que tienen servicios de reumatología, pero allí se encuentran con dificultades intrínsecas, tanto en la clasificación como en la aplicación del seguro, que hacen que una población importante se quede por fuera del servicio requerido. Tampoco existe una política gubernamental clara que agrupe el tratamiento de las enfermedades crónicas, y las enfermedades reumatológicas no estarían solamente dentro del grupo de las crónicas discapacitantes, sino dentro de las enfermedades de alto costo, porque ambas categorías se caracterizan por generar gastos onerosos, que casi todos los Estados del mundo están en dificultad de cubrir.

Concluyó el reumatólogo Luis Fernando Pinto Peñaranda, que existe entonces la necesidad urgente de difundir la trascendencia y severidad de la enfermedad, para que se diseñen políticas de aumento de cobertura de la población afectada y del tratamiento mismo; es necesario entonces, divulgar los tratamientos más adecuados, pero es aún más importante, lograr que la artritis reumatoidea sea definida dentro del POS como una enfermedad de alto costo, al igual que sucede con el Sida, los problemas renales o hepáticos y los casos de trasplantes. Específicamente, que los pacientes afectados se puedan beneficiar de los desarrollos científicos a los que hoy no tienen derecho ni acceso, porque se ha comprobado que mediante nuevos medicamentos y nuevas terapias, muy costosos infortunadamente, se puede modificar la historia de la enfermedad en Colombia, si se incluyen dentro de los planes de salud obligatorios; además, se evitaría el tener que estar recurriendo a batallas legales contra el sistema o las instituciones de salud para exigir esos tratamientos adecuados.

## Falta definición, dicen las reaseguradoras

Por Olga Lucía Muñoz L.  
Periodista

En una suerte de *joint venture* o riesgo compartido entran a jugar las EPS y las reaseguradoras cuando de cubrir Enfermedades de Alto Costo se trata. Para proteger las finanzas de las EPS y evitarles un posible descalabro económico en caso de que entre sus afiliados se presenten las llamadas "Enfermedades Ruinosas o de Alto Costo", la Ley 100 en el parágrafo 4° de su artículo 162, contempla que toda entidad promotora de salud "reasegurará los riesgos derivados de la atención de enfermedades calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social como de Alto Costo".

Dado que la Ley 100 no permite a las EPS aplicar las preexistencias a sus afiliados, no se requiere que estos renuncien a ningún tipo de enfermedad para ingresar a la EPS, por lo que ésta debe prever el riesgo de que se presente una Enfermedad de Alto Costo, como cáncer, sida y procedimientos como trasplantes, diálisis, etcétera. La EPS entonces, "se cura en salud" mediante la toma de un reaseguro, cuyo costo de prima está incluido en la UPC.

El proceso del reaseguro de Enfermedades de Alto Costo entre EPS y reaseguradoras adquiere diferentes formas y trámites según la compañía aseguradora, pero en esencia se trata de que la EPS asuma los costos hasta determinado valor, y de ahí en adelante empieza a cubrir la reaseguradora, siempre y cuando se demuestre que se trata de una Enfermedad Ruinosa o de Alto Costo. El tope del cubrimiento está determinado según la póliza tomada por cada EPS, que puede ser bastante variable; en éste punto empiezan a presentarse las dificultades, porque al decir de las reaseguradoras, algunas pólizas tienen cubrimientos muy bajos, que al final perjudican al paciente afectado.

Para cubrir el riesgo del reaseguro de Enfermedades de Alto Costo a EPS y ARS, la reaseguradora a su vez toma un reaseguro con alguna de las llamadas reaseguradoras de solidarías, casi siempre extranjera, configurando así en última instancia, una cadena de seguros. Además, en su calidad de empresa aseguradora, delega la atención de los casos de Enfermedades Ruinosas, generalmente en los encargados de las Pólizas de Personas, asesorados por directores o profesionales médicos contratados. Para apreciar algunas situaciones que se vienen dando en el reaseguramiento de las Enfermedades de Alto Costo, El Pulso consultó dos compañías, Colseguros y La Previsora.

### Colseguros

Los directivos regionales en Antioquia, consideran que se ha desvirtuado el concepto de Enfermedad de Alto Costo, porque existen tipos de cáncer -considerado de Alto Costo- cuyo tratamiento puede valer sólo un millón de pesos, mientras que una fractura, no considerada de Alto Costo, puede demandar tratamiento bastante elevado en casos como fractura de cadera o de tibia, que necesiten varias intervenciones y ayudas.

Entre las dificultades que ha registrado Colseguros en el proceso, están:

- El principal problema es el estancamiento del flujo de recursos, porque el dinero se queda en alguno de los agentes del Sistema. En las EPS o ARS, o en los municipios o departamentos que retienen aportes del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, del situado fiscal o de las transferencias o ingresos corrientes de la Nación. Ello origina atrasos en pago de primas y el riesgo de que en caso de una eventual Enfermedad de Alto Cos-

to, el reaseguro no pueda entrar a cubrir.

- Demoras en pagos de afiliación o de primas, que les ha acumulado mucha cartera.

- Falta de clasificación clara de las Enfermedades de Alto Costo en el régimen subsidiado.

- Falta de control en acceso al Sistema.

- El manejo de bases de datos no actualizadas y sin reporte de novedades.

- Atraso reiterado en pagos a los hospitales y las ARS.

Para enfrentar estas dificultades, Colseguros propone:

- Considerar todo tratamiento que tenga un valor superior a los 5 millones de pesos, como de Alto Costo.

- Eliminar los deducibles bajos: Hay pólizas que entran a cubrir costos de Enfermedades Ruinosas a partir de los \$100.000, y que por tanto tienen topos o límites también muy bajos, lo que hace que un paciente pueda quedarse sin la atención necesaria.

- Unificar las bases de datos de afiliados en los municipios y en los departamentos, y que éstas sean avaladas por las Direcciones Seccionales o Secretarías Departamentales de Salud y la Superintendencia de Salud.

- Investigar y sancionar en forma ejemplar a todas las personas y entidades que incumplan sus obligaciones en el proceso o que intenten usufructuarlo particularmente.

### La Previsora

Tener varias demandas por casos de angioplastias y algunas diferencias con EPS por la falta de claridad sobre el uso de las Unidades de Cuidados Intensivos, han sido las dificultades más grandes de La Previsora en tres años como reaseguradora de enfermedades de Alto Costo. Así lo informó al periódico El Pulso, Edison Delgado, profesional del área de investigación e indemnización de las Pólizas de Personas, quien agregó que hasta ahora han cubierto con el reaseguro varios casos de sida y cáncer.

La Previsora ha detectado en este proceso dos puntos críticos: en primer lugar, consideran que no existe una diferenciación clara, exacta y real de lo que se considera Enfermedad de Alto Costo, y en segundo término, han observado cierto divorcio entre las EPS y las IPS, de manera que cada una trabaja por su lado. Por eso, proponen dos estrategias: definir una clasificación objetiva de lo que se reconocerá como Enfermedad Ruinosa o de Alto Costo, y promover el trabajo en equipo y mancomunado entre cada EPS con las IPS respectivas, para lograr un beneficio común en la atención a estas enfermedades (lograr más ventajas para cada uno de los pacientes, y a la vez, racionalizar los gastos de cada uno de los agentes del proceso -EPS, IPS y reaseguradora- de manera que no sean tan onerosos como vienen siendo).

La Previsora considera que el principal logro en el proceso de reaseguramiento, es haber alcanzado a cubrir las personas para que no queden totalmente desprotegidas como sucedía antes de la Ley 100. Un paciente afectado con Enfermedad Ruinosa, ya no tiene que cubrir todos los gastos del tratamiento de su bolsillo, sino que gracias al reaseguro puede contar con cobertura de costos de hasta 40 o 50 millones de pesos, lo que representa un avance muy grande en materia de seguridad social en salud. Ya se aprecia incluso, que empresas de Medicina Prepagada están expidiendo pólizas de hasta 100 millones de pesos para Enfermedades de Alto Costo.



## De la imagen depende su imagen

USE DOSIS ADECUADAS DE MEDIO DE CONTRASTE



El último estudio de salud mental realizado en Antioquia en 1999, encontró que el 76.9% de la población tiene su familia integrada, y presenta como positivo el índice de comunicación intrafamiliar: en la pareja alcanzó el 77.9% y con los hijos el 72.0%. La comunicación con la madre sigue siendo mejor, 53.2%, que con el padre; 45.4%; con el grupo de amigos; un 48% de la población se comunica y un 10.5% no. De otro lado, los logros personales en el trabajo o el estudio tienen gran importancia dentro de los componentes del bienestar, la calidad de vida y la autorrealización. La mayoría de las personas contestó estar satisfecho o muy satisfecho en estos aspectos. Estas respuestas se contraponen con el consolidado nacional, donde el 79.2% respondió estar insatisfecho o muy insatisfecho.

## ¿ Se acabó Iva para inversión social ?

Para muchos el Iva social ni siquiera existió, para otros, sin saberlo, fue la posibilidad de acceder a un imposible o de volver a vivir.

Por: Ancízar Vargas León  
periodista

Hay, ante la desaparición de un rubro componente del IVA que permitía disponer de recursos definidos para los sectores pobres, se enfrenta una gran incertidumbre. Quienes se beneficiaron de esas ayudas fueron hogares comunitarios, hogares de bienestar, estudiantes pobres de diferentes niveles, madres vinculadas al Plante, aspirantes a vivienda social rural, usuarios de servicios públicos de estratos I, II y III, jubilados pertenecientes a los Fondos de Pensiones Oficiales, ancianos inscritos en programas de tercera edad, usuarios de instituciones dedicadas a la salud mental y niños cuyos padres no tenían recursos económicos para la atención en salud de diferentes patologías.

Particularmente, en este último caso, los menores se favorecían de la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento médico-quirúrgico y rehabilitación integral de enfermedades cardiovasculares, hematológicas, hepáticas, oncológicas, renales, así como de procedimientos de cirugía plástica reconstructiva y trasplantes.

La existencia de una partida del impuesto al valor agregado, destinada exclusivamente a la cobertura de los anteriores aspectos descritos y que poseían un carácter social, permitió alcanzar estos logros. En 1992, cuando el IVA estaba en marcha, el porcentaje de recaudo se incrementó del 10 al 12%. Mediante la Ley 6ª de ese año, Parágrafo 3º del Artículo 19 se creó el IVA social que aseguró recursos con el propósito de satisfacer las falencias de la población con condiciones más precarias.

El Artículo 14 de la Ley 223 de 1995 y los numerales 5 y 6 del

Artículo 64 de la Ley 383 de 1997 ampliaron el cubrimiento social de la Ley 6ª. En el caso de salud se contemplaron las siete enfermedades mencionadas, lo cual ayudó a salvar muchas vidas de pequeños que no tenían otra opción.

Con el ánimo de verificar el cumplimiento de la utilización del IVA social se definió una Comisión de Seguimiento y Control creada mediante la Ley 223 de 1995, parágrafos 2º y 3º del Artículo 14, compuesta por el Gobierno Nacional, los delegados del sector social y productivo, dos miembros de cada una de las comisiones terceras, quintas y séptimas del Senado de la República y tres de la Cámara de Representantes.

De acuerdo con información de la Contraloría General de la República, la Reforma Tributaria definida por la Ley 488 de diciembre de 1998 modificó el Artículo 468 del Estatuto Tributario y dejó sin vigencia la asignación del 2.5% del IVA al gasto social, a partir del año 2000. El funcionario agrega que la Ley 508 de 1999 que define el Plan Nacional de Desarrollo para el año actual no incluye proyectos de inversión con los recursos del IVA Social.

Durante las vigencias de 1996, 1997 y 1998 se aprobaron 425 mil millones de pesos del IVA para la

inversión social. En 1999, exclusivamente en el sector salud y por vía del Ministerio correspondiente, se firmaron contratos por 19.674 millones de pesos, con diferentes instituciones del país. Para este año, aún queda un remanente del IVA Social que es distribuido por el Ministerio de Salud. La Dirección General para el Desarrollo de los Servicios de Salud del mismo fue la dependencia encargada de coordinar los convenios para la atención de los niños menores de 18 años, no amparados por los regímenes Subsidiado y Contributivo, de estratos 1 y 2, mediante el "Proyecto Atención Médica Especializada a Vinculados Menores de 18 Años sin capacidad de pago", lo cual incluía diagnóstico, tratamiento o rehabilitación integral de los pacientes.

Según Jaime Abril Morales, Jefe de la División de Salud de la Tesorería General de la República ya no hay concepto que se llame IVA Social: "la ley ya no señala una destinación específica (de los recaudos del IVA), pero eso no impide que sigamos aplicando algunos recursos de la Nación para varios de esos programas, ya no con la obligatoriedad del pasado. Los recursos se siguen aprobando discrecionalmente por parte del gobierno. Con la po-

sibilidad de financiamiento que tenemos, por ejemplo las madres comunitarias que tenían seguridad social, contarán con otros recursos para ello"

Lo que sí se estableció en la Ley 488 fue la destinación de una parte del IVA aplicado a las licencias para el sector de la salud. Esos recaudos llegan directamente y es el único concepto que tiene una destinación específica. La distribución para el país se efectuará por medio de las Direcciones Seccionales de Salud, según los presupuestos aprobados.

### Norma desconocida

EL PULSO consultó diferentes dependencias e instituciones, y pudo constatar que la figura del

IVA social es una ilustre desconocida. Pocas entidades están enteradas de la información adecuada, mientras que algunos de los que en razón de su cargo o responsabilidad, debieron conocer su existencia no tienen la menor idea de ella.

Ahora, la preocupación es cómo conseguir los recursos necesarios para cubrir necesidades fundamentales que venía cubriendo el IVA social. A pesar de que el panorama no es muy claro, ojalá que dentro de la discrecionalidad del gobierno nacional se contemplen las partidas necesarias para llegar con respuestas positivas a los sectores más desprotegidos de la población y que en su momento fueron los beneficiados con esta destinación.

### Presupuesto del Iva social

Millones de pesos

Años	Presupuesto definitivo IVA	2.5% para IVA Social
1996	4.583.642	114.591
1997	5.721.276	143.032
1998	6.695.019	167.375

Fuente: Contraloría General de la Nación

### Distribución del Iva social

PORCENTAJES	PROGRAMA	OBSERVACIONES
30% o más	Régimen subsidiado de salud	
	Hogares comunitarios	
	Educación preescolar, primaria, secundaria y media	Departamentos o distritos cuyo situado fiscal sea inferior al promedio nacional.
	Hogares de bienestar y programas dirigidos a la infancia.	
	Afiliación de madres comunitarias al régimen subsidiado de salud.	Complemento de la UPC del régimen subsidiado
	Incremento de becas de las madres y padres comunitarios.	
30% o más	Gasto social rural	
	Desarrollo rural campesino, indígena y de comunidades negras	
	Programa Plante	
	Vivienda social rural	
	Subsidio de crédito para pequeños productores campesinos	Zonas deprimidas
	7% o más para vivienda rural	Programa Vivir Mejor
	10% sobre 2% del IVA para atención y alivio de las deudas de los caficultores, contraídas antes del 31 de dic/94, para el desarrollo de su actividad.	Durante dos vigencias fiscales a partir de 1996. Deudas con Bancafé, Caja Agraria y FNC y cuyo capital original no exceda de \$3.000.000
	0.5% del 16% del IVA para atender los demás sectores agrícolas deprimidos.	
20% o más	Subsidios a los estratos residenciales 1,2 y 3 del sector eléctrico, subtransmisión, transformación, distribución y corrección de pérdidas negras y técnicas.	
	Subsidios a los estratos residenciales 1,2 y 3 en la instalación y conexión al sistema del uso del gas domiciliario	
	Transporte en la masificación de gas natural	
	Subsidiar y prestar el servicio del agua potable en los sectores rurales.	
10% o más	Fondos de pensiones oficiales del orden nacional, departamental, distrital y municipal	
3% o más	Prevenir y curar la cardiopatía infantil; prevención y tratamiento de la diabetes infantil.	Niños de padres de escasos recursos.
2% o más	Desarrollar programas para la tercera edad	Distintos a Revivir y desarrollados por las ONG especializadas.

## LABORATORIOS FRESENIUS

20 cms X 14cm

- El Hospital como Empresa
- Dirección Estratégica
- Gerencia de los Procesos Administrativos
- Gerencia de los Servicios Médicos y Quirúrgicos
- Gerencia de los Servicios Directos de Apoyo
- Gerencia del Talento Humano
- Gerencia del Servicio
- Gerencia de los Procesos de Atención
- Gerencia Integral por Calidad
- Ecoeficiencia del Hospital
- Legislación Hospitalaria y Seguridad Social
- Bioética en el Hospital
- Hospital y Sociedad
- Logística Hospitalaria



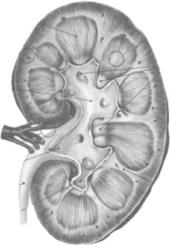
**HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL**

**Adquiéralo por sólo \$58.000 y obtenga totalmente gratis una suscripción anual a El Pulso, el periódico para el sector de la salud**

*El libro expone de manera práctica la filosofía, los procesos, la técnica administrativa, los aspectos éticos legales y los criterios de calidad para administrar los diferentes servicios de una entidad hospitalaria, cualquiera sea su nivel de complejidad.*

**INFORMES Y PEDIDOS:**  
Santafé de Bogotá, en Corpaúl, Calle 35 No. 6 - 29 • Tels.: (1) 288 48 48 - (1) 340 40 92  
Medellín, Calle 64 con Cra. 51D • Tels.: (4) 263 78 10 - (4) 263 43 96; también puede hacerlo consignando el valor a nombre de la Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl en el Banco Ganadero cuenta 29900056-2 o en el Banco Santander cuenta 01004147-3, enviar consignación al Fax: (4) 263 44 75 e indicar nombre, dirección y teléfono para el correspondiente envío del libro.  
E-mail: [comunica@elhospital.org.co](mailto:comunica@elhospital.org.co) / [elpulso@elhospital.org.co](mailto:elpulso@elhospital.org.co)

Un tercio de la población mundial no tiene acceso a los medicamentos esenciales, bien porque no existen en sus países, bien porque no pueden pagar su precio, según informó Médicos sin Fronteras MSF. El caso de las prisiones de Siberia lo refleja: una de cada cuatro personas afectadas de tuberculosis mueren por no tener acceso, debido a su alto precio, a los medicamentos para el tratamiento de la Tuberculosis Multirresistente; por eso MSF pidió que se reivindicara el derecho de todos los ciudadanos, y especialmente el de los de países en vías de desarrollo, al acceso a estos fármacos, y reclamó a los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales, en el marco de su "Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales", más dinero público para investigar las 'enfermedades olvidadas'.



## Columna jurídica

### El Derecho de Petición

Jorge Luis Jiménez Ramírez  
Abogado

Con la entrada en vigencia de la nueva Constitución Política, se eleva al rango Constitucional el *de petición*, como un derecho fundamental de todas las personas para hacer solicitudes respetuosas ante las autoridades públicas, y que se les dé una solución a lo solicitado. Este derecho también puede ser ejercido frente a los particulares cuando estos prestan un servicio público.

El derecho de petición se dirige a los funcionarios públicos con el fin de que por motivos de interés general o particular se inicie una actuación administrativa, se permita el acceso a una información sobre el actuar de las autoridades administrativas, se den a conocer documentos no reservados u obtener copia de los mismos.

Debe tenerse en cuenta que existen algunos documentos que tienen el carácter de reservados por disposición de la ley y es obligación de los funcionarios públicos proteger esa reserva.

Las peticiones pueden ser:

**Quejas:** cuando versan sobre conductas irregulares de los empleados oficiales o de los particulares cuando prestan un servicio público.

**Reclamos:** cuando versan sobre la suspensión injustificada o la prestación insuficiente de un servicio público

**Manifestaciones:** cuando el peticionario expresa su opinión sobre una materia sometida a consideración de la autoridad administrativa.

**De información:** cuando se espera que la autoridad administrativa dé a conocer su actuación en un caso concreto; se solicita acceso a documentos públicos o copia de los mismos.

Incluye entonces este derecho, la obligación para el funcionario de responder la solicitud, sin que necesariamente la respuesta sea afirmativa a la solicitud realizada.

El ejercicio de este derecho, no requiere como en la acción de tutela ningún formalismo especial y debe ser recibida aun verbalmente teniendo derecho el solicitante a que se le expida la correspondiente constancia.

La respuesta al derecho de petición debe hacerse en un plazo no mayor 15 días, bien resolviendo el asunto cuando esto sea posible o informando de tal situación al interesado.

Con alguna frecuencia llegan oficios a las instituciones, invocando el derecho de petición para que se le abuelvan por esta vía consultas sobre temas de dominio público o referentes a temas que no corresponden a asuntos de interés público, debe entenderse que este derecho pretende garantizar además del derecho a la información, que sea de una manera oportuna y eficaz, de ejercer control sobre las acciones y decisiones de la administración pública y permite al ciudadano increpar al administrador por las omisiones en su cargo.

Sgeneral@Elhospital.org.co

# Hospitales de la red distrital se fusionan

Por Claudia Botero  
Corresponsal Bogotá

Mientras que la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá opina que es indispensable la reestructuración administrativa porque existe subutilización del recurso técnico y humano, altos costos administrativos y falta de compromiso laboral, Sindistritales insiste en que la salud es un bien social y que medidas como estas lo único que ocasionan es incremento del desempleo.

Entre los países de América Latina, Colombia es uno de los que más invierte en salud: un poco más del 10% del Producto Interno Bruto. Lo que significa cerca de 9.6 billones de dólares, contra cinco de los otros, sin embargo sus resultados no son nada halagadores pese a los reconocimientos de la Organización Mundial de la Salud. De acuerdo con el presidente de la Fundación Presencia, doctor Roberto Esguerra Gutiérrez, "este dinero no sólo va a los hospitales, también beneficia a los nueve millones de afiliados al Régimen Subsidiado, los casi 13 millones del Régimen Contributivo, los ocho millones de vinculados, los programas de promoción y prevención y el gasto privado. Pero, la iliquidez, las dobles afiliaciones, la mala administración y la subutilización de los recursos técnicos y humanos está acabando con los hospitales". Actualmente la cobertura en salud, incluyendo los regímenes Contributivo y Subsidiado llega al 58% de la población, la misma desde 1998 y el déficit de los pequeños hospitales que atienden a la población más pobre del país se calcula en más de \$180.000 millones. Como una salida gubernamental a la crisis, el Distrito empezó la reestructuración administrativa que según el proyecto presentado busca hacer más eficientes los centros de salud de primer y segundo nivel, reorganizar el sector y bajar costos. De acuerdo con Héctor Mario Restrepo, director del área de Desarrollo y Servicios de la Secretaría para desarrollar este proyecto es necesario fusionar 17 empresas sociales del Estado en siete. El Secretario de Salud Distrital, José Fernando Cardona afirmó que con esta fusión, los servicios en los hospitales no se suspenderán, sino que se reajustarán. "Los pacientes del Sisbén pue-

den estar seguros de que los servicios se reordenarán para fortalecer la atención básica en los hospitales, principalmente en las áreas de pediatría, obstetricia, consulta externa y atención materno infantil. La fusión trasladará servicios de un centro a otro y en ningún caso se eliminarán servicios". Por ejemplo, el hospital La Granja de segundo nivel, que presta servicios de oftalmología, gastroenterología y otorrinolafología trasladará estos servicios a la ESE Hospital Simón Bolívar, donde hay subutilización del recurso humano.

Los hospitales de primer nivel atienden medicina general, promoción y prevención, plan de atención básica, odontología, atención de parto; y los de segundo, cirugía general, obstetricia, anestesiología, medicina interna y pediatría. Cardona afirmó que únicamente se revisará la planta de personal de las instituciones afectadas, de donde saldrán cerca de 700 funcionarios, según la conclusión del debate realizado por la comisión del Plan del Consejo. Esta comisión conformada por el Secretario Distrital de Salud, el departamento del Servicio Civil y representantes de los sindicatos Sindistritales, la Central Unitaria de Trabajadores, de la Seguridad Social y de los Usuarios revisará las nóminas de los hospitales fusionados de donde, según los sindicatos, han salido más de 1.700 funcionarios.

## Pros y contras

Mientras que para unos esta puede ser la solución, otros opinan lo contrario. Por ejemplo Esguerra Gutiérrez afirma que "lo que sí tenemos que saber con claridad es que en las capitales y en las grandes ciudades hay sobreoferta de servicios. Por lo tanto, permitir que se siga aumentando ese exceso de oferta es poner en peligro a todas las instituciones y es irresponsable. Es urgente que el Gobierno regule la oferta de servicios para evitar este problema y más bien incentive la construcción y dotación en los lugares del país que están desprotegidos".

A su vez Gladys Sierra, gerente del Hospital de Usme, uno de los que serían fusionados, considera que este proyecto es una es-



Foto: Archivo

trategia indispensable. "La estrategia que se persigue con esta fusión es optimizar la prestación del servicio, la utilización de recursos económicos y por supuesto asegurar la supervivencia de las instituciones. A la vez trae el mejoramiento de la efectividad y productividad del trabajador. Las empresas sociales del Estado, han entrado en el ciclo de ser empresas y como tal, tienen que implantar una serie de estrategias que le permitan ser rentables económica y socialmente".

Por su parte, Francisco Maltés asesor de Sindistritales afirma

que la supresión de servicios va a afectar directamente a la comunidad. "Creemos que este es un problema financiero que va en contravía con la Ley 100 de 1993, que en su artículo 162 promulgó que con el nuevo sistema se creaban las condiciones para que todos los habitantes del territorio nacional tuvieran acceso a un Plan Obligatorio de Salud antes del año 2001. El objetivo del gobierno antes que nada es preservar y mantener la prestación de los servicios de salud para las clases más desprotegidas. Adicionalmente medidas como estas lo único

que hacen es incrementar el desempleo". El presidente de la Fundación Presencia dijo que "hay que recordar que la razón de ser de las instituciones de salud son los pacientes, ellos deben ser nuestra principal preocupación. Por eso considero que se debe educar a la gente para que conozca sus derechos y los pueda ejercer, así como también debe ser consciente de sus responsabilidades. El derecho a la libre elección y la calidad deben ser la principal búsqueda de quienes realmente están preocupados por la salud de los colombianos".

Suministramos gases, equipos y redes para el sector medicinal.

- Concentradores de Oxígeno
- Oxígeno líquido medicinal
- Oxígeno med. domiciliario
- Mezclas certificadas
- Óxido nitroso



**CRYLÍNEA**

9800 9 14300

FAX 9800 9 14003

Teléfonos en el resto del país:

373 6950	Medellín
405 1010	Bogotá
668 5859	Cartagena
885 2400	Manizales
330 1103	Pereira
642 5510	Cali
371 2211	Barranquilla

**Oficina Principal**  
(094) 2 300 600

**Como una salida gubernamental a la crisis, el Distrito empezó la reestructuración administrativa que según el proyecto presentado busca hacer más eficientes los centros de salud de primer y segundo nivel, reorganizar el sector y bajar costos.**



Foto: Archivo

1000



**CRYOGAS**  
BOC GASES  
www.cryogas.com.co





"Sirolimus", un nuevo fármaco desarrollado por los laboratorios Wyeth, "evita el problema de la nefrotoxicidad y la hipertensión arterial generada por los actuales tratamientos inmunosupresores, renovando así las esperanzas de incrementar la supervivencia del órgano trasplantado y de los receptores ancianos", según un estudio publicado por esta compañía. Estos datos fueron debatidos en el simposio "Influencia del tratamiento inmunosupresor en el fracaso renal post-trasplante", durante el XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nefrología que se celebró en Oviedo. Los expertos señalan que a pesar del tratamiento, el receptor mayor de 60 años suele caracterizarse por la presencia de patologías asociadas, que por sí solas constituyen un "importante riesgo" de mortalidad y que colaboran en el deterioro funcional del injerto.

Mónica Giraldo Mejía

## Directo al corazón

Dicen que los ojos son la expresión de una virtud oculta. ¿Cuál será la virtud oculta que anuncian estos ojos, que son otra forma de sonrisa? La duda queda, y se acentúa, cuando la protagonista de esta historia se sienta en un tapete y empieza la narración episódica de un bello cuento triste: su recorrido como médica de los niños mas pobres, que desdeñó la comodidad de un consultorio y se fue a servir en la franja más oscura del paisaje, allí donde, si llega el ojo, se hunde el corazón. Allí donde abandono funda su propio infierno de padecimientos injustos para miles de niños desprotegidos y enfermos. "Si doctorcitos", escribía Fernando González. "No es para ser lindos y pasar grandes cuentas y vender píldoras de jalea para lo que tenemos escuela de medicina. Es para que vayan a todas partes a curar, inventar y, en una palabra, servir."

La doctora Mónica Giraldo cuenta su historia. Y hay bondad en ella. Esta joven pediatra ha conseguido que unos 210 niños pobres fueran operados del corazón y que a unos dos mil se les efectuaran ecocardiografías. Esto sin contar el apoyo ofrecido a sus familias, provenientes por lo general de zonas rurales alejadas, y que recibieron hospedaje, auxilios económicos para los tratamientos de sus hijos, educación y consuelo.

La pediatra Mónica Giraldo Mejía, es la directora de la Fundación Pequeño Corazón de Manizales, una institución creada en 1995 con el apoyo de los Clubes Rotarios. Precisamente el Club Rotario de Medellín le acaba de otorgar el premio Germán Saldarriaga del Valle, como reconocimiento a su labor humanitaria. Hoy en día, la Fundación efectúa, además, novedosas campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con el apoyo de las diferentes comunidades, que han pasado a liderar ellas mismas el trabajo. Muchas de sus acciones llegan ya a municipios, no sólo de Caldas, sino de Risaralda, Quindío, Tolima, Sur de Antioquia, Magdalena Medio y Norte del Valle. Ha sido definitivo el respaldo de la Clínica Shaio, en Bogotá, del Ministerio de Salud y de fundaciones como Gift of Life y Corazón a Corazón de Nueva York, del Comité Departamental de Cafeteros de Caldas, de la Alcaldía de Manizales, entre otros. Gracias a una gestión eficaz, cuya dificultad sólo pueden advertir quienes conocen las peripecias de la acción social, la Fundación ha logrado atender, de manera integral, a niños con cardiopatías que no contaban con seguridad social, ni con dinero suficiente para ser asistidos y, mucho menos, operados. Con recursos provenientes del IVA social el programa recibió gran impulso. Y hoy preocupa su con-

tinuidad debido a la aparente supresión de este aporte.

La doctora Mónica Giraldo, directora científica de Pequeño Corazón, es médica pediatra de la Universidad de Caldas. ¿Cómo empezó la institución? La angustia de ver morir, pudiendo salvar, excede cualquier frustración. Y es de aquí, de los fondos de ese dolor, de donde surge la idea. La primera historia gratificante fue la de haber operado a un niño campesino, hijo de dos padres adolescentes. El pequeño fue intervenido en Bogotá, y el éxito trajo nuevos propósitos de seguir buscándole salidas a la enfermedad. La Fundación empezó a crecer poco a poco con ayuda familiar. El padre de la doctora Mónica Giraldo fue, hasta su muerte hace tres años, parte fundamental de la Institución. También era médico y su nombre resuena en la historia de la ginecología. Se trata del doctor Antonio J. Giraldo Giraldo, pionero del estudio de cáncer de cérvix. Igualmente, el aporte de su mamá y de otros parientes fue enorme. Se empezó a trabajar con estrechez. Tenían un ecocardiógrafo en blanco y negro hasta que luego la Clínica Shaio, de Bogotá, donó uno a color y lideró las primeras 10 intervenciones quirúrgicas. Ante la necesidad de aumentar la acción, Mónica Giraldo buscó ayuda en el exterior y un empresario generoso, el señor Robert Donno, apareció para desatarlo todo. El es

director de una organización de Nueva York que auxilia a niños enfermos: Gift of Life. Al conocer el proyecto que esta joven audaz intentaba sacar de del laberinto, aprobó la intervención de 12 niños. Lo propio ocurrió con otra fundación de Nueva York, orientada por colombianos, llamada Corazón a Corazón. Ellos financiaron la operación de otros doce menores. Y así, poco a poco, intervinieron el primer año 50 niños. El proyecto se multiplicó ante la comprobación creciente de menores desprotegidos y enfermos. Se calcula que cada año nacen en Colombia unos siete mil niños con alguna enfermedad cardíaca. Muchos mueren. En Bogotá también se ha encontrado apoyo de otras entidades como la Fundación Alejandro Corazón y aparecen además instituciones colaboradoras como la Fundación Valle del Lili en Cali, el Instituto Colombiano de Bienestar familiar, la Fundación Co-



Foto: El Mundo

razones Remendados, la Patrulla Aérea de Caldas...y numerosas personas voluntarias, que hacen pensar en la fuerza de la convocatoria que, de manera admirable, ha logrado la doctora Mónica Giraldo. En fin, esta es una historia que cuenta otra: la de la vida que, quién lo creyera, es más terca que la muerte.

**Esta joven pediatra, directora de la Fundación Pequeño Corazón de Manizales, ha conseguido que unos 210 niños pobres fueran operados del corazón y que a unos dos mil se les efectuaran ecocardiografías.**

## En Congreso Nacional de Radiología Medellín a la vanguardia: recibió ocho de los doce premios

Es la modernidad de un clásico. Con 87 años, el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín sigue a la vanguardia, multiplicando con estos aciertos la posibilidad de brindar un servicio calificado y de gran sentido humano a todos los pacientes. Esta vez el departamento de Radiología recibió ocho y el IATM recibió dos, de los doce premios, otorgados por el jurado extranjero del Congreso Nacional de Radiología efectuado en Cartagena el pasado mes de octubre. Participaron 70 trabajos de todo el país. Según uno de los médicos del grupo de Radiología del Hospital Universitario, doctor Felipe Múnera Gómez, la solidez de los trabajos fue producto de un rigurosa investigación en equipo, efectuada entre profesionales de la Universidad de Antioquia, el Hospital Universitario San Vicente de Paúl y el Instituto de Alta Tecnología Médica de Antioquia. Los siguientes fueron los galardonados:

### Premio Asociación Colombiana de Radiología

#### - Primer puesto.

Uso de la angiografía por TAC helicoidal como método diagnóstico de heridas arteriales de las extremidades. Autoría de los doctores Jorge Soto, Felipe Múnera, Carlos Morales, Jorge Lopera, Dora Holguín, Olga Lucía Guarín, Germán Castrillón, Giovanni García y Alvaro Sanabria.

#### - Segundo puesto

Evaluación clínica de un nuevo Stent de Nitinol en el tratamiento paliativo de la obstrucción biliar maligna. Autoría de los doctores Jorge Lopera, Dora Holguín, Germán Castrillón, Oscar Alvarez.

#### - Tercer puesto

Angio tomografía como método diagnóstico inicial en el paciente con trauma penetrante de cuello. Autoría los doctores Felipe Múnera, Jorge Soto, Jorge Castañeda, Diana Palacio, Carlos Morales, Juan Esteban Gutiérrez, Sol María Vélez.

### Premio Gonzalo Esguerra Gómez

#### - Primer lugar

Utilidad de la colangiografía virtual en pacientes con colonoscopia convencional incompleta o fallida. Autoría de los doctores Jorge Soto, Felipe Múnera, Gonzalo Correa, Oscar Alvarez, Rodrigo Castaño, Hilda Franco, Jorge Castañeda, Rubén Vélez.

#### - Segundo lugar

Tratamiento endovascular del Síndrome de BBVD Chiari, reporte de tres casos con seguimiento a largo plazo. Autoría de los doctores Jorge Lopera, Gonzalo Correa, Adriana Llano, Juan Carlos Restrepo, Fernando Gutiérrez, Felipe Múnera.

### Premio para protocolos de investigación

#### - Segundo lugar

Estudio comparativo de las dosis de medios de contraste en tomografía helicoidal para la detección de metástasis hepática. Autoría de los doctores Jorge Soto, Felipe Múnera, Germán Castrillón, Dora Holguín, Diana Restrepo.

### Concurso de casos

#### - Primer lugar Doctores Olga Lucía Guarín, Germán Castrillón

#### - Segundo lugar Doctora Hilda Franco

### Premios para IATM

De igual forma resultaron galardonados también, con dos reconocimientos, varios profesionales y residentes del Instituto de Alta Tecnología Médica, IATM, de Medellín. Recibieron el primer puesto categoría poster con el trabajo denominado: "Aplicación de la resonancia magnética en pelvis femenina" y el segundo puesto del premio Gonzalo Esguerra con el trabajo denominado: "Aplicaciones de la resonancia magnética en cardiología". Participaron los doctores Juan Fernando Llano, Maurizio Massaro, Luis Germán Pulgarín, Jorge Andrés Delgado y los residentes Jorge Mejía y Sergio Alvarez.

## UNIDAD CARDIOVASCULAR Y DE TÓRAX DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAÚL

- Consulta especializada.
- Hospitalización.
- Quirófanos.
- Unidad de cuidados intensivos.
- Hemodinamia e intervencionismo.
- Ecocardiografía.
- Prueba de esfuerzo.
- Electrofisiología.
- Marcapasos.
- Medicina nuclear cardiovascular.
- Rehabilitación cardíaca.
- Cirugía cardíaca,vascular y del tórax.
- Próximamente trasplante de corazón-pulmón.

Le atendemos en nuevas y cómodas instalaciones, modernos equipos y con especialistas de reconocida trayectoria nacional e internacional.



HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL

Atendemos pacientes particulares, de EPS, prepagadas, aseguradoras y pólizas  
Teléfono: 571 63 53, ext. 200 y 230  
Amplio parqueadero

El Instituto de Karolinska y los científicos Arvid Carlsson, Paul Greengard y Eric Kandel fueron premiados con el Nobel de Medicina 2000, por sus estudios sobre la transmisión de señales en el sistema nervioso. La Academia de Suecia, Instituto que otorga el premio, explicó que el trabajo de los científicos genera "descubrimientos esenciales sobre un modo importante de transmisión de la señal entre diferentes células nerviosas, la transmisión sináptica lenta". Añadió que estos proyectos son "determinantes para la comprensión de las funciones normales del cerebro y de las condiciones en las que perturbaciones en la transmisión de la señal pueden inducir enfermedades neurológicas o físicas".



## Sistema de Información en Salud de Antioquia, SISA

# Sigue tensión entre el diálogo financiero y el científico

Por: Francisco Madrid  
Periodista

Regular la prestación de los servicios de salud en época de crisis presupuestal se ha convertido en una exigencia para todo el sistema, más aún en el sector público en el que muchos hospitales amenazan con cerrar sus servicios. Hace año y medio comenzó a funcionar el sistema de regulación de atenciones en salud en Antioquia, que, entre otras cosas, pretende optimizar los recursos de atención en segundo y tercer nivel del Departamento. Sin embargo, numerosos médicos, pacientes y gerentes de IPS, aunque reconocen ciertas bondades, manifiestan que se debe mejorar el flujo de información hacia la comunidad porque no hay respuesta oportuna a quien requiere de un servicio médico. Incluso muchos se quejan porque la línea 9800 es excesivamente lenta y las autorizaciones quedan en el limbo.

El Sistema de Información en Salud, actúa como una especie de colador que identifica a los verdaderos beneficiarios del régimen subsidiado. De esta forma todo paciente que carezca de recursos económicos y que requiera alguna intervención quirúrgica o tratamiento, ingresa al Sistema y es confirmado en la base de datos del Sisbén, el régimen contributivo, el régimen subsidiado y los listados de desplazados y de indigencia, para validar su derecho.

Así, el Departamento de Antioquia que cubre 330 hospitales y

una población de vinculados que pasó de un millón 200 mil personas a casi tres millones de personas, argumenta haber ahorrado 90.000 millones de pesos, gracias a la implementación de este Sistema. Cada mes son rechazadas un promedio de 1.600 solicitudes de pacientes que según las directivas del SISA no requieren una determinada cirugía o tratamiento propuesto, o no cumplen con los requisitos básicos para ser aceptados, por ejemplo, porque tienen recursos y hacen parte del régimen contributivo.

Para el Director del Sistema de Salud de Antioquia, doctor Elkin Santiago Henao Zuluaga, es necesario capacitar, no sólo a los médicos sino a la comunidad para racionalizar los servicios.

En otro sentido, expresa el médico Gabriel Jaime Giraldo que «el Sisa es la forma más rápida de reubicar un paciente, aunque existen deficiencias a nivel de información, especialmente los fines de semana, con lo cual se pierde tiempo valioso y se retrasan algunas remisiones urgentes.» En esto coinciden los médicos de hospitales ubicados en

otras zonas del Departamento, que comentan que los fines de semana se presenta demora en las autorizaciones por las congestiones en los hospitales de Medellín.

Para el SISA, en este proceso no se trata de sacrificar la buena atención, antes bien, de hacer una regulación que es necesaria, sobre todo en un sector en crisis en el que cualquier peso es oro. Como le sucede por ejemplo al departamento de Antioquia, que espera con angustia 10.000 millones de pesos prometidos por el Ministerio de Salud para descongelar un 70 % de las cirugías represadas.

La Regulación de la atención en salud, focaliza las prioridades de atención y los diferentes niveles de complejidad para que cumplan con su función, utilizando criterios geográficos, técnico-científicos y de pertinencia según los portafolios de servicios ofrecidos por las IPS. No obstante, la falta de presupuesto limita muchas veces a los profesionales y, obviamente, puede perjudicar a los pacientes. Hoy existen más de 50.000 solicitudes aprobadas por el Sistema de Información en Salud



Foto: Patricia Velásquez

de Antioquia que se mantienen congeladas a la espera de nuevos recursos que permitan darle trámite. Esta situación incrementó la presión de la población necesitada que ha instaurado cientos de tutelas como medio más ágil para exigir la prestación del servicio.

Para la Jefe de Trabajo Social del Hospital Pablo Tobón Uribe, de Medellín, Dora Angela Giraldo, la situación a veces es complicada porque más del 50 % de las solicitudes están represadas, existe incertidumbre entre aquellos pacientes que requieren atención y, por ello, los servicios de urgencias se congestionan, ocasionando mayores traumas al servicio. Además, explica que en determinadas ocasiones sólo se autorizan atenciones especiales como quimioterapias, atención a maternas y menores y casos de tutela, pero se congelan solici-

tudes de adultos que requieren una atención inmediata, poniendo en peligro su integridad. «Quienes trabajamos en el sector salud entendemos la grave situación económica del gobierno pero, a la vez, queremos que se corrijan algunas inconsistencias que permitan, por ejemplo, mejorar el flujo de información. Esto, al menos, humanizaría más el servicio».

Otra funcionaria de uno de los hospitales del área metropolitana que pidió no ser identificada, manifestó que se han presentado casos en los que han muerto pacientes esperando una autorización o casos en los que, ante la demora, al paciente le toca pagar de su propio bolsillo.

Además se presentan situaciones en las que las fechas de aprobación son cambiadas sin informar, o casos de bases de datos que contienen pacientes que ya fallecieron o que son enviados a otros hospitales arbitrariamente.

Ante estas dificultades e inconsistencias se creó, a solicitud de los propios hospitales, un comité evaluador que tiene la responsabilidad de coordinar la solución a las múltiples quejas. Está integrada por directores de hospitales del Valle de Aburrá, delegados de la

Seccional de Salud y de la auditoría del Sistema a cargo de la Universidad de Antioquia.

Para solucionar los requerimientos de pacientes, médicos e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, el Sistema ya está en proceso de modernización, según su director, quien además confía en que con un nuevo software, el «Sismaster» -al cual se le hacen las pruebas técnicas para ser inaugurado antes de culminar este año- se podrá agilizar aún más el intercambio de información.

Este novedoso software, garantiza que, a distancia, un médico de cualquier hospital pueda comunicarse en «caliente» o tiempo real, con un especialista en Medellín, para dar un veredicto sobre la situación del paciente. Permitirá entonces optimizar el tiempo de respuesta y decisión. Se madura además la implementación de dos proyectos de educación y de atención médica (teleeducación y telepática) que requieren una inversión de 500 millones de pesos. De esta forma el Sistema de Información en Salud de Antioquia, moderniza sus equipos pero a la vez requiere, como lo exigen los pacientes y los profesionales del sector, una intervención a fondo para asegurar una atención digna.



**Para solucionar los requerimientos de pacientes, médicos e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, el Sistema ya está en proceso de modernización, según su director, quien además confía en que con un nuevo Software, el «Sismaster» se agilizará el intercambio de información.**

## Primer aula lúdico pedagógica hospitalaria en Colombia

Por Diego José Duque Ossa

Anestesiólogo, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín

El Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín y su departamento de Pediatría, con el apoyo de la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia lideran en el montaje de la primera aula lúdico pedagógica hospitalaria en el país, espacio que busca modificar los efectos deletéreos producidos en el menor de edad por una hospitalización. La literatura mundial está colmada de referencias que hacen énfasis en los problemas tanto psicológicos como somáticos causados en los niños por la hospitalización, el aislamiento del núcleo familiar, el temor a la agresión física, entre otros.

El hospital es un entorno extraño que puede llevar al niño a desarrollar desasosiego, estrés; además la separación de su vida familiar, social y escolar, tiene efectos importantes con repercusiones claras sobre el proceso salud - enfermedad, entorpeciendo el ideal terapéutico que se busca a toda costa

en el centro hospitalario. Los hospitales son pobres en estímulos, con actividades monótonas y poco creativas para el interés de los niños, generando un factor adicional de desasosiego, rechazo, miedo y necesidad afectiva en el pequeño hospitalizado.

El trabajo en aulas escolares hospitalarias tiene sus antecedentes en Europa donde se crearon desde los años 80. Ahora, debido a su comprobada efectividad en cuanto al acompañamiento del menor hospitalizado, la atenuación de los efectos psicológicos deletéreos en los mismos y el apoyo familiar que es posible desde éstas, el concepto es utilizado en el mundo entero con éxito. Todo lo anterior es apoyado además en la proclamación de los derechos del niño hospitalizado, publicados en 1986 en la Carta Europea de la Organización Mundial de la Salud que precisa, entre otros: derecho a ser considerado sujeto de derechos.



Foto: Patricia Velásquez

Derecho a mantener su escolaridad y disfrutar de recreación. Derecho del niño a recibir una información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado

afectivo y psicológico, con respecto al conjunto del tratamiento médico al que se le somete y a las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece.

Derecho a estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya el mayor tiempo posible durante su permanencia en el hospital. Derecho a no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse. Derecho a negarse (por boca de sus padres o de la persona que los sustituya) a ser sujeto de investigación, o a rechazar cualquier cuidado o examen cuyo propósito primordial sea educativo o informativo y no terapéutico.

Derecho a disponer durante su permanencia en el hospital de juguetes, libros y medios audiovisuales adecuados a su edad. Derecho a ser tratado, durante su estancia en el hospital, por personal cualificado, con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad. Derecho a estar protegido jurídicamente para poder recibir todas las atenciones y cuidados necesarios en el caso de que los padres o la persona que los sustituye se niegue por razones religiosas, culturales u otras. Derecho a ser hospitalizado junto a otros niños, evitando todo lo posible su hospitalización entre adultos. Derecho a

proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital, y a beneficiarse de las enseñanzas de los maestros y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, en particular en el caso de una hospitalización prolongada. Derecho del niño a la necesaria ayuda económica y moral, así como psicosocial, para ser sometido a exámenes o tratamientos que deban efectuarse necesariamente en el extranjero.

Es claro que las aulas escolares hospitalarias mitigan los efectos indeseables de una hospitalización y ayudan inmensamente como apoyo terapéutico en las actividades encaminadas a devolver la salud en el menor.

No se trata sólo de propuestas lúdicas, sino de un trabajo de profesionales de diversas disciplinas, quienes evalúan, asesoran, orientan, estimulan y acompañan al niño en su proceso de aprendizaje, creando un puente entre el hospital y su escuela, intentando que éste no pierda totalmente su ritmo educativo y sea, posteriormente, más fácil el reingreso a su vida cotidiana y familiar.



La terapia de sustitución hormonal en el proceso de envejecimiento masculino ha generado gran controversia sobre si se debe respetar la evolución de la vida hacia la vejez o hay que luchar contra una evolución, que a veces es excesivamente acelerada. El andrólogo de la Clínica Euskalduna de Bilbao, Roberto Lertxundi, opina que "Se trata de evitar un decaimiento de la salud de hombres que van a vivir 80 ó 85 años en mejores facultades", y agregó que "la hormona que vendrá a sustituir a la testosterona del varón se le llama la hormona de la energía, y no se trata sólo de la energía sexual, sino de mantener una buena actitud ante la vida, siendo más competitivos, manteniendo las ganas de luchar". Esta terapia se irá generalizando poco a poco, estima el doctor, al igual que ha pasado con las mujeres, a las que se han inyectado hormonas desde hace 15 años, aunque sólo se trata a un 6% de ellas.

## CULTURAL

Fernando Botero, recuerdos de todos los colores

# El muchacho aquel que no sabía "ganarse la vida"

“Nací el 19 de abril de 1932. No sé la hora ni nadie la recuerda. Medellín era un pueblo”, cuenta Fernando Botero. “La imagen más remota que conservo viene de lejos: tenía tres o cuatro años. El sol brillaba, estaba sentado sobre la baldosa roja y fría cerca al marco de la puerta de mi casa. Observaba una cáscara de banana amarilla. Más tarde divisé en la lejanía a mi padre que se bajaba del tranvía en una estación cercana. Debe coincidir con la época de su muerte (...)” Su padre murió en 1936, cuando Fernando tenía cuatro años y todavía estaban pequeños también sus dos hermanos Rodrigo y Juan David. “Ese día mi padre llegó a la casa a la hora del almuerzo; nos traía un regalo envuelto en papel periódico: se trataba de un perrito. Entró, nos saludó, sonó el teléfono negro que estaba pegado a la pared, hablé y, como era su costumbre, se sentó a descansar en una silla en el patio interior de la casa. De pronto empezó a sentir un malestar en el pecho, le pidió a mi madre que lo acompañara. A nosotros nos enviaron a jugar a la casa de los vecinos. Murió de un ataque al corazón, tenía 40 años. Cuando volvimos por la noche nadie nos dijo nada. Mi madre lloraba, en la casa había gente que, vestida de negro, hablaba en tono bajo; se oía un murmullo permanente e incomprensible. Todo era muy severo y extraño. Nos invadió un clima de tristeza; con mis dos hermanos vimos a mi madre llorar todos los días, durante mucho tiempo. La atmósfera era tensa y difícil. No había dinero ni tiempo para estímulos culturales”, comentaba Botero a su amiga, la crítica de arte Ana María Escallón. Otro amigo, Plinio Apuleyo Mendoza, recuerda: “Aquella tarde lluviosa de domingo en Lipp, me hablaste de ella, de la madre, con afecto. La vi, de pronto, alzándose en tu memoria, el traje negro casi verde de tanto plancharlo con escurpulo, la cara con una fina capa de polvos de arroz, el sombrero negro de paja con un pequeño velo, el moño gris, discreta y laboriosa como una hormiga, luchando por sacar adelante los tres hijos con una tienda de comestibles.

No es fácil ser pobre cuando se pertenece de algún modo, por los apellidos, a aquel mundo de ricos habituados a la fragancia del dinero y las orquídeas...

Pálido y férreo, Fernando odiaría aquel resplandeciente mundo social que lo humillaba o excluía por culpa de su ropa... Al salir de la adolescencia acabaría refugiándose en el mundo opuesto, el que latía en las noches de tango y aguardiente de Guayaquil...

En remotos cines de barrio debió de admirar las mismas mujeres que yo: las dulces, trémulas y espirituales que suscitaban en uno los más limpios sentimientos amorosos; las vampiresas excitantes asociadas siempre al sexo y al pecado. Allí, en aquellos cines de barrio, debió de establecerse la oscura dicotomía que padecemos con él todos los latinoamericanos de mi generación. Nos sentimos atraídos por el mismo tipo de mujeres. Gracias a una de ellas nos hicimos amigos, por culpa de otra nos distanciamos.”

Eran los años de París a finales de la década del 60, buenos años, por lo menos mejores que los de Medellín o Bogotá, lugares en los que el dinero ha sido helado símbolo del éxito. Inicialmente se ayudaba haciendo ilustraciones para periódicos, la primera se la publicaron en El Colombiano. “Recuerdo que me dio tanta emoción que la firmé por los cuatro costados”. Después tuvo que luchar con la subvaloración a los artistas, y afrontar los deberes de “ganarse la vida” de manera corriente. ¿Cómo se defendió de todo aquello? “La clase media, de la que brotan los artistas en su mayor parte, sólo tiene palabras fulminantes para las personas sensibles de su medio, para los jóvenes de inteligencia experimental que no muestran de inmediato que estos esfuerzos resultan rentables, en términos de dinero”, anotaba el escritor Truman Capote. No es fácil

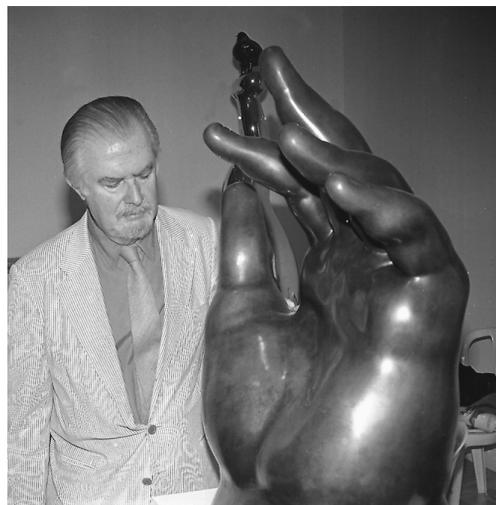
sostenerse o, al menos, aprender a flotar en el abismo al que lo lanzan a uno ciertas decisiones. Abismo puro. Hemos de reconocer, decía Picasso, que la cordura se mantiene por medio de un equilibrio mental que depende, con frecuencia, de ecuaciones casi dementes. Pero, más allá de la anécdota burda de los tropiezos sociales, más allá de la leyenda de unos suegros inconformes con el “verno aquel, incapaz de ganarse la vida”, o más allá mal pagado trabajo como director de Extensión Cultural de Bogotá o como maestro de pintura, más allá de la austeridad y de las “sopas de pintor” en Nueva York -“yo compraba 1 kilo de mollejas de pollo que sólo valían doce centavos, cebolla, sal y pimienta. Nunca he estado mejor alimentado”-, más allá de todo eso a Botero lo aguardaba otra ferocidad de mil cabezas: la crítica. “*Esas criaturas de Botero parecen fetos engendrados por Mussolini en una campesina idiota*”, escribió sobre su obra un crítico de Art News en Nueva York. El sólo hecho de hacer arte figurativo cuando el mundo se rendía ante lo abstracto, instaló la soledad. Trabajaba hasta 17 horas al día, incluidos los domingos. “Yo tenía la certeza de que no era un camino fácil, no buscaba liberación ni catarsis, sino una manera de encauzar emociones”. Así que la crítica no fue complaciente. Pero como el hombre es cosa vana, variable y ondulante, vendrían las curvas del tiempo y otros como la famosa Peggy Gu-genheim se atrevieron incluso a afirmar, años después, que su obra era, con la de Picasso y Bacon, fundamental en el siglo XX.

Su periplo de aprendizaje incluyó Nueva York y México, Italia, España, un viaje que no acaba y que se inició en 1952, con el dinero de un premio obtenido en Bogotá. “Después, poco a poco, con el producto de la venta de mis cuadros. Con los años, los coleccionistas se convirtieron en mis amigos”. En Florencia “por primera vez le encontré gusto a la vida. Supe que mi elección no era solitaria y errada... Mi preocupación conceptual avanzaba. Leía a Berenson, aprendía sobre los valores táctiles y la representación de los volúmenes. En Arezzo encontré la esencia del clasicismo, de Piero della Francesca, me asombró cómo este gran artista obtenía la plenitud de la forma, la organización del es-

**“Ese día mi padre llegó a la casa a la hora del almuerzo; nos traía un regalo envuelto en papel periódico: se trataba de un perrito. Entró, nos saludó... de pronto empezó a sentir un malestar en el pecho, le pidió a mi madre que lo acompañara. A nosotros nos enviaron a jugar a la casa de los vecinos. Murió de un ataque al corazón, tenía 40 años. Nos invadió un clima de tristeza; con mis dos hermanos vimos a mi madre llorar todos los días, durante mucho tiempo. La atmósfera era tensa y no había dinero ni tiempo para estímulos culturales.”**



La inauguración del Museo Ciudad Botero fue todo un éxito. En la foto el Maestro con su esposa, Sophia Vari; el Presidente de la República, doctor Andrés Pastrana y su esposa Nora Puyana; el Expresidente, doctor César Gaviria y el Alcalde de Medellín, doctor Juan Gómez. Foto: El Mundo



Fueron 208 obras donadas por el Maestro Botero al Banco de la República en Bogotá y al Museo Ciudad Botero de Medellín 121 de sus obras y 21 piezas de su colección personal. Foto: El Mundo

pacio y la perfecta armonía cromática. La pintura italiana siempre ha sido mi pasión”. Después volvió a México. Allí pintó su famosa Mandolina, considerada como el primer hallazgo fundamental de ese estilo de formas grandes que, en sus propias palabras, encuentran un superlativo en los detalles pequeños. Ese arte que, lo anticipó Marta Traba en 1957, jamás será una impostura, porque nace de los más sinceros esfuerzos por existir como creación propia. Un arte que irá defendiendo valores cada vez más firmes, porque la tenacidad, unida al talento, no puede nunca desembocar en el vacío.

## La donación de Botero La mejor escuela de arte

El valor de la donación de obras que hizo a Medellín y a Bogotá el artista Fernando Botero, no se mide con las contabilidades de máquina, aunque ya algunos calculistas viscosos hayan anunciado que la donación es superior, en pesos, a la ayuda militar norteamericana a Colombia el año pasado. Más, mucho más, valen las 208 obras cedidas con generosidad y gusto al Banco de la República en Bogotá; y ni qué decir de lo que hoy forma el Museo Ciudad Botero en Medellín, al cual entregó 121 de sus obras y 21 piezas de su colección personal. Cada óleo, cada escultura del Maestro o de los demás artistas, representan generosas oportunidades de sensibilización y conocimiento, de renovación de la mirada y del sentido de la realidad y el sueño. El antiguo Museo de Antioquia pasó de tener 2.500 metros, con la mayoría de las obras guardadas por años en sus sótanos, a tener 16.500 metros que permitirán disfrutar de colecciones en exhibición permanente, algunas en pleno espacio público como ocurre con la Plazoleta de las Esculturas. Colombia, en sus dos ciudades principales, ofrecerá una muestra amplísima de pinturas, dibujos y esculturas pertenecientes a la mejor producción del Maestro, según él mismo lo indicó. De sus obras pueden mencionarse, por ejemplo, la Monalisa Niña, Nuestra Señora de Colombia, Rosita, Familia Colombiana, Miss Rubens, Pedrito, Adán y Eva, Carrobomba, Ladrón y muchas más. Está también en Medellín la colección de maestros colombianos como Francisco Antonio Cano, Marco Tobón Mejía, Ignacio Gómez Jaramillo, Carlos Correa, Eladio Vélez, Pedro Nel Gómez, entre otros. Así mismo, teniendo en cuenta la donación a Bogotá, será posible apreciar obras de:

- Preimpresionistas como, Eugene Boudin, Camille Pissarro, J. B. Camille Corot.
- Impresionistas como Pierre Auguste Renoir, Claude Monet, Henry de Toulouse-Lautrec, Gustave Caillebotte, Edgar Degas, Guillaumin, Alfred Sisley.
- Fauves como Matisse, Rouault, Albert Marquet y Kees van Dongen.
- Expresionistas como Emil Nolde, Oscar Kokoschka, Max Beckman, George Grosz.
- Grupo de los Nabis: Pierre Bonnard, Edouard Vuillard, Aristide Maillol.
- Grupo de la Escuela de París: Marc Chagall, Balthus, Jean Dubuffet, Jacques Lipchitz, Cahim Soutine.
- Cubistas como Georges Braque, Fernand Léger, Henri Laurens.
- Surrealistas como Max Ernst, André Masson, Alberto Giacometti, Paul Delvaux, Joan Miró, Giorgio de Chirico, Roberto Matta, Wifredo Lam.
- Secesionista de Viena: Gustav Klimt.
- Abstractos: Antoni Tàpies, Willem de Kooning, Asger Jorn, Serge Poliakoff.
- Otros modernos: Pablo Picasso, Francis Bacon, Henry Moore, Lucien Freud, Sophia Vari, Julio González, Rufino Tamayo, Sonia Delauni, Francisco Toledo.
- Constructivismo: Francisco Torres García
- Arte cinético: Alexander Calder
- Otras tendencias: Miguel Barceló, Alex Katz, Anthony Caro, Manolo Valdéz, Giacomo Manzu, Robert Montherwell, Richard Estes, Jean Ipustegui, Neil Welliver.

Además, el maestro Fernando Botero hizo una donación de todos conocida, de 1 millón de dólares para una escuela de arte en Medellín y fortaleció la dotación de instrumentos de la red de bandas y escuelas de música.

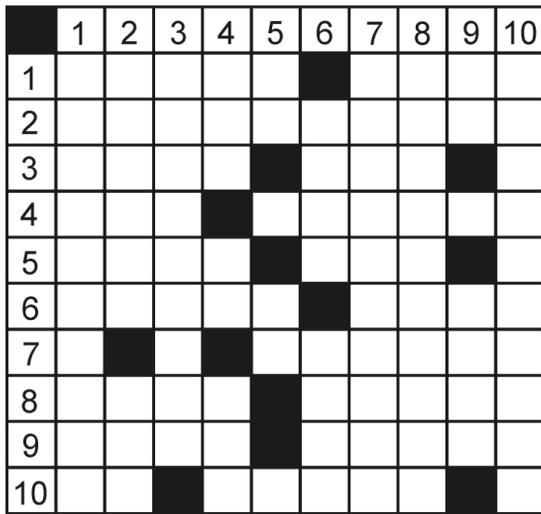
El Departamento Administrativo de Prevención, Atención y Recuperación de Desastres DAPARD realizó el pasado 12 y 13 de octubre un taller de capacitación para la implementación del Plan Nacional de contingencia contra el derrame de hidrocarburos, derivados y demás sustancias nocivas en aguas marinas, fluviales y lacustres, PNC. La capacitación tuvo el respaldo de los Ministerios del Interior, Medio Ambiente, Minas y Energía y del Plan Nacional de la Prevención y Atención de Desastres PNPAD. Su público fueron los encargados de los Comités Regionales y Locales para la Atención de este tipo de eventos, con los que se analizó la Ley 46 de 1988 referida al Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres y algunos de sus Decretos, y luego se discutió el estudio del PNC.



## CRUCIPULSO Por Julio Ramiro Sanín, médico

### HORIZONTALES

- El satélite mayor de Marte. Hoy día, si no...no vendes. ¿Entendió doctor?
- Amarráramoslo
- Hombre malo que come niños (no es pederasta). Sieso
- Carro americano al revés. Falta de energía.
- El tan famoso principio vital. Muy picante, pero con una ortografía!
- Septentrión. Gajo
- Cien romano. Oxígeno. Panelita deliciosa (invertida)
- En un lugar preciso (invertida). Ponga cortante
- Cocinan al fuego. Le da vuelta
- Sin dinero. Rígida. Azufre



### VERTICALES

- Capital de la Toscana a orillas del río Arno (plural)
- Insisto: al adolescente.... aún cuando no le entiendan la jerga. Se lo tomaban en los años 60
- Canción de los gondoleros
- Au. Michigan Technologic. La hormiga gringa
- Del verbo saber. La primera interjección de ánimo. Iodo
- Lo que más cuidan las mamás en el patio (singular). Regalaré
- Equipo de sonido que funciona sin pila ni electricidad
- No hay tísico que se le resista
- Aluminio. Iodo. Muy grande
- Lo son el tomate, la papa, el lulo etc.



SOLUCIÓN AL ANTERIOR

Encuentre la solución en el próximo número

## Sociales



Foto, cortesía U de A.

**Universidad de Antioquia 197 años. Entrega de la distinción Egresado Sobresaliente al doctor Carlos Gaviria Díaz, actual Magistrado de la Corte Constitucional, el viernes seis de octubre en el Paraninfo de la institución. La labor profesional del Magistrado ha sido destacada por su valía intelectual y son de todos conocidas sus intervenciones contundentes en relación con el derecho a la salud y a la vida digna. En la foto aparece, haciendo entrega del reconocimiento, el doctor Jaime Restrepo Cuartas, Rector del Alma Mater.**

## 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

## CLASIFICADOS

Anuncie en los clasificados del periódico **EL PULSO** tarifas económicas  
 Mayores informes, teléfonos:  
 (4)263 43 96 - (4)263 78 10

**HOSPITAL & EMPRESA.** De venta en el Hospital Universitario San Vicente de Paul, dirigido al personal de las áreas administrativas del sector de la salud. Mayores informes en el teléfono (4) 2637810 ó en el correo electrónico: [elpulso@elhospital.org.co](mailto:elpulso@elhospital.org.co)

**ALLEGRO:** Grupo Vocal e instrumental. Eucaristías, conciertos de música popular y de Navidad. Representante. Gloria de Toro. Tel: (4)571 01 88

**LA CORPORACIÓN ANTIOQUEÑA DE DIABETES VENDE:**  
 Electrocardiógrafo digital 1/3 canales. Marca: Cardioline. Modelo: delta 1 plusd. Mayores informes: (4)263 78 10.

**JAGOMEL.** Fábrica de muebles. Gran variedad de muebles decorativos para el hogar en madera. Calle 48 No 53 28. Teléfono (4)272 24 14.

Rebobinado de cintas de impresoras, remanufactura de cartuchos para impresora láser y recarga de cartuchos de impresión de tinta. Teléfono: (4)2340261.

## 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: \_\_\_\_\_

Apartado Aéreo: \_\_\_\_\_

**VALOR SUSCRIPCIÓN ANUAL \$ 26.000**

Forma de pago Efectivo  Cheque

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

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: (4)263 44 75

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

Calle 64 con Carrera 51D  
 Teléfonos: (4)263 43 96 - (4)263 78 10.  
 e-mail: [elpulso@elhospital.org.co](mailto:elpulso@elhospital.org.co)  
 Medellín - Colombia



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



**"En Antioquia, no más ciegos por diabetes"**, es el nombre de la jornada anual que organiza el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, con el fin de ayudar a prevenir y diagnosticar la retinopatía diabética. La actividad se llevará a cabo el sábado 18 de noviembre de ocho de la mañana a cuatro de la tarde. Los oftalmólogos y los retinólogos del Hospital y de la Universidad de Antioquia harán completamente gratis la consulta y, además, se hará el examen de glicemia, también sin costo.

## Los principales desafíos

Apartes de la intervención de la Ministra de Salud, doctora Sara Ordóñez Noriega en el X Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sistemas Privados de Salud, realizado en Cartagena, el 20 de septiembre 2000.

## del Sistema de Salud en Colombia

también origen en mecanismos y procedimientos que es preciso identificar con claridad para introducir desde ya los correctivos necesarios.

Uno de esos aspectos, lo constituye el deficiente mecanismo de inspección, control y vigilancia con que cuenta el sistema. No es deseable, ni aceptable entregar competencias y recursos, tanto a aseguradoras y administradoras, como prestadoras de servicios, públicas y privadas, amén de a los entes territoriales: departamentos y municipios, sin que simultáneamente se establezca un control efectivo.

La puesta en marcha del sistema sin este obligado parí-pasu generó una ilusión financiera en muchos de los actores del sistema, que conllevó a inversiones no siempre necesarias, a un incremento de los costos operativos y de personal y a un tren de gastos insostenible hacia el futuro.

Hay que reconocerlo, se desviaron recursos y aún hoy no estamos seguros de que todos se estén utilizando debidamente y en los tiempos adecuados. Para corregir el rumbo del sistema no se requieren modificaciones estructurales en la ley. Basta con llevar a cabo un conjunto de ajustes en su reglamentación e implementación, los que no dan espera.

En el régimen contributivo radica parte de la problemática del sistema. Una de sus principales manifestaciones es la evasión, que se presenta de diversas formas, siendo la más simple la no afiliación de aquellas personas que, teniendo capacidad para cotizar, no están en el sistema. Esto tiene un doble efecto, si se tiene en consideración que esas personas a su vez, dejan de aportar el punto de solidaridad con el que se financia buena parte del régimen subsidiado; razón de ser de la reforma.

De acuerdo con la encuesta de calidad de vida de 1997, más de 6.6 millones de colombianos vivían en hogares con ingresos laborales de más de dos salarios mínimos y se encontraban por fuera del sistema. Aún más, la misma encuesta demostró que en solo las ciudades, casi 3 millones de personas tenían ingresos superiores a 4 salarios mínimos y tampoco se encontraban afiliados a la seguridad social.

De otro lado, casi 600.000 personas participan en planes complementarios de salud, sin cotizar al sistema de seguridad social, aún a pesar del expreso mandato que, en sentido opuesto, contiene la ley 100. Estas personas deberían estar aportando al régimen subsidiado montos cercanos a los 41 millones de dólares, que sumados con los 26 millones de dólares que debería estar aportado el otro grupo de evasores antes mencionado, permitiría la afiliación de casi un millón de pobres más al sistema.

Otras formas de evasión se presentan cuando la empresa reporta sólo parte del ingreso de los empleados o cuando los trabajadores independientes informan un ingreso inferior al que perciben realmente. Por esta causa se dejaron de recibir el año pasado 65 millones de dólares, lo que hubiera permitido afiliar 1 millón doscientos mil personas adicionales, al régimen subsidiado.

En pocas palabras, sólo por razón de la evasión, más de dos millones de personas pobres permanecen privadas de un seguro de salud.

Con el fin de controlar la evasión el Gobierno Nacional implantará una serie de medidas, entre las que se incluye la constitución de un registro único de Aportantes (RUA) que permita vigilar los pagos de los ciudadanos; la conformación de una Central única de recaudos que tenga entre otras funciones la búsqueda activa de nuevos afiliados y la sanción ejemplarizante a las entidades de prepago que no verifique la afiliación y el pago, al régimen contributivo, de los usuarios de sus servicios.



**En pocas palabras, sólo por razón de la evasión, más de dos millones de personas pobres permanecen privadas de un seguro de salud.**

No se puede perder de vista que el aseguramiento en salud por parte de las EPS, no es una simple labor de administración de recursos con ánimo de lucro. Como su propio nombre lo indica, las empresas promotoras de salud, tienen su razón de ser en la promoción de la salud de los grupos que afilian. Si bien no se pretende que estas entidades cumplan una misión filantrópica, exclusivamente humanitaria, ni tampoco que generen pérdidas, las empresas que participan en el sistema de salud deben asumir una actitud ética frente al compromiso que adquieren no solo con sus afiliados y sus beneficiarios sino con la sociedad en su conjunto. Quienes ven su participación en el sistema simplemente como otro de los negocios lícitos que pueden emprenderse en Colombia, están atentando contra el mismo y pueden ser el germen de su destrucción. La intermediación en la salud se justifica en la medida en que aporte beneficios tangibles a los usuarios que son la razón de ser del sistema de seguridad social.

Por ello, las aseguradoras y administradoras de servicios de salud deben ser herramientas fundamentales para alcanzar las metas de cobertura universal y de igualación de los planes de beneficios, que se logran no solo con incrementos de recursos, sino con la maximización en el uso de los disponibles.

Seguimos teniendo un desarrollo rudimentario de los sistemas de información de la seguridad social, situación que afecta los procesos de planeación, toma de decisiones y control en el sector. Esta dificultad es particularmente sensible en el proceso de aseguramiento en el que es impera-

tivo identificar a los afiliados y sus beneficiarios para evitar que se presenten duplicaciones y se dé una indebida destinación a los recursos de compensación. En esta labor le compete un papel preponderante a las Empresas Promotoras.

De la misma forma las EPS deben disponer de información dirigida a los usuarios que les permita a ellas contar con datos confiables sobre la cantidad, calidad y oportunidad de los servicios que prestan y a aquellos conocer sus derechos y obligaciones frente al sistema.

Tenemos también problemas con el cumplimiento del principio de la libre escogencia establecido en la Ley. Según la encuesta de percepción de la calidad realizada por la Defensoría, solamente el 38% de los afiliados afirma haber podido escoger su médico general y el 43% su especialista.

Para que la escogencia, sea ilustrada se implantará un proceso de acreditación institucional, que busca promover la mejora continua de las instituciones prestadoras de los servicios y el logro de un mejor nivel en la calidad y atención.

El desarrollo del Sistema debe continuar con la participación de actores públicos y privados, tanto para el aseguramiento como para la prestación de los servicios, dándole una utilización apropiada a la infraestructura existente. Los recursos del sistema no deben malgastarse en la ampliación y construcción de más centros de atención donde la oferta no haya llegado a su óptima utilización.

También hemos detectado deficiencias en el suministro de medicamentos. Si bien es cierto que el Sistema de Salud en Colombia cubre los medicamentos esenciales, cuya selección se realiza conforme a los criterios de la Organización Mundial de la Salud, estos deberían cubrir las necesidades generadas por al menos el 95% de la morbilidad de la población; sin embargo, llama la atención el hecho divulgado por el estudio de la Defensoría del Pueblo antes mencionado, según el cual, solamente el 60.2% de los pacientes encuestados recibe la totalidad de los medicamentos formulados. Más aún, cerca de la mitad de los usuarios realizaron pagos adicionales, que deberían estar cubiertos por el seguro.

**El desarrollo del Sistema debe continuar con la participación de actores públicos y privados, tanto para el aseguramiento como para la prestación de los servicios, dándole una utilización apropiada a la infraestructura existente.**

Los servicios de promoción y prevención, fundamentales en el sistema de salud, siguen en su papel de cenicienta. Sabemos que los usuarios no demandan espontáneamente servicios de prevención y detección temprana de la enfermedad. Por ello es necesario el concurso unificado del Estado y las aseguradoras para lograr las metas propuestas y conseguir una disminución de la enfermedad y la muerte por causas evitables.

No quiero terminar sin referirme a la situación que enfrentan las instituciones públicas aseguradoras y prestadoras de los servicios de salud. Para todos es conocida la problemática por la que atraviesan los hospitales públicos, el Instituto de Seguros Sociales, Cajanal y Caprecom. No obstante esas dificultades el Gobierno Nacional está comprometido en la búsqueda de soluciones de fondo que permitan preservar la indispensable participación del sector público en el sistema de seguridad social en salud. No habrá en Colombia monopolios públicos, ni menos privados, para la prestación del más esencial de los servicios que debe garantizarse a todos habitantes del país.

La reforma al sistema de seguridad social colombiana arroja, sin duda, un balance positivo. Vamos a mitad de camino y depende de todos los actores del sistema que estos avances se consoliden, para que los principios que inspiraron la ley 100 se hagan realidad en los próximos años".

Después de un pormenorizado análisis de la situación de la salud en el contexto latinoamericano, del caso colombiano y de los logros del sistema de salud de nuestro país, sustentado con cifras, y señalando entre otras que, "quizás el mayor desafío para la consolidación de las democracias, sea superar las inequidades sociales y económicas y prevenir la exclusión de los sectores más desfavorecidos de los beneficios del crecimiento económico" (...) "Las reformas de los sistemas de salud, no deben considerarse en forma aislada, sino como parte del proceso de modernización integral del Estado, en el que el papel y las funciones de los organismos de gobierno son materia de revisión y de cambio"..., la Ministra de Salud expuso en su discurso de intalación del Congreso, los retos que se presentan para el Gobierno, el sector de la salud y sus actores principales, con el fin de alcanzar las metas propuestas en la Reforma del Sistema. A continuación EL PULSO reproduce su exposición:

### Los principales desafíos del Sistema de Salud en Colombia

"A pesar de que los resultados que hasta la fecha, como hemos visto, son positivos, es útil, desde una perspectiva constructiva y aprovechando la presencia de nuestros colegas de otras latitudes, presentar los principales retos que enfrentan la sociedad y el sistema de salud colombiano y las políticas que estamos adelantando y que habrán de implementarse, para superarlos.

Todavía permanecen por fuera del sistema cerca del 42% de los colombianos más necesitados. Existe desigualdad en los planes de beneficios; se vulnera el derecho a la libre escogencia y tenemos graves deficiencias en los sistemas de información, en la provisión de medicamentos y en los campos de promoción y prevención.

Algunos de estos problemas pueden explicarse por situaciones de tipo exógeno, sobre las que el sector tiene muy poca maniobrabilidad, pero hay otras que son endógenas, y en ellas debemos concentrarnos.

#### Situaciones exógenas: coyuntura macroeconómica

Dentro de las causas exógenas, se destaca la difícil coyuntura económica que hemos enfrentado en los últimos años. La fase de implantación de la reforma, que es siempre la más vulnerable, tuvo

que desarrollarse en medio de la más honda recesión económica que haya registrado la historia reciente de nuestro país.

El crecimiento económico en Colombia, que desde 1930 fue constante y durante las pasadas décadas se ubicó en promedio entre el 3 y 4% anual, entró en franco descenso a partir de 1995, hasta llegar a niveles negativos del 4.5% del PIB el año pasado. Como es conocido, cuando una economía enfrenta estas dificultades, el primer afectado es el empleo. Hoy en día la tasa de desocupación se halla en niveles nunca antes vistos: superando el 21%. Estos 3 millones de colombianos desempleados, no sólo dejaron de aportar al sistema, sino que requirieron ser subsidiados por el Estado. Ello ha generado en la actualidad una sobrecarga para la red pública, que está causándole problemas financieros no sólo a las instituciones sino a la Nación entera, que debe buscar constantemente mecanismos excepcionales de ayuda.

Al no generar nuestra economía los puestos de trabajo necesarios, han sido menores los salarios y menores también los flujos de recursos parafiscales con destino al régimen contributivo, poniendo en riesgo su autosuficiencia y demandando esfuerzos fiscales en momentos en que el país está haciendo un urgente ajuste en esta materia. Considerando que una parte de la financiación del régimen subsidiado deriva aporte del contributivo, se evidencia aun más el efecto nocivo que se produce con la desaceleración de la economía.

La recesión económica también ha generado menores ingresos corrientes en la Nación, debido a la caída de los recaudos tributarios. Por esta razón, durante las últimas dos vigencias ha sido necesario hacer inevitables reajustes en el situado fiscal y en las participaciones municipales, que son las dos fuentes principales de recursos para financiar la salud a nivel regional. Así mismo, la falta de reglamentación y la ausencia de vigilancia y control, han causado que algunas rentas cedidas, como son los derechos de explotación de los juegos de suerte y azar y los licores, cuyo producido debe sufragar los servicios de salud en los entes territoriales, han convertido a esta fuente de recursos en relativamente intrascendente, cuando en otros países es el mayor surtidor de los mismos.

#### Situaciones endógenas

A pesar de las bondades del sistema de salud que se puso en marcha a partir de la expedición de la ley 100, las metas de cobertura universal que debían ser alcanzadas en menos de una década, no son cumplibles a la fecha. Esto se debe no solo a las condiciones exógenas antes mencionadas, sino que tienen

**Todavía permanecen por fuera del sistema cerca del 42% de los colombianos más necesitados. Existe desigualdad en los planes de beneficios; se vulnera el derecho a la libre escogencia y hay graves deficiencias en los sistemas de información.**

## MUNDO MÉDICO

Un mundo de suministros hospitalarios a su servicio

- Equipos Médicos
- Elementos Diagnósticos
- Medicamentos Esenciales
- Material Médico Quirúrgico Nacionales e importados
- Medicamentos Especializados
- Muebles Hospitalarios
- Instrumental Quirúrgico

Bogotá: Calle 70 No 10 - 25. Tels: (1) 312 54 64 - 310 40 06. Fax: (1) 312 54 54. E-mail: farsalud@latino.net.co

Barranquilla: Carrera 50 No 80 - 158. Tels:(5) 358 34 34 - 358 40 32 - 356 32 19. Fax: (5) 345 48 92.E-mail: mundomed@latino.net.co

Cali: Carrera 43 A No 5 C - 22. Tels: (2) 513 17 52 - 553 61 52. Fax: (2) 513 17 52. E-mail: mundoclo@latino.net.co

Medellín: Calle 10 No 36 - 44. Oficina 202. Tel: (4) 311 31 58. Telefax: (4) 312 69 90. E-mail: mmundo@latino.net.co

El Instituto Nacional de Cancerología incorporó nueva tecnología. Se trata de la Gamacámara Siemens E.CAM. El equipo es completamente robotizado y los beneficios en tiempo son enormes. Por ejemplo, una gammagrafía ósea que se efectuaba en media hora ya se hará en sólo 10 minutos. Igualmente, en sólo la mitad del tiempo se realizan tomografías ósea, cerebral o cardíaca que tardaban, como mínimo, 30 o 40 minutos y suponían incomodidades evidentes para la gente. Otra ventaja es que mediante un CD se pueden importar imágenes de tomografía radiológica y resonancia nuclear magnética, con el fin de realizar fusión de imágenes funcionales (medicina nuclear) y anatómicas (radiología) de gran ayuda para los clínicos.



## Propuesta de medicina alternativa para el Sistema de Salud

### Desafiando prejuicios Por: Yuly Atehortúa M. Periodista

Existe de todo: desde los centros médicos con licencia de funcionamiento, médicos universitarios que utilizan ayudas terapéuticas alternativas con seriedad y casas vegetarianas con productos provenientes de laboratorios reconocidos, hasta los charlatanes que se hacen pasar por enviados, con poderes sobrenaturales, o los que no llegan a tanto, pero como han leído algunos libros ya están dispuestos a recetar. Muchos centros ni siquiera tienen licencia ni son vigilados por los organismos de control. La medicina alternativa no está integrada al Sistema de Seguridad Social Colombiano, y no hay ni reglamentación ni control de su ejercicio.

Quizás quienes ejercen la medicina tradicional han sido los causantes de que muchos de sus adeptos engrosen las filas de los bioenergéticos, homeópatas y otros representantes de las terapias alternativas. Según el médico Edgar Patarroyo de la Universidad Nacional de Bogotá, "la medicina tradicional se ha quedado atrás con el proceso evolutivo de la conciencia de la gente". Juan Felipe Jaramillo, médico general egresado de la Universidad de Antioquia, lleva 13 años ejerciendo como médico bioenergético y también es Monje Zen. Él compartió tres años con

**los mamas** en la Sierra Nevada de Santa Marta y un año con **los Jaibanas** en el Chocó y aprendió que la medicina indígena tiene visión más integral del ser humano, el médico allí es un ser dotado de la capacidad de restituirle al paciente su conexión con la vida, no sólo la estabilidad y función de un órgano, sino todo lo que fue socavado por la enfermedad y eso es lo que trata de hacer con sus pacientes, convirtiéndose en un compañero o un guía, si es posible. Él cree que es hora de unir la investigación técnica y científica con un saber que se vincula con las raíces y tradiciones más profundas, para darle la oportunidad al usuario de reunir todo lo que le convenga para mejorar su salud. Con esto plantea la posibilidad de integrar al Sistema de Seguridad Social en Salud los servicios alternativos, sin embargo considera que "todavía hay desconfianza porque los médicos creen que van a perder prestigio, hay un sentimiento de inquisición y falta paciencia para estudiar y definir terrenos".

No obstante, algunas EPS del país como Susalud, Coomeva, Coopesalud y otras, ofrecen dentro de los servicios de medicina prepagada la opción de médicos bioenergéticos, y ahora podemos ver que éstos se han convertido en médicos de médicos tradicio-

nales. La medicina china especialmente tiene tradición milenaria y validez científica al igual que las que se han dado en occidente, y el uso de medicamentos naturales se ha extendido tanto en Colombia que el Ministerio de Salud aprobó 120 plantas medicinales.

Las drogas naturales no las cobija el Plan Obligatorio de Salud, POS. Pero el hecho de ser medicamentos sin componentes químicos y constituir una opción diferente de atención que ha logrado popularidad, figuran como las ventajas de esta medicina que como su nombre lo dice puede ser una alternativa para el usuario, siendo efectivamente controlada, o puede convertirse en un problema peor, por la cantidad de fármacos adulterados o de contrabando que inundan el mercado. La integración de la medicina alternativa al Sistema no solucionaría completamente el problema pero sin duda traería al país algunos beneficios, por una parte la seguridad de que el médico que trata no es un charlatán, por otra que los productos que receta no van a perjudicar más al paciente y que darían la posibilidad de acceder a otras formas de curar para quienes están cansados de lo mismo y quieren experimentar, buscando dentro de sí, la opción de sanarse.

### Opina el Director del Invima

"Es más la buena voluntad del Invima, de tratar de ejercer un control sobre la falsificación y contrabando de productos naturales y de buscar los elementos jurídicos para hacerlo, que la buena voluntad desde la ley de darnos herramientas para poderlo hacer" observa Miguel Angel Rueda, Director de esta institución, frente al problema de la cantidad de productos de origen homeopático o de origen natural que inundan el mercado sin control alguno, los primeros porque no requieren registro sanitario, los segundos porque aunque tienen legislación no se está cumpliendo; "ya era hora de estar exigiendo registros sanitarios, pero el gobierno tratando de ser generoso y de abrir fuentes de empleo les ha dado espera para organizarse y para que puedan adoptar buenas prácticas de manufactura" aclara.

Actualmente en la Comisión Sexta del Senado se está cursando un proyecto de ley para reglamentar la homeopatía, la medicina psicosomática, la bioelectrónica, la medicina aborigen y las medicinas alternativas no farmacológicas. También se realizan conversaciones con naturistas y académicos interesados en darle un soporte científico y convenir una reglamentación justa. De tal forma que los medicamentos naturales tengan exactamente el mismo control de calidad que los otros: estudios de parámetros de seguridad y estudios clínicos que certifiquen las indicaciones, porque tantas bondades ofrecidas en un solo empaque de estos productos son razones de más para restarles credibilidad. También deben garantizar que no sean tóxicos.

Eso quiere decir que mientras se legisla y se intenta controlar, las personas que ingieren fármacos naturales dependen de las buenas intenciones de sus productores; ni siquiera integrar la medicina al Sistema de Seguridad Social en Salud va a influir según el doctor Miguel Angel Rueda, para que se le den garantías a los usuarios: "considero que las drogas y medicina natural pueden ser una alternativa terapéutica en algunos casos, pero con los medicamentos naturales pasa exactamente lo mismo que con los convencionales: el problema de falsificación y contrabando es muy grande. En una redada en la Calle del Cartucho encontramos gente produciendo maleza, con la idea que como era natural no hacía daño. Hasta ahora estamos haciendo un diagnóstico del sector formal ¿cómo será cuando lo empecemos a hacer sobre el sector informal? El problema es que aquí falsifican cualquier cosa que se puede vender y sino hay responsabilidad por parte de los productores el asunto se torna más grave".

IATM:  
23 cms x 17 cms.

CORPAÚL

31 X 15.5 cms