

¿Por qué la regulación en el sector?	Preocupa recorte de presupuesto de Colciencias	La medicina en una encrucijada ética	Gestión de residuos en la Universidad de Antioquia
Ver página 8	Ver página 10	Ver página 12	Ver página 15

Periódico
para el sector
de la salud

EL PULSO

Medellín, Colombia – No° 5 – Febrero – 1999 – valor: \$1.000

El Centro regulador de Atenciones Electivas, agita el ambiente de la salud

Por Sonia Gómez Gómez

“Con el fin de racionalizar los recursos financieros disponibles, mediante la optimización de la red pública de servicios de salud, se ha implementado el Centro Regulador de Atención Electivas, CRAE”, anunció la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, en circular enviada el 5 de noviembre último, a las Administradoras de Régimen Subsidiado, Direcciones Locales de salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, públicas y privadas y Empresas Promotoras de Salud. Esta noticia agitó el ambiente, ya de por sí bastante convulsionado, del sector salud en Antioquia por cuanto implicó un cambio notable en cuanto a la forma operativa como se estaba manejando el I y II nivel de atenciones que tienen contratos con la Dirección Seccional de Salud de este departamento, para prestación de servicios a la población vinculada y subsidiada.

MÁS CONTROL

Según Guillermo León Franco, director de esta dependencia, “no se estaba aquello de que el paciente para acceder a los servicios de I y II nivel debe ingresar por el primer nivel o por urgencias. A nosotros nos pasaban facturas simplemente de cuanto procedimiento se le había practicado a cualquier persona en cualquier centro hospitalario, sin tener en cuenta si ella debía ser atendida realmente allí o en otro más cercano a su residencia, o en otro nivel de complejidad. Ahora nuestros funcionarios del CRAE son los que autorizan las remisiones y ubican la institución donde será atendido el paciente, teniendo presentes siempre criterios de calidad del servicio”.

CRITICAS

Si bien las Empresas Sociales del Estado han aplaudido esta norma, porque rescata su importancia dentro de la cadena de servicios de salud, algunos hospitales, como el San Vicente de Paúl de Medellín, han criticado la forma como se está manejando el CRAE y dicen que “parece necesario abrir un compas de espera en el desarrollo de este modelo, puesto que lo que se escribe hasta ahora es más un mecanismo de direccionamiento económico – administrativo que prima sobre las reales necesidades de los pacientes”, como lo expresa Julio Ernesto Toro Restrepo, en esta edición de EL PULSO.

LEA EN ESTA EDICIÓN

Buena respuesta al eje cafetero

El sector de Antioquia respondió una vez más con liderazgo ante una tragedia nacional. A pocas horas del terremoto en el eje cafetero, un equipo interdisciplinario e interinstitucional estaba a órdenes del Puesto de Mando Unificado, en las oficinas del Programa Aéreo de Salud. Este es un balance.

PAGINA 9

Es necesario afinar criterios Para prescripción de sangre

Una de la estrategias para enfrentar en déficit permanente de sangre en los bancos de sangre, tiene que ver con una mejor preparación de los profesionales del sector salud respecto a la prescripción de la misma. Declaraciones al respecto hace el médico Carlos Vallejo, del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín.

PAGINA 11

Terapia endovascular para enfermedades Cerebrovasculares

Un equipo multidisciplinario dedicado al desarrollo y a la aplicación de la terapia Endovascular, destinada, destinada a los pacientes con enfermedades cerebrovasculares, presenta sus experiencias a través de las páginas de EL PULSO

PAGINA 13

Se recrudece el debate sobre la Ley 100

Necesidad de un sistema único de información, mayor severidad y efectividad en los mecanismos de vigilancia y control, descentralización, agilidad en el flujo de recursos, distribución equitativa y eliminación de intermediación, fueron algunas de las propuestas que plantearon los representantes del sector salud de Antioquia en el Foro de la Salud Regional Occidente, realizado este mes en Rionegro, Antioquia.

El evento, que fue presidido por el Ministro de Salud, Virgilio Galvis, hace parte de otros siete foros que se adelantan en distintas ciudades del país, a raíz del debate convocado por el Ministerio de Salud y la Comisión Séptima del Congreso en torno a la Ley 100.

COINCIDENCIA

En el foro presentaron ponencia representantes de las Facultades de Medicinal, IPS privadas, EPS y Administradoras del Régimen Subsidiado, Empresas Sociales del Estado, Empresas Solidarias de Salud, Copacos y Ligas de Usuarios y hubo una exposición del Movimiento Nacional por la Defensa de la Salud Pública.

Sus visiones fueron sectoriales, lo que significa que, pese a las objeciones en torno a la marcha de la Ley 100, todavía no se puede hablar de acuerdos generales que permitan concluir si hay que reformar dicha ley, o si se trata de problemas en su aplicación. En opinión de algunos analistas, todavía no hay suficiente profundidad en los argumentos para tomar decisiones.

Sin embargo, hay conciencia en señalar problemas muy evidentes como la falta de vigilancia y control en el sector, por lo que muchos expositores solicitaron aumentar el radio de acción y la descentralización de a Superintendencia Nacional de Salud. Otro punto álgido tiene que ver con la eliminación de las ARS, lo cual es solicitado por diversos actores.

El debate continúa en todo el país. En la próxima edición de EL PULSO publicaremos propuestas concretas de las mesas de trabajo que a lo largo de este mes continua discutiendo en torno al tema.

PAGINAS 6 Y 7

<p>SIMPOSIO DE TOXICOLOGÍA Este año el Departamento de Toxicología del Hospital San Vicente de Paúl cumple veinte años. Para celebrarlo realizarán el Simposio de Actualización en Conductas Adictivas. El evento tendrá lugar en el Planetario Municipal, los días 25 y 26 de febrero. Está dirigido a estudiantes, médicos, psicólogos, psiquiatras y demás personas interesadas</p>	<p>EL PULSO -----2-----</p>	
--	---	--

“Con el CRAE cumplimos un mandato legal”
dice la Dirección de Salud de Antioquia

El Centro regulador de Atenciones electivas, CRAE, empezó a operar como tal solamente en noviembre de 1998, pero el impulso que se le ha dado desde la Dirección Seccional de Salud de Antioquia y su sustentación jurídica, hacen de él un programa bandera respecto al cual tanto el Consejo Territorial de Seguridad Social, como la gobernación de Antioquia y el Ministerio de salud consideran que es buena estrategia para consolidar el Sistema general de Seguridad Social en el Departamento.

EL CRAE atiende las solicitudes de atención de II y III nivel de complejidad para las personas Vinculadas, es decir que no están en los regímenes subsidiado o contributivo, o atenciones que están por fuera del plan obligatorio de salud subsidiado. Esa solicitud debe llegar a través de las entidades de salud que requieran atender dichos pacientes, con cargo a contratos suscritos por la Dirección Seccional. En el CRAE se evalúa la pertinencia de la remisión, se verifican los derechos del usuario y se les asigna una cita en la institución que considere más adecuada para el caso específico teniendo en cuenta cercanía a su lugar de residencia, grado de complejidad, disponibilidad, etc.

Esto aplica todo un montaje profesional y técnico, ya bastante conformado, en un área asignada para ello en el edificio El Sacatín. El sustento del CRAE en su Sistema de información que está en procesos de duración.

EL EQUIPO

El equipo humano que está al frente de la parte operativa son más de 30 personas (2 urólogos, 1 gineco – obstetra, un internista – endoscopista, un neurocirujano, 15 médicos auditores de salud analistas de calidad, 15 digitadores, un técnico en sistemas de información y un ingeniero de sistemas). En infraestructura técnica se cuenta con computadores, Internet, comunicación de radio HF Y VHF, conectados a estaciones móviles y fijas en todos los hospitales públicos del departamento, fax, teléfonos módem, sistema, tronking. Se está en proceso de contratación de la línea 9800 para información al usuario, con cargo revertido a la Dirección Seccional.

Para este Centro de Regulación hay aplausos desde las Empresas sociales del Estado que ven en él un nuevo aire frente a su crisis financiera ya que el flujo de pacientes para sus niveles de complejidad será más regular; hay reservas de parte de algunos funcionarios de salud que se quejan por lo que consideran un incremento en la tramitología y hay críticas de algunas entidades prestadoras de servicios de salud que argumentan, por ejemplo, que con esta regulación se le está impidiendo al paciente la libre elección, consagrada en la Ley 100.

Sin embargo, Guillermo León Franco, cabeza de la Dirección Seccional de salud, dice primero, que con el CRAE se está cumpliendo un mandato legal que tiene esta dependencia de organizar, reglamentar, vigilar y controlar la prestación de los servicios de salud, en especial para la población vulnerable, y que el ánimo no es polemizar o afectar las finanzas de algunos centros asistenciales, sino de favorecer que cada uno se especialice en el nivel que le corresponde en esa manera se beneficia todo el Sistema de Salud y se racionaliza el gasto.

Insiste en que cada director de los hospitales o clínicas debe mirar el bien del conjunto y no su propia parcela y reitera que la Seccional está obligada por ley a utilizar la red pública para atender sus pacientes y eso se está haciendo con el CRAE.

En últimas, dice, el CRAE nació de una necesidad de las Empresas Sociales del Estado que estaban al borde de la quiebra mientras los dineros de la Dirección Seccional se estaban gastando sin adecuada regulación. En otras palabras, explica, ocurría que no se estaba cumpliendo la norma según la cual el paciente debe tener acceso a los servicios de salud por el primer nivel o por los servicios de urgencias. Así, pacientes que bien podían y debían ser atendidos en los hospitales de su localidad, en un primero o segundo nivel, estaban siendo atendidos, innecesariamente, por hospitales de tercer nivel, o eran desplazados a centros asistenciales lejanos a su lugar de origen, ocasionando sobre costos y subutilizando la red pública en sus niveles iniciales de atención.

De otro lado, la Dirección de Salud se estaba limitando a pagar mientras los otros cobraban y no había mayor control de calidad sobre los procesos de atención. Ahora el CRAE exige que todo paciente para ser atendido por entidades de II Y III nivel, con cargo a los contratos suscritos con la Seccional debe llevar un visto bueno de este centro regulador, que evalúa la pertinencia de la remisión y ubica la entidad donde será atendido, según sitio de vivienda del usuario, nivel de complejidad, disponibilidad de los servicios etc.

CONTROL DE CALIDAD

Todos los trámites de referencia de pacientes se realizan entre la institución remitente y el CRAE y al dicho paciente se le informa – está estipulado que en un máximo de 5 días hábiles- el lugar y hora de su atención. Este proceso implica un control de calidad por cuanto los médicos del CRAE, antes de autorizar la referencia del paciente deben revisar toda la información que llega sobre el paciente, confrontar y/o analizar la impresión diagnóstica con la guías de manejo médico basado en las evidencias clínicas.

“Algunos médicos se quejan porque el CRAE les está implicando llenar de manera muy completa historias clínicas, pero la verdad es que esta información hace parte de la buena calidad de la atención y si antes no se hacía ahora sí llegó la hora de cumplir con un deber profesional frente al paciente y frente a las entidades reguladoras”, afirman los directivos de la Seccional de Salud.

Adicionalmente, explica el médico Nicolás Pérez, subsecretario de esta dependencia, para buscar la transparencia en la ejecución de los contratos con cargo a la Dirección Seccional de Salud se han contratado 7 firmas de auditoría externa, que vigilan el desarrollo de los mismos de manera integral, tanto financiera como técnica y se está en proceso de evaluar la satisfacción del cliente externo.

UN BUEN SISTEMA DE INFORMACIÓN

El CRAE cumple su función en el campo de las atenciones electivas y por lo tanto se aplica para interconsultas con especialistas, ayudas diagnósticas, hospitalización y cirugía no urgentes. Lo urgente es coordinado por el CRUE, Centro Regulador de Urgencias y Emergencias.

Ambos, tanto el CRUE como el CRAE, hacen parte de todo un sistema de información general en seguridad social, ya que para que funcionen en forma expedita y eficiente tienen que estar sustentados en una excelente base de datos y en un software con especificaciones muy precisas.

Para el proceso del CRAE el software debe (entre otros) estar en condiciones de:

- Recibir, validar, integrar y procesar los datos sobre las solicitudes de remisión de pacientes del primer nivel que demandan servicios o atenciones electivas de segundo y tercer nivel en la red pública y privada de departamento.
- Permitir el envío, vía módem o Internet, de datos e informes desde la E.S.E. de primer nivel o menor complejidad de las solicitudes de remisión o atención hasta el CRAE y viceversa.
- Permitir la actualización de los datos sobre la pertenencia médica y administración de las solicitudes.
- Realizar y validar los cruces de información provenientes de El Sisbén – Salud, D.L.S., afiliados a las A.R.S. y E.P.S. relacionados con aseguramiento y específicamente el régimen subsidiado y contributivo.
- Permitir el acceso remoto a las bases de datos de Sisbén – Salud y de afiliados a los diferentes regímenes desde distintos sitios como pueden ser las E.S.E., I.P.S., etc.

- Permitir interfase con otros sistemas desarrollados o por desarrollar de la Dirección Seccional.
- Asignar las citas automáticamente de acuerdo con el portafolio de servicios de las instituciones de segundo y tercer nivel, de la red pública y privada.
- Producir informes predeterminados y a especificación del usuario.
- Permite la importación y exportación de información de y a otras fuentes de datos.
- Producir la información necesaria para la interventoría de la gestión de los recursos financieros asignados a la atención de los vinculados del departamento.
- Enviar los datos relacionados con la contrareferencia de la remisión de pacientes a la institución solicitante vía módem, Internet y permitir su control.

Los datos anteriores apenas dan una idea de cómo el CRAE exige de todo el Sistema de Salud, una enorme fortaleza en el campo de la información, con lo cual no sólo se garantiza un efectivo funcionamiento del sistema, sino que se propician avances en la gestión de salud en su conjunto que ha contado precisamente entre sus debilidades con unas bases de datos insuficientes.

DIFICULTADES

Precisamente, por estar basado en un complejo programa de información y por estar inmerso en un Sistema de Seguridad Social apenas en desarrollo, el CRAE tiene en sus escasos 4 meses de implementación problemas a la vista, como estos, anotados por el médico Nicolás Pérez.

- A los hospitales públicos se les dotó de internet para una expedita información y pocos están usando esta herramienta.
 - Los hospitales de primer nivel no están generando los procesos de auditoría médica, lo cual hace que no se decanten bien los casos antes de ser remitidos a otros niveles.
 - Se remiten pacientes que deben ser atendidos dentro del régimen contributivo, cuando se tiene claro que el CRAE es para los pacientes Vinculados al Régimen General de Seguridad Social en Salud.
 - También se remiten pacientes a los que no se les ha hecho la encuesta del Sisbén y por lo tanto no están en la base de datos. En ese caso se debe orientar a las personas para que se hagan sisbenizar en los municipios.
 - Hay otros problemas adicionales que generan dificultades en la base de datos y es, por ejemplo, el caso de pacientes que tienen varias ARS porque se han hecho sisbenizar en distintos municipios, o pacientes que carecen de identificación.
- En síntesis, explica Nicolás Pérez, se está depurando la base de datos y en tanto esos ocurre se presentan algunas debilidades en el funcionamiento del CRAE, pero algo muy positivo es que precisamente con esta depuración de la información gana todo el Sistema General de Seguridad Social.

Fundamentación legal del CRAE

Esta es la argumentación legal de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, para la creación del CRAE:

1. La Constitución , que declara la atención en salud como un servicio público a cargo del Estado, a quien responsabiliza de la organización, dirección, reglamentación, vigilancia y control de la prestación de dicho servicio.
2. La ley 60 de 1993 que establece como competencia de los departamentos la de financiar y garantizar la prestación de servicios de salud de II y III nivel directamente o a través de contratos con entidades públicas, comunitarias o privadas.
3. La ley 100 de 1993 que establece que mientras se logra cobertura universal, los hospitales públicos y aquellos privados con quienes el Estado contrate, continuarán prestando servicios a la personas pobres y vulnerables que no estén afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
4. La ley 344 de 1996 que dispone que los recursos provenientes de la oferta que reciban las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, se destinarán exclusivamente a financiar la prestación de servicios a la población vinculada al sistema.
5. El plan sectorial de salud de Antioquia 1998- 2000 que prioriza el desarrollo de prestación de servicios de salud I,II y III nivel de atención y de urgencias a la población pobre del departamento; el desarrollo la red de servicios de salud del departamento, para garantizar la accesibilidad de la población a cualquier

- nivel de complejidad y, el desarrollo de la regulación tecnológica, para garantizar a la comunidad a través de la regulación, servicios de salud eficaces y eficientes, así como evitar la dispersión y mala utilización de los recursos sociales asignados al mismo.
6. El decreto 2759 de 1991 y su manual operativo que organizan el régimen de referencia y contrarreferencia del Sistema de Salud e indican que es de obligatorio cumplimiento para las entidades de la salud públicas y privadas con la cuales el estado haya suscrito contratos.
 7. La resolución 5261 de 1994 y el Decreto 806 de 1998 que establecen que el acceso a los servicios de salud siempre será por el primer nivel de atención o por el servicio de urgencias y para acceder a los niveles superiores el paciente debe ser remitido por el nivel de atención inferior. De igual manera, para el tránsito entre niveles de complejidad, es requisito indispensable el procedimiento de remisión.

<p>SER MEJORE DONANTES La coyuntura del Eje Cafetero puso en evidencia el hecho de que los colombianos somos muy solidarios a la hora de grandes emergencia; hace falta sin embargo, que el estado implemente políticas para fortalecer y promover la donación no coyuntural, como lo determina el artículo 30 de derecho 15- 71</p>	<p>EL PULSO -----3-----</p>	
--	---	--

Debate _____

Mejoremos el sistema de información en salud

Por Guillermo León Franco Castaño, Director Seccional de Salud de Antioquia

Con la Constitución Política de 1991 y la ley 100 de 1993, se definieron asuntos fundamentales para la acción de la sociedad en general y de los dirigentes políticos, sociales y de salud en particular. Estamos haciendo tránsito hacia una sociedad que, felizmente desde nuestra perspectiva, quiere consolidar un gran proyecto nacional, quizás el primero que no excluye a ningún habitante de sus beneficios, al reconocer la salud como un derecho de todos los habitantes del país.

Podríamos decir que más allá de algunos ajustes que se pueden requerir y hacer, el país ha completado el proceso político y legislativo necesario para hacer efectivo no meramente enunciativo dicho derecho, definiendo los procesos, procedimientos, recursos y responsables para titular dicho derecho. La Corte Constitucional, en diferentes pronunciamientos y fallos, así lo ha reiterado y garantizado.

Nos corresponde ahora a las instituciones y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, públicos y privados, responsables de este servicio público, crear las condiciones necesarias para la ejecución del mando político y legal de los colombianos, mediante la interpretación histórica y concreta de nuestros propios ámbitos de desempeño y gestión, la aplicación eficiente y eficaz de los recursos socialmente asignados para estos fines.

En este sentido, las entidades responsables de administrar los servicios de salud para los diferentes grupos poblacionales afiliados o vinculados al Sistema General de Seguridad Social, EPS, ARS, Direcciones locales y departamentales de salud, tienen un gran compromiso y responsabilidad social para lograr la cobertura y calidad de los servicios de salud esperados, a partir de la gestión de los recursos asignados, con base en la fundamentación del Sistema, organizando la atención por niveles y grados de complejidad, para garantizarle los servicios de salud a toda la población.

Seguramente en los años siguientes veremos consolidar diferentes estrategias, modos y procedimientos por parte de los diferentes administradores, para lograr responder a las demandas sociales de servicios. Estas

estrategias se ajustarán de acuerdo con los perfiles epidemiológicos, las características culturales, sociales, geográficas, económicas de la población que atiende cada administrador y prestador de servicios de salud. Los desarrollos tecnológicos en los distintos niveles y grados de complejidad de las IPS, la eficacia y eficiencia de las instituciones prestadoras de servicios, el mayor o menor aprovechamiento de los recursos y las experiencias nuevas y anteriores, nacionales e internacionales sobre la organización de los servicios de salud, los logros en los demás campos del desarrollo social y económico del país.

Será pues un campo importante de investigación e innovación para el desarrollo sectorial y social, que demandará apoyos intrasectoriales, que requerirá un sistema de información oportuna y de calidad.

EL CRAE

La Dirección Seccional de Salud de Antioquia, como administradora de Servicios de Salud de II Y III nivel, para más de dos millones de antioqueños, que hacen parte de la población vinculada al régimen subsidiado, ha venido implementando, para aprovechar mejor los recursos disponibles para este fin y para facilitar el acceso a toda la población por niveles de atención, una estrategia que hemos denominado Centro Regulador de Atenciones Electivas, CRAE, que busca en esencia facilitar la comunicación, interacción y toma de decisiones entre la comunidad usuaria y los prestadores de servicios de salud.

El CRAE recoge, en lo pertinente, experiencias como las del Centro Regulador de Atención de Urgencias y Emergencias, Crue, y las del anterior sistema de prestación de servicios de salud, el cual está organizado por niveles y regionalizado, facilitando la referencia y contrarreferencia, acercando los servicios a lugar donde la persona vive y trabaja, teniendo en cuenta las características socioeconómicas, geográficas y culturales de la población y la red pública y privada de servicios. Experiencias como estas, incluso a nivel internacional, han demostrado que brindan un servicio más oportuno y coherente en el perfil epidemiológico, las necesidades de la población y las prioridades de salud pública; permite así mismo, orientar el desarrollo de las instituciones y los servicios de los diferentes niveles y grados de complejidad, al aumentar la cantidad de pacientes atendidos y cualificar el diagnóstico y facilitar el flujo ordenado de los pacientes y contribuye al desarrollo social territorial y del mercadeo de salud.

BONDADES

Si bien la estrategia del CRAE lleva pocos meses como para sacar conclusiones, los resultados hasta ahora muestran las bondades de la misma, reflejadas en un acercamiento de la oferta y demanda de servicios, una mayor oportunidad en la prestación de los mismos; igualmente se observa una racionalidad en la utilización de los recursos sociales existentes en el departamento, de tipo financiero, tecnológico e institucional. Pero quizás lo más significativo es que ha permitido mejorar la calidad y cantidad de información disponible para la toma de decisiones a corto y mediano plazo, por la comunidad, los prestadores de servicios y la Dirección de Salud, como administrador de los servicios, al sistematizar información para caracterizar la demanda de II y III nivel por variables de personas y lugar. Adicionalmente, ha permitido controlar la utilización de los recursos asignados para financiar el tipo de servicios a cargo del departamento.

Lógicamente, la estrategia requiere ahora y hacia el futuro ajustes de acuerdo al desarrollo y los resultados que se vayan obteniendo. Invitamos a la comunidad, a las entidades prestadoras de servicios de salud, a las universidades, a las direcciones locales de salud y a todos en general, para que aporten sus ideas y recomendaciones para el mejoramiento de esta estrategia, pionera en el país, con el fin de que Antioquia nos una al rededor de la garantía de los derechos de salud a la población más pobre y vulnerable, que es una contribución desde el sector salud a convivencia y prosperidad social.

Opiniones sobre el CRAE _____

Hospital General de Medellín

Ricardo Esteban Betancur, Director Científico

El CRAE apenas se está organizando y en esa medida va afinando procesos. Es una estrategia muy buena en cuanto se va a ocupar más la red pública de salud que estaba subutilizada y va a llevar a que cada hospital se especialice en su nivel y eso nos obliga a mejorar.

Para el paciente tiene grandes bondades porque se le atenderá de manera oportuna y lo más cerca posible a su casa y como usuario aprenderá a hacer un mejor uso de los recursos de salud disponible en su entorno.

Hospital San Juan de Dios de Rionegro

Gilberto Garcés Zuluaga, Gerente

El CRAE es conveniente porque los recursos del Estado para atención en salud se estaban dirigiendo a otras entidades, sin tener en cuenta la instalada de la red pública hospitalaria.

En el caso del Oriente, muchos pacientes desplazados para Medellín para patologías que se podían atender perfectamente en nuestras instalaciones y esto ocurría por desconocimiento de ellos o por sesgo de los mismos médicos que tenían sus miradas puestas en Medellín, en las instituciones donde se formaron .

Ahora, con esta regulación, se le está dando la oportunidad a los hospitales de los distintos municipios de afianzar en lo suyo y a medida que el proceso se ajuste, cada paciente va a llegar al lugar que le corresponde.

En cuanto al llenado de papelería y a la queja que en ese sentido se da, hay que ser claros: siempre ha sido una exigencia el que la historia clínica se haga completa, ese es un derecho de los pacientes; otra cosa es que no se hacía y ahora se está exigiendo y, de otro lado, la contrarreferencia también ha existido siempre, pero tampoco se hacía en la debida forma.

Hospital San Rafael de Itagüí

Jorge Iván Rojo, Subdirector de Servicios de Salud

El CRAE ha direccionado la demanda de servicios de salud a los verdaderos niveles que se requiere y le está dando la utilización debida a los hospitales regionales.

La comunidad debe saber, y así lo está sintiendo, que los hospitales de segundo nivel tenemos personal capacitado y actuamos con oportunidad y calidad. Así que vemos con buenos ojos el CRAE. Hay un trámite más y es muy difícil que al personal de salud le gusten los trámites administrativos, pero nos tenemos que organizar. Respecto a los indicadores de oportunidad, apenas se están construyendo.

Augusto Pascualoto

Director Unidad Intermedia de Santa Cruz Metrosalud

“la filosofía del CRAE de fortalecer la red pública es buena, pero como se está implementando, el gran perjudicado es el usuario, quién debe someterse a largas esperas para que se le asignen las citas, en este hay falta de agilidad en el proceso.

En lo que respecta a Metrosalud, el segundo nivel de atención está pasando. Lo mejor es, entre todos, mejorar lo que se está haciendo, ya que las cosas no están marchando como de beberían.”

<p>EL PULSO Febrero de 1999 Director Julio Ernesto Toro Restrepo Comité Editorial Alberto Uribe Correa Mesa Augusto Escobar Mesa Juan Guillermo Maya Salinas José Humberto Duque Zea José María Maya Mejía Alba Luz Arroyave Zuluaga Editora Sonia Gómez Gómez Periodista Osma Gladys Agudelo L. Preprensa Digital Zeta Colina</p>	<p>EL PULSO -----4-----</p>	<p>Dirección para envío de correspondencia Hospital Universitario San Vicente de Paúl Medellín, Colombia, calle 64 con cra 51D e – mail: husvp @ medellin.impsat.net. co Departamento de Comunicaciones Teléfono 263-78-10 y 263-43-9, fax 263-44-75 Dirección Comercial Diana Cecilia Arbelaéz G. Tel: 263-43-96 Fax: 263-44-75, Medellín. Diagramación: Byron R. González M Impresión: La Patria Manizales Esta edición es una publicación mensual, sin ánimo de lucro, orientada al sector salud y a la dirigencia política y económica y de circulación nacional e internacional</p>
--	---	---

Centro Regulador de Atenciones Electivas CRAE

Por Julio Ernesto Toro Restrepo, m.d.

El impacto que han recibido los médicos por parte de los mercados con sus altos volúmenes, altos rendimientos y bajos precios es en realidad que subyace entre sus propios principios y derechos el poder que tiene el dinero.

El hombre actual esta en medio de la tensión que hay en el mundo entre lo social y la sociedad, lo social y lo económico y lo social y lo individual.

Las crisis de la época: la crisis del sujeto, la del estado y la del trabajo, se palpan con todo rigor en el sector de la salud. En la primera, con el proceso de la implantación de la ley 100 ha sido el medico sin duda quien ha llevado la peor parte. En la segunda, el derecho a la salud, obligación que debe proveer el estado, el medico es el actor fundamental y en la tercera, la crisis del trabajo: la ha padecido este cuantas veces ha caído sobre el pesadamente, lo violento y despiadado de los mercados, de los volúmenes y los precios, desmejorándole increíblemente su posición hasta lastimarle s propia dignidad. Toda situación que lastime al medico, lesiona al paciente. Todo lo que lastima las instituciones, lesiona al medico.

El Centro Regulador de Atenciones de Electivas CRAE tal y como lo concibe su actual Director Seccional de Salud de Antioquia, es una estrategia apoyada en legitimo derecho de clara razones. La optimización de los recursos, la atención oportuna, la búsqueda de la calidad, entre otras, son fines que nadie puede decir que sea positivo alcanzar.

Sin embargo, parece necesario abrir un compás de espera en el desarrollo de este modelo, puesto que lo recibió hasta ahora es un mecanismo mas un mecanismo de direccionamiento económico- administrativo que prima sobre las reales necesidades de los pacientes. La función que se le da a ese ente de fortalecer la red publica de servicios de salud con el único argumento de ser publica, le siembra desde su aparición una

parcialidad que le da visos a la estrategia de ser mas bien una política de exclusión que de armonía, ya que en un estado contratante que busca optimizar sus recursos, no se explica el proteccionismo, máxime si la variable precios no lo es tal, por estar estos regulados por el mismo.

El ambiente económico de libertad, de libre competencia y de eficiencia, aspectos a los que no se le confiere mayor preponderancia en el diseño del CRAE, creemos que si son los argumentos necesarios y suficientes para propiciar el desarrollo armónico de todos los prestadores de servicios del departamento de Antioquia”, que se quiere alcanzar según el documento: Lineamientos para contratación e interventoría de prestación de servicios de salud en el Departamento de Antioquia.

Sin embargo, se hace necesario poner de manifiesto la intención de un manejo integral del sistema de atención, y hacer evidente la conformación de una red de servicios que gire en torno del manejo del paciente según su estado clínico. Hay que ser cuidadosos de que el paciente, que en realidad debe ser tenido como el único criterio direccionador de su atención, no pase a ser un elemento subordinado por otros criterios diferentes a los de su verdadera necesidad y a los de libre elección.

EL CRAE, como su acción declarada de regulador de la atención electiva en realidad nos preocupa porque ese propósito que confiesa desde su definición como regulador y no orientador, indica que en su concepción primo el interés de fortalecimiento de la red publica dando por descontado la capacidad de esta, a la vez que desconoce en la practica la capacidad y calidad de atención que ofrecen las demás instituciones que quíerese o no, conforman la totalidad de la red y que ha sido solidarias y leales desde siempre, como es el caso del Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

En el caso de desarrollo que vemos en el CRAE, se identifica con una concepción emanada de un estado providencial y privilegiado, ya superada. Recordemos adicionalmente que el estado como comprador de servicios, le vale exactamente lo mismo contratar con el mejor postor en términos de oportunidad, de calidad y de deseo paciente.

Creemos también que el CRAE, de seguir tal cual, se le debe vigilar muy de cerca para que no se convierta en un ente con mas poder que el que requiere el paciente como centro y fundamento de todas las atenciones. No nos parece que sea equitativo. Ni con el paciente ni con el medico no con los hospitales desconocerle al enfermo el derecho a libre escogencia, aduciendo el control del costo, que con tarifas únicas es imposible, o apoyado en privilegios y menos, muchísimo menos aduciendo reducción del gasto.

Por ultimo rogamos la Dr. Guillermo León Franco, director de la Seccional de Salud de Antioquia, que concibe el CRAE como un elemento necesario de su plan sectorial, que este vigilante y no permita que su idea, sin duda muy bien intencionada, le quede convertida en una fuerza con super poderes para que desde allí se señale por criterio no técnicos, a donde van los pacientes y cual es la ultima palabra sobre el grado de desarrollo que pueden alcanzar las entidades, usando el poder económico de que dispone la contratación. De permitir esto se estaría ahondando sobre la crisis del individuo, del trabajo y del mismo estado.

Dirección	Cartas a la	EL PULSO ha continuado recibiendo, de todo el país, un gran numero de cartas de felicitaciones por la aparición de este medio de expresión del sector salud. Nos es imposible publicar todas ellas. Reseñamos apartes de algunas y expresamos los agradecimientos a quienes nos han escrito. Continuamos a la espera de columnas de opinión, comentarios, respuestas a nuestros planteamientos e información de interés para todo el gremio de la salud y para la comunidad en general.
------------------	--------------------	--

Doctor
Julio Ernesto Toro Restrepo

Director periódico EL PULSO
Señores Miembros
Comité Editorial
Medellín

Apreciados Colegas:

He recibido con satisfacción y agradecimiento el número 4 correspondiente a Diciembre de 1998 del periódico EL PULSO que para indudable beneficio del futuro de la salud en Colombia, gracias al esfuerzo y la loable capacidad empresarial de Antioquia y sus gentes, ha visto la luz por medio de esta excelentemente edita publicación.

Veo con complacencia en este número del periódico como aparecen igualmente destacadas opiniones en pro y en contra de los resultados del nuevo Sistema e Seguridad Social en Salud tan controvertido en el presente. Esto me hace pensar en que ustedes como directivos procuran observar una línea racional de análisis en la calidad situación que en salud tiene el país lo cual es digno de elogio y estímulo.

Agradezco la destacada publicación del nacimiento del Capítulo de Antioquia de la Asociación Médica Colombiana que con la dirección del doctor Idris Londoño Restrepo y su distinguida junta directiva en permanente y clara identificación con los principios de la AMC Nacional, habrá de contribuir al buen desarrollo de los Sistemas de Salud en Colombia por medio de la contribución que el cuerpo médico a través de esta organización que lo agrupa y unifica, habrá de prestarle el buen desarrollo el Sistema.

Al desearle el mejor de los éxitos en esta iniciativa digna de todo apoyo me permito ponerme en nombre de la AMC, de su Junta Directiva y de su Consejo Directivo Nacional, enteramente a su disposición para lo que pueda ser de utilidad y a su vez le solicito cordialmente su impresionable colaboración para la difusión de las ideas y desarrollo de la Asociación Médica Colombiana.

Gilberto Rueda Pérez
Presidente Asociación Médica Colombiana

“EL PULSO se posesiona exitosamente como el vocero de las inquietudes y problemas del sector salud regional y nacional, lo cual nos llena de alegría a todos los que conocimos su idea y creímos en su importancia desde un principio. La presentación del periódico, su variedad, el espíritu de apertura y tolerancia de las diferentes ideas lo han convertido en una alternativa para todos los interesados en la problemática sectorial y los que queramos resaltar los más altos valores de nuestra profesión. Espero que en el nuevo año continúe su crecimiento ya que se convirtió en una necesidad para las instituciones y profesionales de la salud”

Cordialmente

José María Maya Mejía. M.D.
Decano de la Facultad de Medicina CES
Medellín - Antioquia

Atentamente acusamos recibo del ejemplar No. 3 del periódico EL PULSO, publicación especializada en imperantes noticias y temas de salud con sede en la capital de Antioquia.

El señor Gobernador del Amazonas, José Acreció Murillo, desea expresar a usted su gratitud por el envío de la especializada publicación, así como continuar recibiendo las futuras ediciones y su interesante contenido. Sin otro particular, de usted con toda atención.

Cordialmente,

Alexis Gutiérrez Ramírez
Jefatura de Prensa del Amazonas
Departamento del Amazonas

En nombre del señor gobernador, Escritor Gustavo Alvarez Gardeazábal, reciba un atento y cordial saludo. Hemos recibido su periódico EL PULSO, el cual le agradecemos ya que encontramos valiosos aportes para el Sector de la Salud del Departamento.

Atentamente,

Huevo o gallina, ley o gestión

Por Jairo Humberto Restrepo Zea,
economista

En la edición anterior a este periódico se publicó un artículo de opinión escrito por Manuel Camacho y Henry Gallardo en el cual se recriminaba a los críticos de la ley 100 por su falta de mesura y por “los ataques indiscriminados contra este proyecto de revolución social pacífica”. Para los autores, “gran parte de las barreras para el desarrollo de la reforma en la son la corrupción y la falta de responsabilidad social”.

No cabe la menor duda sobre los problemas de implementación de la ambiciosa reforma consagrada en la ley 100, como ha sido advertido luego de varias investigaciones de carácter académico; sin embargo, resulta imposible desde el punto de vista de la ética social cubrirse los ojos y el propio cerebro para llamar la atención sobre la necesidad de corregir faltas estructurales del sistema y facilitar así una optimización de los recursos que puso la reforma a disposición de la atención de la salud. De manera que, si bien la ley 100 merece grandes elogios, reconocimientos y compromisos, es necesario tolerar la crítica de carácter constructivo y aceptar que en Colombia debemos aclarar, al momento de formular una política pública, la distancia a veces abismal entre lo formal y lo real.

Los aspectos sobre los cuales pueden controvertirse las opiniones de Camacho y Gallardo, las mismas que se escuchan con mucha frecuencia especialmente en escenarios oficiales, están enmarcados en una reflexión general de carácter económico: es importante tener en cuenta que la ley 100 hizo dos cosas de gran tamaño, esto es, dispuso de mayores recursos para la salud y, al mismo tiempo, cambió el sistema de asistencia pública integrándolo al de la seguridad social. En consecuencia, los logros de hoy no necesariamente se deben a las bondades del nuevo sistema por cuanto el sector recibió un fuerte empujón financiero y prueba de ello es el incremento en los costos de la atención; si, tal vez estamos en una situación más favorable que antes, pero... , ¿a qué costo?; ¿se le permitió al sistema nacional de salud la posibilidad de fortalecerse con nuevos recursos y cumplir así con lo estipulado en la Ley 10 de 1990 el Plan de Desarrollo la Renovación Pacífica?

Del mismo modo, es importante analizar los factores que explican el éxito y el fracaso de los principales organismos que hace parte del sistema.

Para nuestra, al momento de juzgar al ISS resulta valioso incluir en el análisis el peso que tiene la selección adversa de la cuales víctima, en especial el manejo de los regímenes especiales y su anclaje sobre población de alto riesgo y baja capacidad de pago, fenómeno que lo vienen configurando como la versión colombiana del fondo nacional de salud de Chile, Fonasa.

Por otra parte, cuando de hospitales públicos se trata es importante enmarcar el análisis en tres variables externas a los mismos que, de manera hipotética, determinan en buen grado su situación financiera. Se trata en primer lugar del tipo de mercado en el cual se desenvuelven el hospital, si este opera como monopolio, agente dominante o se encuentra inmerso a un ambiente competitivo, en segundo lugar, los avances en la cobertura de la seguridad social, en especial del régimen subsidiado; y en tercer lugar, la forma de pago característica, si es la capitación o el pago por evento. Algunos estudios de casos sugieren que el éxito financiero está concentrado en donde el hospital es monopolio, hay una cobertura importante del régimen subsidiado y predomina el pago por capitación.

En ningún momento se busca olvidarse de la corrupción y la falta de capacidad de gestión, la cual ronda al Ministerio, a la Superintendencia y las direcciones territoriales precisamente para ejercer vigilancia y control. Es necesario fortalecer estos mecanismos, reconociendo si es el caso que el propio sistema haya establecido incentivos para que en especial la corrupción y los aumentos en los costos se multiplicaran; al mismo tiempo se requiere una buena dosis de inteligencia y un monitoreo permanente para proponer ajustes al sistema.

<p>ESCRIBAMOS</p> <p>El periódico EL PULSO recibirá con agrado sus columnas de opinión y artículo de interés general. Las columnas deben tener una extensión máxima de página y media tamaño carta espacio y medio.</p> <p>Los artículos deben tener una extensión de tres páginas tamaño carta a espacio y medio. Ambos deben ser enviados en diskette.</p>	<p>EL PULSO</p> <p>-----5-----</p>	<p>Recuerde, la dirección electrónica de EL PULSO es: elpulso @ el hospital. Org. Co</p> <p>Será muy grato recibir sus mensajes, sugerencias y artículos.</p>
---	---	--

Opinión

Reformas a la ley 100

Por Germán E. Reyes Forero

Presidente Asmedas Antioquia

Acabamos de despedir a 1998 y no acercamos al nuevo milenio preguntándonos que pasó con la ley 100 de seguridad social, sus propósitos y objetivos ¿Se están cumpliendo?.

¿Los nuevos recursos se invirtieron adecuadamente?, ¿Mejoró la calidad?, ¿Son hoy las instituciones públicas más eficientes?, ¿La accesibilidad para la población mejoró?, ¿El nuevo modelo es mejor que el anterior? ¿Y la salud pública qué? ¿El recurso humano está hoy mejor?. Vamos por partes.

En opinión de muchos, incluso del propio Ministerio y Superintendencia, es que los mayores recursos que llegaron al sector, cerca de 1.3 billones, según algunos expertos, administrados por las ARS (administradoras del régimen subsidiado) no fueron utilizados en su totalidad (sólo el 56.4%) en acciones de salud y el resto (43.6%) quedaron fuera del sector o extraviados).

Primer problema grave del actual modelo: intermediación costosa ineficiente y posiblemente corrupta e innecesaria. Aquí proponemos, a diferencia del programa de actual gobierno, su abolición y si se opta por continuar con el aseguramiento en el régimen subsidiado, que sean las direcciones Seccionales, distritales, y locales las que administren directamente el aseguramiento de los más pobres de los pobres, que son los que hoy tienen carnet, es decir, casi 7 millones de que habla el Ministerio, pero obviamente vigilando, y controlando, de cerca, a los gobernadores y alcaldes, pues allí también los dineros de salud son apetecidos para otros menesteres

CALIDAD Y EFICIENCIA

Un tema sobre el cual se basa la reforma es el mejoramiento de la calidad, pero, hoy ésta está en cuestión o no evaluada, pues ella también depende no sólo de la voluntad de los prestadores de servicios sino de la disponibilidad adecuada de los recursos, insumos y tecnología todavía, no sólo en régimen subsidiado sino también en el contributivo, son los pacientes los que muchas veces tienen que “meterse la mano al dril” para comprar las drogas o llevar las gasas o la alimentación de su casa. Nada distinto de lo que ocurría en el antiguo sistema, solo que ahora la nueva ley afirma que ello es responsabilidad del asegurador.

Pero la ley lo dice y solo se cumple parcialmente cuando, acertadamente, la corte constitucional se pronuncia sobre tutelas instauradas, con pleno derecho, por los usuarios. Situación ésta que preocupa a las aseguradoras, pues ven en la Corte un enemigo. Pero, en nuestro criterio, siquiera existe alguien que defienda a los usuarios que reclaman derechos y sobre todo salud.

¿Y de la eficiencia qué? ¿Es posible concebir la eficiencia sin planeación? Seguramente que no. Y todo menos pensar en la planificación cuando todo se entrega a las leyes “invisibles” y “omnipotentes” del marco y

la competencia. Hoy, nuestras instituciones, públicas y privadas, están sometidas a la existencia de contratos y estos casi siempre son parciales, no permanentes t la mayoría de las veces, como lo demuestra la Superintendencia de salud, sin cumplimiento en el pago por parte del asegurador, sometiéndolas a permanente déficit e iliquidez. ¿Se podrá ser eficiente así? Así se tengan gerentes y personal de salud capacitado, si no hay medios, los títulos no bastan a no ser que se presuma de mago.

ACCESIBILIDAD

Problema central de cualquier modelo de salud es garantizar la accesibilidad a la población. Ello hoy también está cuestionado. No basta el carnet, la cédula y el certificado de buena conducta para que los enfermos sean atendidos. Tiene que mediar un contrato y este por lo regular no existe, está vencido, o el intermediario, asegurador, no paga. Total las puertas también se cierran así tenga, por ley derecho, y ello no es culpa del prestador, es el modelo, la tramitología, el papeleo, la excesiva normatividad. Valga decir que la ley 100y sus decretos reglamentarios son tan grandes que los podemos comparar con las páginas blancas, amarillas de Empresas Públicas de Medellín y Combiser juntas. Y sin exageraciones. Por tanto accesibilidad cada vez más complicada. Habrá que desempapelar y pragmatizar el acceso.

Si bien el modelo anterior comportaba muchos de los problemas del actual, falta de financiación, ineficiencia, mala calidad, accesibilidad limitada, universalidad limitada, recurso humano sobre explotado, desarticulación institucional, podemos afirmar que conceptualmente, Sistema Nacional de Salud y Trabajo hacia un sistema único eran una buena propuesta y además, financiación Estatal y política centralizada permitían ubicar mejor las responsabilidades en salud en su responsable: El Estado.

LA CENICIENTA

La salud pública es la cenicienta del paseo, siempre lo ha sido, pero ahora se legitima y poco preocupa a nuestros administradores y conductores políticos tanto así que se crea el “Movimiento por la defensa y recuperación de la Salud Pública del cual es coordinador un eminente Médico y trabajador social, politólogo por lo demás, Saúl Franco.

Las cifras están ahí, las enfermedades inmunoprevenibles, infectocontagiosas y ambientalmente controlables comportan hoy cifras escandalosas. A tal punto que no sería raro ver próximamente epidemias de poliomelitis, tétanos o sarampión y aparecer en el escenario internacional no sólo como el país más violento sino como más atrasado en prevención de éstas enfermedades. Y eso para no hablar de dengue, malaria o TBC (tuberculosis).

¿Bueno, y el recurso humano qué? Es el trompo pagador. Mal remunerado a pesar de las luchas encabezadas por sus organizaciones gremiales y sindicales y por sobre todo sin estabilidad en el empleo y sometiendo a contratación “flexible” sin prestaciones. Sólo un ejemplo: el ISS tiene 17.000 contratos “civiles”, leoninos, y , 25.000 en plata o tal vez menos pues, el que se jubila no es reemplazado; con ello pretenden “ahorrar” plata y obviamente acabar las organizaciones gremiales y sindicales que sobre viven en una puja permanente por no dejarse borrar del escenario y por ende conflicto permanente con obvios perjuicios a los usuarios. Aquí también habrán de hacerse reformas al modelo que permitan que el recurso humano sea estable, mejor capacitado, actualizado, con condiciones laborales adecuadas, que se recupere la maltrecha relación médico – paciente y que se actúe con autonomía en las decisiones científicas y que no sea la intermediación financiera la que imponga el criterio en la formulación o el manejo clínico, pero, por sobre todo que se respete una ética en el ejercicio profesional.

De todas maneras considero que el debate sobre el actual modelo de seguridad social está al orden del día y obviamente las diferentes opiniones deberán ser escuchadas pues es natural que la situación tiene que ver con el modelo de desarrollo económico político, social y de Estado. Debate éste también se tendrá que dar en la “zona del despeje”. Estaremos pendientes.

<p>CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD PÚBLICA Como parte de la celebración de los 35 años de la Facultad Nacional de Salud Pública. De Medellín. Se realizará el Congreso Internacional: Salud</p>		
---	--	--

para todos, resultados y retos para el siglo XXI: Formulación de políticas. El evento se realizará en junio de 1999, con participación de instituciones nacionales e internacionales.

EL PULSO

-----6-----

Muchos críticos

- Pero faltan respuestas concretas

EL PULSO presenta para sus lectores un resumen de las principales propuestas hechas por representantes del sector salud, en el Foro de la Salud Regional Occidente, realizado el 3 de febrero en Rionegro y presidido por el Ministro de Salud, Virgilio Galvis.

Jhon Flórez Trujillo
Decano Facultad de Salud Pública
Universidad de Antioquia

Sus planteamientos están basados en las conclusiones del seminario – taller realizado por dicha facultad en diciembre último y el trabajo subsiguiente de los grupos de discusión.

- La problemática del sistema de salud colombiano, se resume en tres factores: desintegración, limitaciones en la accesibilidad y crisis financiera de las instituciones. El nuevo modelo debe centrarse en garantizar la accesibilidad y lograr la integralidad del sistema.
- Cualquier reforma debe garantizar el que se supere la complejidad en el diseño del sistema de salud.
- Avanzar en la función de aseguramiento como un paso hacia la accesibilidad.
- Es necesario hablar de una reforma sanitaria integral y no sectorial.
- Conformar mesas de trabajo permanentes y realizar foros universitarios , con el fin de garantizar la participación efectiva de la población en el proceso de reforma a la ley 100.

Felipe Mejía Escobar
Representante EPS y ARS

PLANTEAMIENTOS:

- El régimen subsidiado no está lo suficientemente maduro para una evaluación y reforma.
- Algunos actores del sector a nivel nacional han atacado desde un principio el sistema y eso es una de las causas de los problemas.
- Aunque es necesario hacer algunos ajustes, no se está de acuerdo con el hecho de que algunas propuestas de contrarreforma se hayan presentado a través de los medios de comunicación .

Propuestas

- Trabajar articulados todos los actores del sistema

- Fortalecer mecanismos de vigilancia y control
- Hacer cumplir las normas a todos los actores, sin privilegios. Ha habido un incumplimiento reiterado de la norma, impunidad e indiferencia de los organismos de vigilancia y control
- Se debe depurar el sistema y dejar únicamente las instituciones que estén en capacidad de responder las obligaciones que define
- Reglamentar el régimen vinculado que está manejando el mayor número de afiliados al sistema de seguridad social.
- Los privilegios que existen en la aplicación del sistema.

Regímenes especiales como el de Ecopetrol y el Congreso, deben ser revisados.

- Rediseñar el POS subsidiado, llevándolo a un plan de beneficios integral, con énfasis en I y II nivel y en promoción y prevención
- Crear tribunales especiales de seguridad social, para que los conflictos sean dirimidos por personas que realmente conocen la ley 100.
- Fortalecer el papel de Estado. Definir el rol de los entes territoriales y que los organismos de vigilancia y control, operen.
- El flujo de recursos debe ser oportuno, porque de lo contrario colapsa el sistema.
- Crear un sistema único de información, invirtiendo recursos para contar con una buena base de datos.

Fabio Alberto Henao

Empresas Solidarias de Salud

De Antioquia, Chocó y Puerto Boyacá

PROPUESTAS

- Revisar la normatividad para identificar la complejidad de los procesos.
- Estudiar la supresión de la tramitología, dándole a cada actor la responsabilidad directa que le corresponde. Los entes territoriales deben vigilar el cumplimiento en la ejecución de las normas.
- Hacer estudio de costos aplicado a la realidad nacional.
- Definir un POS unificado, mediante la caracterización de los perfiles epidemiológicos por municipio.
- Fortalecer la red de servicios de salud con la participación de las organizaciones privadas y comunitarias, entre ellas, las empresas solidarias de salud.
- Avanzar en el proceso de descentralización del Sistema General de Seguridad Social en Salud, fortalecimiento la gestión de las Direcciones Seccionales.

Eduardo Cano Gaviria

Facultad de Medicina U de A

Propuesta de la Cátedra Abierta de Reformas a los Servicios de Salud en el Mundo

- La Constitución de 1991 es categórica en cuanto que la atención en salud es integral; por lo tanto hay que realizar acciones para mantener los niveles alcanzados y mejorarlos, por medio de la promoción y prevención.
- La finalidad de mantener la salud de los colombianos debe cumplirse bajo los principios de equidad, universalidad, integralidad, libre escogencia, autonomía institucional, descentralización administrativa, participación social, concertación y garantía de calidad, a lo cual se propone la integración funcional por zonas o distritos.
- Es necesario implementar cambios en la intermediación, sobre todo en el nivel rural. Deben ser los programas de atención primaria los que cubran atención a los niveles II, III, y IV, según la estratificación del Sisbén.
- Se propone crear un fondo de solidaridad que cubra las falencias presupuestales de los programas de atención primaria.
- Es fundamental promover la organización de usuarios para que participen activamente en el sistema.

EL PULSO ofrece a sus lectores y anunciantes sus servicios de AVISOS CLASIFICADOS. Si usted o su empresa tienen algo que ofrecer a sus colegas. Éste es el espacio ideal, porque este periódico está orientado al sector salud y tiene circulación nacional. Llámenos al 263 7810

EL PULSO

-----7-----

CUARTO CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA – CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA – TALLER DE SUTURAS - (CUPO LIMITADO) DIRIGIDO A MÉDICOS GENERALES, ESTUDIANTES DE MEDICINA, INSTRUMENTADORES (AS), ENFERMEROS (AS). MARZO 12 Y 13 DE 1999. INFORMES, SECCIÓN DE CIRUGÍA PLÁSTICA H.U.S.V.P. TELEFAX 263 76 90, MEDELLÍN

Para la Ley 100

- Planteamientos del Foro de la Salud Regional Occidente

Luz Estella Alvarez

Movimiento Nacional por la Salud Pública

PROPUESTAS

- Formulación de una política de Estado, que se materialice en una Ley nacional de salud pública, que incluya no sólo la reparación de la salud sino la prevención de la enfermedad, así como los mecanismos de participación ciudadana y la coordinación con otros sectores que afectan directamente la situación de la salud.
- Esta ley debe incluir la obligatoriedad de planeación a largo plazo y el aumento de cobertura de los programas de salud con metas claras en materia de: disminución de la mortalidad infantil y materna, del trauma y la violencia, de enfermedades infectocontagiosas, de desnutrición crónica y en cuanto a aumento de cobertura de agua potable y alcantarillado.
- Dicha Ley debe establecer la obligatoriedad de articular los programas de promoción y prevención a los planes de desarrollo.
- El estado debe asignar a los municipios y departamentos la función sancionadora que hoy tiene la Supersalud.
- Es necesario conservar las fuentes de recursos planteadas en la ley 100 y en la ley 60; así se cumple la obligación del Estado frente al Paripassu, lo cual implica necesariamente modificar la ley 344 de 1996.
- Darle carácter de obligatoriedad a la conformación del Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud, como organismo rector de la salud en el nivel municipal y departamental.
- Se debe obligar a los entes locales a destinar parte del presupuesto para financiar las veedurías ciudadanas, garantizándoles el apoyo, pero con independencia.
- Eliminar la intermediación en el régimen subsidiado por parte de las ARS y afiliar la población a través de las Direcciones Locales de Salud.
- Crear un sistema dual en el régimen contributivo con EPS privadas que funcionaran con una UPC y EPS públicas que recibirán el 12% del salario de sus afiliados. Ambas podrán contratar con IPS públicas y privadas la prestación de los servicios.

- Mantener la financiación estatal de los hospitales y centros de salud, en los municipios de menos de 50.000 habitantes.

José María Maya

Decano Facultad de Medicina CES

**PROPUESTA A LA LEY 23 DE ÉTICA MÉDICA
EN RELACIÓN CON LA FORMACIÓN DE
PROFESIONALES DE LA SALUD**

- Debe existir una sola norma relacionada con el ejercicio de las profesiones del área de la salud. Es decir, una ética de la prestación de los servicios de salud.
- Esa norma debe contener una parte sustantiva que consagre principios éticos básicos, aceptables por todos y que le den garantías al paciente y al profesional.
- Constituir un solo tribunal de ética, conformado por profesionales de las distintas disciplinas del sector.
- La ley debe desarrollar muy claramente una regulación sobre intermediación, auditoría y mercadeo de los servicios de salud.
- Tener en cuenta que los fallos de los tribunales de ética deben darse primero y posteriormente se debe decir el traslado del caso a los jueces civiles y no a los penales.

Propuestas de reforma a la ley 30 de educación superior, sobre formación de profesionales de la salud:

- Revisar los mecanismos para la aprobación de pre y postgrado.
- Fortalecer el papel de vigilante que tiene el estado
- Implementar un mecanismo, independiente de las universidades, para la certificación y recertificación de los profesionales, lo cual debe ir unido a la acreditación de las instituciones.
- Establecer mecanismos para adecuada información a los usuarios de los servicios educativos.
- Crear un plan nacional de educación continua para los profesionales de la salud.

Iván Darío Vélez

Director Hospital Pablo Tobón Uribe

PROPUESTAS IPS PRIVADAS

- Es necesario especializar los actores. No se deben dar funciones simultáneas d prestador y asegurador.
- Desarrollar investigaciones para definir contenido y costo del POS. Que haya costos racionales y tarifas remunerativas, no impuestas con criterios políticos.
- Desarrollar un sistema único de información, para poder hacer control efectivo.
- Implementar programas de administración y calidad para prestadores y aseguradores. El control debe hacerse de lado y lado.
- Estimular la libertad de escogencia del prestador.
- Adelantar controles para la constitución de los aseguradores, quienes deben someterse exigentes.
- Descentralizar la Supersalud.
- Simplificar y armonizar la normatividad jurídica, hoy completamente enredada.
- Desarrollar el Fogasalud como colchón que soporte económicamente las situaciones difíciles y las posibles quiebras.
- Definir con números concretos la tasa para los intereses de mora.
- El ISS no debe entrar al régimen subsidiado sino dedicarse al contributivo.

José Rojas

**Asociación de Empresas
Sociales del Estado, AESA,
Antioquia**

PROPUESTAS

- Desarrollo de un sistema integrado de información en salud.
- Eliminación de la intermediación
- Ampliación de cobertura.
- Hacer todos los esfuerzos necesarios para impedir que se sacrifique la calidad por la eficiencia.
- Mayor vigilancia y control, delegando funciones en las Direcciones Seccionales de Salud por parte de la Superintendencia.

Luis Rodrigo Cortés

Representante Copacos y Ligas de Usuarios

PROPUESTAS

- Perfeccionamiento del Sisbén, ajustándose a las necesidades de cada localidad, racionalizando los servicios dentro de los actuales parámetros y políticas de salud.
- Evaluación permanente del Sisbén.
- Legislación en salud, clara, oportuna y duradera.
- Divulgación amplia de la legislación en salud educativo colombiano desde los primeros años hasta la universidad.
- Aplicar la ley con rigor y sancionar su incumplimiento, lo mismo que crear incentivos para quienes la promuevan, cumplan y hagan cumplir.
- Los servicios de salud deben ser humanizados, dignificados, con costos acordes al servicio prestado y que se cumplan con el servicio ofrecido.
- Cambiar el paradigma de la enfermedad por el de la vida.

COLOQUIO ODONTOLÓGICO La facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia realiza el Segundo Coloquio Odontológico Estudiantil colombiano, los días 13,14 y 15 de mayo, en el Auditorio de la Facultad de Odontología. Entrada libre con previa inscripción.	EL PULSO -----8-----	
--	--------------------------------	--

Observatorio _____

¿Por qué la regulación en el sector salud?

Por Jairo Humberto Restrepo Zea
Centro de Investigaciones Económicas
Universidad de Antioquia

En medio de la aparente estabilización del sistema de seguridad social en salud luego de cuatro años de operación, la regulación viene convirtiéndose en una palabra mágica invocada especialmente por quienes tienen a su cargo la dirección del sistema y la contratación de servicios e incluso por quienes después de haber realizado grandes y costosas inversiones, en medio de la inexistencia de controles y prohibiciones, hoy solicitan la intervención estatal para garantizar el equilibrio en sus negocios.

¿QUE ES LA REGULACIÓN?

Históricamente, las acciones del Estado se han desarrollado en el marco de tres funciones básicas con la siguiente cronología: producción, provisión y regulación. El Estado fue hasta hace un gran productor, tanto con el propósito de garantizar bienes y servicios (educación, salud, vivienda) como por razones de empleo, estabilidad y soberanía (petróleos, bancos, siderurgia); a partir de la década de 1980 se realizaron reformas importantes que buscan confirmar la acción del estado hacia la provisión de servicios a población y sectores focalizados reduciendo notoriamente el aparato productivo estatal y permitiendo una mayor participación del sector privado.

Por su parte, la regulación tiene un desarrollo más reciente en nuestro medio y va acompañada de la transformación del estado en un ambiente de crisis económica prolongada. Privatizaciones y recorte en el gasto social. En el sentido institucionalista, con la regulación el Estado busca establecer y vigilar las reglas del juego para operar en el mercado procurando de este modo que se cumplan principios esenciales como la libertad, la eficiencia, la solidaridad y la equidad.

LA REGULACIÓN EN EL SECTOR SALUD

En el caso de la salud la regulación cumple un papel vital para garantizar el acceso universal a los servicios, la eficiencia en su prestación y la búsqueda de los mejores resultados sociales. Partiendo de una situación de mercado se evidencian varias dificultades para alcanzar estos propósitos, siendo necesario establecer reglas de operación para los prestadores, los administradores y los propios usuarios, las cuales se concretan en medidas como la limitación de beneficios en función del costo- efectividad de las intervenciones, las formas de pago, las acreditaciones y licencias para ejercer las profesiones médicas.

REGULACIÓN A LA OFERTA

Dentro de los temas de estudio de la economía de la salud se destacan la información asimétrica característica de la relación entre el médico y el paciente y la función de costos de los servicios de salud. en el primer caso, se analiza el fenómeno de la demanda inducida por la oferta y se recomienda regular dicha relación mediante el establecimiento de protocolos para la atención, la contratación de paquetes de servicios bajo diferentes modalidades y la fijación de copagos, entre los mecanismos más importantes. Es importante tener en cuenta que esto no implica necesariamente disponer de un intermediario entre el Estado y el prestador, reconociendo entonces que el Estado también puede obrar como agente pagador en la manera como sucede en varios países europeos.

En nuestro contexto, a partir de las generalidades establecidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud se ha delegado en las empresas promotoras de salud, EPS, y las administradoras del régimen subsidiado, ARS, la administración de los planes de beneficios. Estos organismos, por su parte, operan bajo unas reglas determinadas en cuanto a número de afiliados, precios y otros requisitos y flujo de informaciones; es lo que puede denominarse una competencia regulada.

En cuanto a los costos y las características técnicas de la producción, en el análisis del sector se evalúan los postulados de la competencia con lo siguientes resultados: por una parte, se identifican unas actividades productivas que se aproximan al concepto de monopolio natural (el caso de un hospital en un poblado pequeño o mediano; un obstetra, etc.), de manera que éste es el mecanismo más eficiente y en tal sentido es necesario regular su operación y garantizar que no ingresen más agentes; por otra parte, se tienen casos en los cuales es necesario precisar el número de operadores óptimo para no incurrir en su sobredimensionamiento de la oferta (un resonador magnético nuclear, por ejemplo); y por último, se requiere de una acción fuerte para evitar el comportamiento estratégico de ciertos agentes y garantizar el ejercicio de la libre empresa, profesión y oficio.

REGULACIÓN A LA DEMANDA

Por el lado de la demanda, recordando su fuerte interrelación con la oferta, se pueden destacar dos aspectos centrales; en primer lugar, dado que las personas carecen de información acerca del manejo de la salud y la enfermedad, es necesario limitar un paquete de servicios sobre los cuales se admite y precisa la demanda inducida para la promoción y la prevención. Por otra parte, para contribuir a la contención en el gasto se establece la participación de los usuarios en el pago de los servicios y se fijan restricciones no monetarias como las listas de espera.

¿QUE HAY QUE HACER Y NO HACER?

- Para continuar con el desarrollo del sistema es necesario adelantar una evaluación sobre la dimensión que tiene la oferta y precisar una política para autorizar nuevos proyectos y ampliaciones. Allí existe un vacío muy grande y se evidencian casos de quiebras anunciadas y déficits estructurales, principalmente en hospitales públicos.
- En el mismo sentido, es conveniente precisar los casos en los cuales no existe una opción mejor distinta al monopolio, incluso de carácter bilateral (un prestador y un administrador). Se llama la atención por administrar una cierta dualidad en el sistema, dependiendo del carácter del mercado y la configuración territorial.
- El sistema educativo merece una regulación apuntando a crecer su contribución al sistema de seguridad social, tanto por la formación de carácter general como por la búsqueda de servicios de calidad y fundamentados en la promoción.
- En el caso de las direcciones territoriales, se corre el riesgo de que desvíen su función reguladora hacia la demanda mediante el establecimiento de procedimientos que busquen optimizar sus recursos, soslayando el cuidado que deben ejercer sobre el sistema en su conjunta y no simplemente como agentes pagadores. Es importante evaluar el costo – beneficio de estos procedimientos y fortalecer más bien la interventoría sobre la atención médica sin afectar las condiciones de acceso, al mismo tiempo que se evalúen resultados de la atención integral.

Hospital Universitario San Vicente de Paúl

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA SERVICIOS

VASCULAR

- **Angiografía Diagnóstica**
- **Angiografía con CO2 para pacientes con falla renal o alergias al contraste**
- **Venografía**
- **Angiografía Pulmonar**
- **Trombosis arterial**
- **Trombosis venosa**
- **Angioplastia con balón de la enfermedad oclusiva arterial de la pelvis, renal, mesenterio y de las extremidades**
- **Trauma endovascular del trauma arterial**
- **Recanalización de oclusiones arteriales**
- **Colocación de prótesis vasculares en las arterias y venas**

- Colocación de prótesis en arterias renales
- Angiografía mesentaria con intervención en el sangrado digestivo alta y bajo
- Embolización por cateter de las fistulas arterio- venosas, de los tumores y malformaciones vasculares.
- Colocación de prótesis cubiertas para el tratamiento de aneurismas
- Intervencionismo en fistulas para diálisis (Angioplastia, trombosis)
- Colocación de catéteres venosos para diálisis quimioterapia y nutrición parenteral
- Intervencionismo en la disfunción eréctil (arteriografía peneana, embolización del priapismo de alto flujo)
- Embolización percutanea de varicoceles
- Colocación de filtros de vena cava
- Puentes portosistémicos trasjugulares (TIPS) para el tratamiento de la hipertensión portal
- Quimioembolización hepática para el tratamiento del hepatoma y el carcinoide

PROCEDIMIENTOS URINARIOS _____

- Nefrostomias percutaneas
- Colocación anterograda de catéteres doble J
- Colocación de prótesis en la uretra
- Dilatación de estenosis uretrales y ureterales
- Embolización de hipernefomas
- Nefrolitotripsias para extracción percutanea de cálculos

PROCEDIMIENTOS BILIARES _____

- Drenajes biliares externos e internos
- Colocación de prótesis biliares
- Biopsias trasjugulares para pacientes con coagulopatias

PROCEDIMIENTOS GASTROINTESTINALES _____

- Gastrotomías percutaneas
- Yeyunostomías percutaneas
- Dilataciones esofágicas
- Colocación de prótesis esofágicas para estenosis malignas y tratamientos de las fistulas traqueobronquiales.
- Colocación de prótesis colónicas para carcinomas

PROCEDIMIENTOS GINECOLÓGICOS _____

- Recanalización de trompas de falopio
- Embolización de miomas
- Embolización de varices pélvicas

PROCEDIMIENTOS NEUMOLÓGICOS _____

- Dilatación con balón de las estenosis de los bronquios y la traquea
- Colocación de prótesis para los carcinomas broncogenicos
- Embolización de la hemoptisis

PROCEDIMIENTOS OFTAMOLÓGICOS _____

- Dilatación de la vía lagrimal

- **Colocación de prótesis lagrimales**

<p>ESTÉTICA DENTAL Primer Congreso Nacional de Estética Dental, realiza la Universidad de Antioquia, los días 28 y 29 de mayo, en el Auditorio del centro Comercial San Diego. Conferencistas: Armando Estefan, Mauricio Gómez y Juan Manuel González, invitados de Santafé de Bogotá</p>	<p>EL PULSO -----9-----</p>	
---	---	--

Debieron evacuarse más pacientes

“Yo considero que ningún país se prepara suficientemente para enfrentar emergencias como la del eje cafetero, pero sí pueden mejorar las cosas cada día más”, dijo el director médico del Hospital Universitario San Vicente de Paúl a EL PULSO, al hacer un balance de la labor de los organismos de salud frente al reciente terremoto de Armenia.

“una de las fallas fue que se desconoció, por parte los organismos de socorro, el principio básico de la evaluación, esencial en casos como estos.

Tampoco se establecieron cinturones de no ingreso a la zona de la emergencia, con lo cual se hubieran evitado situaciones como la de Armenia, asediada por visitantes no deseados que, buscando servir, lo que hicieron fue congestionar y dificultar la situación “, anotó.

Respecto a la atención en salud, Maya Salinas considera que también hubo errores ya que afirma “es inconcebible que se reúnan en un sitio de estos, decenas de cirujanos y ortopedistas para trabajar en seis quirófanos, cuando lo que se debía haber hecho, era evacuar esos pacientes oportunamente, Opina que también se sobredimensionó la captación de sangre. Sin embargo considera que está fue una de las muestras de solidaridad más grandes de la comunidad.

LA CRUZ ROJA

Sobre el comportamiento de la donación de sangre, Beatriz Elena Franco, directora del Banco de Sangre de la Cruz Roja de Antioquia, dijo que la respuesta fue excelente, pero que aún falta preparación de las instituciones para dar curso a tan elevado número de donantes,. Señaló que de las numerosas que llegaron a donar sangre a esa institución, fueron atendidas 546.

Dijo que la lección más importante de esta coyuntura es que los organismos de salud deben educar a los donantes para que su acto altruista sea permanente y no esporádico.

Por parte del Banco de Sangre de el Hospital San Vicente de Paúl atendió 511 donantes.

CLÍNICAS LAS VEGAS

El balance de la clínica Las Vegas a través de su comunicadora Carlota Sierra, es positivo. El helipuerto de ese centro asistencial se adecuó desde el primer momento con personal médico y camilleros.

Sin embargo, anotó que faltó más organización respecto a la ubicación de pacientes y familiares al momento en que los heridos dados de alta, lo que generó en los afectados, cierto nivel de incertidumbre. También faltó

un verdadero programa de control para hacer cumplir los requisitos en el reclamo de menores de edad, tarea del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Frente a la emergencia del Quindío

Las entidades de salud de Antioquia, lograron una buena calificación

“El balance de la forma como trabajó el sector salud en Antioquia frente al terremoto en el Eje Cafetero, es bastante positivo y en esta labor podemos ver el fruto de más de diez años de trabajo y de organización para enfrentar este tipo de emergencias”, afirmó Luis Alejandro Rivera, coordinador del Programa Aéreo de Salud, de la Gobernación de Antioquia. El funcionario destaca como desde el primer día de la emergencia en las oficinas del Programa Aéreo estableció un puesto de mando unificado desde el cual se coordinaron todas las acciones con agilidad y eficiencia, contando con la experiencia adquirida en la atención catástrofes similares de años anteriores. EL PULSO quiso consultar con esta dependencia la lecciones o enseñanzas que este nuevo desastre ha dejado para el sector salud.

LECCIONES

Según Alejandro Arango estas son algunas pautas exitosas de trabajo que se afianzar:

- Tener un puesto unificado con capacidad de convocatoria es esencial. Este puesto demandado, que está muy bien estructurada en Antioquia, no existía en Quindío en el momento de la emergencia. Ahora Antioquia los está asesorando para una estrategia de trabajo en este sentido.
- El trabajo por comisiones es otra clave del éxito. El Departamento Administrativo del Sistema de Prevención, Atención y Recuperación de Desastres del Departamento de Antioquia, trabaja con la siguientes comisiones:
Comisión de planificación del medio ambiente, Comisión de salud, búsqueda, salvamento y rescate de víctimas, Comisión de servicios e infraestructura, Comisión de desarrollo social y asistencial, Comisión de Educación, Comisión de seguridad y Comisión Jurídica.
Desde el segundo día de la emergencia empezó a trabajar la comisión social, que hoy tiene incluso página de internet con base de datos de todas las familias damnificadas que han llegado a Medellín, de sus familiares etc.
- Algo esencial es la coordinación interinstitucional, otra de las fortalezas de Antioquia.
Respecto a los anteriores puntos, una de las sugerencias del coordinador de salud de PAS es insistir en la importancia del trabajo por comisiones, las cuales deben empezar a operar desde el primer momento con el fin de garantizar más efectividad. “Hasta ahora es la comisión de salud la que jalona todos los demás procesos; no debería ser así; todos deben trabajar con igual fuerza desde el primer momento”, anotó

BUEN COMPORTAMIENTO

Uno de los aspectos por destacar en la atención de esta emergencia desde Antioquia es el comportamiento de las clínicas y hospitales, calificado como excelente por el médico Alejandro Arango. “Todos los días recibimos reporte de estas entidades asistenciales respecto a disponibilidad de camas, de recursos, etc. , lo que ha facilitado mucho el trabajo.

Igualmente, es de resaltar el apoyo de los transportadores comerciales y privados quienes desde el primer día de la emergencia pusieron a disposición del PAS sus aeronaves para la llegada y salida de pacientes damnificados.

En síntesis el Comité Departamental de Emergencias de Antioquia puede decir frente a esta calamidad que el esfuerzo de preparación de todos estos años no ha sido en vano. Sin embargo, dice Alejandro

Arango, “no podemos darnos palmaditas en las espaldas, sino continuar en la preparación y en el mejoramiento de procesos porque no sabemos si en caso de emergencias de mayor dimensión estaremos suficientemente equipados y dispuestos para llenar todas las necesidades”.

<p>CONDECORACIÓN La Asamblea Departamental de Antioquia condecoró en el mes de diciembre al equipo de trasplantes del Hospital San Vicente de Paúl, dirigido por los doctores Alvaro Velásquez y Mario Arbelaéz. En la fotografía éste último recibe la condecoración de manos del diputado Bernardo Alejandro Guerra Hoyos. Foto Jorge Narváez.</p>	<p>EL PULSO -----10-----</p>	
---	---	--

En la Universidad de Antioquia

Preocupación por recortes en el presupuesto de Colciencias

“La compleja situación política y fiscal por la que atraviesa nuestro país, ha originado recortes sustanciales en el presupuesto de Colciencias para 1999; ello se reflejará si no se aplican correctivos oportunos, en un nivel inadecuado de financiación de los proyectos de investigación y, lo más delicado, afectará en forma seria las actividades de los grupos de excelencia”, afirma Carlos Lerma Agudelo jefe del centro de Investigaciones Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, quien preparó el siguiente artículo para el periódico EL PULSO.

Por Carlos Lerma, m.d.

Somos conscientes de que estamos viviendo en un mundo donde el conocimiento y sus aplicaciones se han convertido en elementos centrales de la sociedad. La investigación, como base de la verdadera y el ordenamiento tecnológico, tiene fuerza suficiente para conducir actividades y procesos hacia el logro de lo propuesto; se convierte así en instrumento y actitud permanentes de los que buscan la mejor forma de actuar. Es importante subrayar que la relación entre ciencia y desarrollo depende de cómo interactúan la educación y la investigación. Ésta ha de concebirse, en el campo de la salud, como una estrategia de trabajo y un instrumento de apoyo para la docencia y la capacitación personal. Debe, además, ubicarse en el terreno de lo posible, de lo realizable por aquéllos que tenemos la enorme responsabilidad de conducir, orientar y educar.

LA INVESTIGACIÓN COMO EJE

El manejo del conocimiento plantea hoy como un desafío para los docentes, que debe darnos la oportunidad de tomar decisiones trascendentes, con gran sentido de creatividad y compromiso. La ciencia ha dejado de ser una actividad de interés exclusivo para los científicos y se ha convertido en un componente inseparable de la cultura universal y del desarrollo contemporáneo.

A partir del establecimiento del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, la Universidad de Antioquia ha tenido clara en su misión la importancia de que la investigación se constituya en el eje protagónico de la vida

institucional; esto se ha traducido en la promoción y el fortalecimiento del nivel de excelencia y en que se consoliden la calidad, pertenencia, viabilidad y estabilidad de los grupos de investigación. De acuerdo con lo anterior, el Centro de Investigaciones Médicas ha promovido la cooperación ampliada entre los grupos que trabajan en el desarrollo de la ciencia y la tecnología, los cuales han recibido el reconocimiento como grupos de excelencia por parte de Colciencias. Ellos son: Biogénesis, PECET (Programa de Estudio y Control de Enfermedades Tropicales), Inmunología Celular e Inmunogenética, Laboratorio de Genética Molecular, Ofidismo en Antioquia y Chocó, Patogénesis de las Inmunodeficiencias Primarias y, finalmente, Malaria. Para que estos grupos mantengan y afiancen su productividad, se requiere la construcción de entornos favorables y de desarrollar el proceso social de la investigación. Tales entornos, propiciados por unas políticas claramente definidas por parte de la Universidad, han facilitado la conformación y estructuración de nuevos grupos con la filosofía de la interdisciplinariedad y han construido los siguientes programas: Enfermedades infecciosas, Genética Médica y Fisiología del ejercicio. Cabe destacar los de ciencia clínicas, a saber: Infectología Pediátrica, Medicina Física y Rehabilitación, Gastrohepatología, Radiología, Neurocirugía y Cirugía Vasculor Periférica.

OTRAS INVESTIGACIONES

El Departamento de Siquiatría desarrolla proyectos juntamente con los grupos de Biogénesis y Genética Molecular, lo cual indica con claridad cómo se ha acortado la distancia entre la investigación básica y la aplicada, lo que aumenta la importancia estratégica de la primera.

Para responder a este desafío la Facultad de Medicina apoya e promueve con acciones específicas al creación y el desarrollo del Programa de Epidemiología Clínica; así se logrará que las ciencias clínicas involucren la investigación en sus currículos de formación de especialistas.

Las siguientes son las líneas de investigación que desarrolla el CIM: Enfermedades Infecciosas en Pediatría, Malaria, Cirugía Vasculor Periférica, Genética Médica, Genética Molecular, Entomología Médica, Trauma Raquimolecular, Inmunodeficiencias Primarias, Fisiología del Ejercicio, Deficiencia Atencional en Niños y Adolescentes, Parasitología Molecular(PECET, Enfermedad de Alzheimer, Inmunodermatopatología, Ofidismo, Enfermedades Infecciosas, Imagenología en Trauma, Violencia y Genética en Siquiatría.

De otro lado, es importante anotar que los criterios establecidos por el Comité de Desarrollo de la Investigación (CODI) en la Universidad, han permitido la participación efectiva de los estudiantes de pregrado, han permitido la participación efectiva de los estudiantes de pregrado; es así como 100 estudiantes de medicina trabajan en los 89 proyectos que incluyen 149 investigaciones.

RECORTES

La complejidad situación política y fiscal por la que atraviesa nuestro país ha organizado recortes sustanciales en el presupuesto de Colciencias para 1999; ello se reflejará, si no se aplican correctivos oportunos, en un nivel inadecuado de financiación de los proyectos de investigación y, lo más delicado, afectará en forma seria las actividades de los grupos de excelencia; como corolario de lo anterior, nos preocupa que no se lograría consolidar el capital humano representado en el Programa de Jóvenes Investigadores ni la formación de alto nivel de los doctorados, en los cuales ha puesto la Universidad su esperanza para el revelo generacional del personal docente.

Esta manera de los aportes para la investigación se va a reflejar en que disminuya la generación de conocimientos sobre temas estratégicos y críticos para el desarrollo del país; debemos comprender que la investigación y el desarrollo tecnológico en salud son componentes esenciales de papel que ésta jugará en el futuro inmediato y en el PRÓXIMO MILENIO; por lo tanto, su ámbito y su que hacer deben estar acordes con los cambios en el entorno y en el interior del Sistema de Salud, como respuesta organizada a los grandes retos que en esta materia enfrentará la sociedad colombiana.

Como Universidad, somos conscientes de que para responder a los desafíos que actualmente confrontamos se requiere una investigación de buena calidad y orientada a fomentar procesos de innovación social y a desarrollar estructuras más eficientes y equitativas. En medio de esta crisis la comunidad científica está capacitada para convertir los problemas en oportunidades; para ello es indispensable que el Estado defina claramente una política de financiación del desarrollo científico y tecnológico de nuestro país.

<p>ANUNCIE EN EL PULSO El periódico EL PULSO es una publicación mensual, de circulación, nacional orientada específicamente a todas las personas que pertenecen al sector de la salud. Se trata de una publicación especializada, que tiene un público objetivo muy claro. Por lo tanto, como medio impreso es un vehículo ideal para la publicación, o para anunciar, por medio de publlirreportajes sus nuevos productos o servicios</p>	<p>EL PULSO -----11-----</p>	
--	--	--

Banco de Sangre del Hospital San Vicente de Paúl

Pide afinar criterios en la prescripción de sangre

Dentro de las causas del déficit que aportan los bancos de sangre del país se encuentra aquella que tiene que ver con las impresiones ocurridas a la hora de ordenar este elemento vital para el tratamiento de los pacientes.

Se requiere por lo tanto en los hospitales de un proceso de mejoramiento en este sentido ya que el problema de la carencia de sangre afectada a todas las instituciones.

Por Olma Gladys Agudelo
Periodista EL PULSO

En la búsqueda por optimizar la utilización de la sangre que ingresa al Banco de Sangre del Hospital San Vicente de Paúl, la entidad emprendió un programa de auditoría y capacitación entre los profesionales de la salud para que la prescripción y el uso de la sangre se haga de una manera más efectiva y con base en criterios estandarizados.

El programa de auditoría pretende hacer un acompañamiento permanente al usuario de la sangre, denominación que se le da a quienes la prescriben, en donde a través de conferencias, boletines, visitas a los staff, presencia en las diferentes reuniones y fortalecimiento de las rondas de la medicina transfusional se encuentre un proyecto que permita hacer un uso racional y adecuado de los componentes sanguíneos. Según el doctor Carlos Vallejo, jefe de la dependencia, esto garantizaría a los profesionales de la salud la claridad y los suficientes elementos que le permitan indicar los componentes sanguíneos con mayor precisión, elevando así la calidad en la atención de los pacientes y la buena marcha de las instituciones.

CONTEXTO

En la actualidad, las existencias de componentes sanguíneos en el banco de Sangre del Hospital San Vicente de Paúl no alcanzan los niveles necesarios para el cubrimiento de la demanda.

A pesar de ser uno de los Bancos de Sangre que más unidades recolecta en la ciudad – un promedio de 1300 unidades por mes -, en algunas oportunidades tiene que recurrir a otras instituciones para cubrir el déficit al que se ve avocado.

El San Vicente de Paúl es un hospital de referencia para el trauma especializado y de alta complejidad que produce la violencia y los accidentes de tránsito en el departamento de Antioquia, por lo tanto, los niveles de sangre necesarios para estabilizar estos pacientes y atender sus cirugías son muy altos. Esto explica en parte el porque no se cuenta con las unidades suficientes para cubrir totalmente los requerimientos.

A esto se suma que los donantes dirigidos o directos no acuden en número suficiente cuando los médicos en las salas de hospitalización, les piden la colaboración para donar sangre.

CARENCIAS

Las deficiencias en la formación de los profesionales, debidas en gran parte a que en la actualidad las Facultades de Medicina Carecen en sus currículos y programas tanto de pre como de posgrado de cátedras que enseñen a los médicos el correcto manejo de la sangre, son también parte del problema y aunque de manera personal por autocapacitación, los médicos acceden a este saber, se requiere de proyectos que profundicen en la temática.

También es necesario el promover en los hospitales la creación de Comité de Transfusión, que sean operativos y que tomen medidas en favor del uso racional de los componentes sanguíneos.

LOS CASOS MAS FRECUENTES

El doctor Carlos Vallejo considera que la carencia de hemocomponentes se da porque muchas veces los médicos no maneja con precisión las indicaciones de un componente sanguíneo determinado; cuál es la dosis, cuál la frecuencia, cuáles efectos colaterales, las posibles complicaciones y el manejo de las posibles complicaciones y el manejo de éstas últimas.

El cita casos en los que ante una patología determinada se ordenan componentes sanguíneos que no corresponden con precisión a los requerimientos y que por ejemplo, en vez de indicar crioprecipitado para un paciente hemofílico le ordenan plaquetas, o requiriendo plaquetas, le indican plasma fresco congelado.

Otra dificultad es la que se refiere a las dosis. Frecuentemente los médicos prescriben más de las unidades requeridas por el caso. Así lo indica el hecho de que ante un paciente que presenta un nueve de hemoglobina le solicitan dos hasta tres unidades de sangre total, cuando con una unidad de glóbulos rojos se podría corregir su problema. Si bien esto no representa mayor peligro para los pacientes, si evidencia la falta de criterios claros en la utilización racional del mencionado líquido.

También ocurre que a menudo la información consignada en las solicitudes de las transfusiones no es clara, no se llenan los datos suficientes sobre el paciente o presenta discordancias, aunándose así al problema técnico de las prescripciones, lo errores en la información sobre el destinatario.

COMPROMISO NECESARIO

La superación de déficit continuo en los Bancos de Sangre requiere de medidas de aplicación permanente que por un lado motivan a la comunidad y por el otro optimicen el uso del recurso.

Las iniciativas que se adelantan en el Hospital San Vicente de Paúl persiguen estos objetivos y es seguro que podrán lograrse si se cuenta con el concurso de todos los involucrados.

<p>FISIOLOGÍA ORAL Curso internacional de fisiología oral, programado por la Universidad de Antioquia. Será dictado por Carlos Alberto Douglas, conferenciante de Brasil. El certamen se realizará los días 21 a 23 de abril</p>	<p>EL PULSO -----12-----</p>	
---	---	--

La medicina en una encrucijada ética

Por José Antonio Girón m.d.

La medicina como negocio, la salud como negocio, a la manera como en extensión y en profundidad lo ha definido el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se ha convertido en el hecho que más ha impactado a la profesión médica en su ejercicio a lo largo de su devenir histórico. Y esto que suena a exageración, lo es así, no sólo por las repercusiones de orden económico, de amplio debate en el seno de la comunidad médica, sino de manera más relevante por sus repercusiones éticas.

Ante este impacto, cabe preguntarse ¿Está la profesión médica preparada para actuar dentro del contexto de la medicina como negocio?

La respuesta a la pregunta planteada resulta indudablemente negativa. La ley 23 de 1981, ley que define la normatividad en materia de ética médica, ha sido reventada en mil pedazos bien desde las mismas instituciones de salud. La realidad por la vía de los hechos ha sido todavía mucho más contundente que estas normatividades y ha impuesto una lógica contraria a las mismas.

Los valores se construyen en el seno de cada cultura determinan su comportamiento moral, no son estáticos sino que están expuestos a influjos del seno mismo de la sociedad para ser transformados bien en un sentido progresivo. La bondad o maldad de los actos médicos no son ajenas a estos influjos y la coyuntura actual bien pudiera caracterizar un momento de esta naturaleza.

LA SALUD Y LAS LEYES DEL MERCADO

Hoy por hoy nos movemos dentro de una economía de mercado en su versión neoliberal. Por el reordenamiento que ella ha impuesto en todas las economías, actividades como la salud han podido sustraerse a que conceptos como rentabilidad, eficiencia y eficacia dentro del marco del libre juego de las leyes del mercado hagan hoy parte de todos los procesos administrativos del sector.

Pero al margen de la necesidad o no de la implantación de estos conceptos en toda la estructura del sistema de salud, resulta patético cuando las cosas se miran desde la lógica que no es otra que la de la ganancia no completa el altruismo como una de sus opciones. Si se invierte en algo se hace desde la única opción de obtener una determinada tasa de ganancia, es decir, aquí no opera otro interés que no sea el del lucro.

No se invierte para jugar a perder o a que operen sentimientos que apunten al bien ajeno aún a costa del propio que sería la postura altruista. Salvo excepciones, esta lógica no admite discusión. Para el caso de las inversiones en salud como negocio, la lógica por lo tanto no puede ser distinta de lograr unas utilidades. Y cuando esta lógica la colocamos en el escenario de los servicios de salud donde los productos que salgan de ellos apuntan al restablecimiento de la salud de quienes allí ingresan, o dicho de otra manera, cuando lo que está en juego allí es la calidad de los servicios y como demanda de fondo la vida más no la producción de un automóvil o una prenda de vestir, los escenarios, los contextos no casan, pues siempre estarán dadas las condiciones para una permanente colisión de intereses. Choque de intereses que tendrá siempre como horizonte el tema moral. Esto adquiere una proporciones insospechadas cuando como ocurre en nuestro sistema de seguridad social, se le da al sector privado la prerrogativa de administrar un bien público como son las cotizaciones obligatorias de donde se supone deberán salir sus utilidades.

Si la intencionalidad de este ejercicio es problematizar la medicina como actividad lucrativa en donde el médico se coloca en la posición de propietario y no de asalariado, lo es más, cuando esta actividad, lo es más, cuando esta actividad entra definitivamente dentro de la órbita de otros agentes como los grandes conglomerados económicos nacionales e internacionales, hoy entronizados en el sistema con sus respectivas Empresas Promotoras de Salud.

PROBLEMA MORAL

Como una consecuencia de esta situación, los sistemas sanitarios de los países desarrollados han detectado con precisión el llamado problema moral o moral hazard y más específicamente en aquellos países en donde los sistemas de aseguramiento son privados. Este problema no es otro que la conducta de los usuarios orientada a un uso innecesario de los servicios de salud y de parte de quien provee estos servicios, el abuso en la cantidad de las actividades y procedimientos para el tratamiento de una determinada patología con el fin de incrementar el momento de la venta.

Dentro del desenvolvimiento que ha tenido la aplicación del nuevo sistema de seguridad social en salud, este problema viene teniendo cada vez sus propias expresiones, muy referidas a los sistemas de contratación tanto desde las EPS como de las mismas IPS. Esto adquiere proporciones alarmantes por la situación de insolvencia

del sistema en donde se impone una UNIDAD DE PAGO POR CAPACITACIÓN insuficiente con relación al plan de beneficios establecido por el sistema.

Los efectos al respecto son apenas obvios. Las alternativas para quienes están dentro del negocio no son muchas; salir del llamado mercado de la salud, declararse en quiebra o echar mano para sobrevivir de todo tipo de recursos al margen de su legalidad y moralidad. Esta última es la más socorrida y hoy somos testigos de las múltiples maneras como se viene afectando la accesibilidad y la oportunidad a los servicios de salud, como se viene comprometiendo la calidad de los mismos, como se hace selección adversa, como se incentiva mediante mecanismos claramente corruptos la no - prescripción de incapacidades, medicamentos, exámenes de laboratorio y otras ayudas diagnósticas, como se hacen interpretaciones acomodadas del plan de beneficios en contra del usuario.

Esto que viene ocurriendo con la complicidad médica y los organismos de control del sistema, es motivo de un malestar creciente en el seno de esta misma comunidad, particularmente en aquel amplio sector no empresario y básicamente asalariado, que se resiste a entregar a los administradores aquello tan caro a la profesión como el futuro interno del acto médico, resistencia no siempre duradera pues se termina las más de las veces por sucumbir también por la necesidad de un trabajo, por la misma sobrevivencia.

LA GLOBALIDAD DEL PROBLEMA

De otro lado, es necesario tener en consideración unos elementos de contexto que nos permitan tener un acercamiento más global al problema.

Hechos como la globalización de la economía y la implementación del modelo neoliberal han traído resultados socialmente funestos a la economía mundial. No son pocos los pronunciamientos al respecto de reconocidos representantes de las economías desarrolladas. Pero estos efectos han tenido una mayor relevancia en las economías periféricas, es decir en las economías más pobres. En Colombia las consecuencias no han sido menores habida cuenta de las debilidades estructurales de la economía, pudiera afirmarse que se han magnificado. A la apertura económica viene asociado la estimulación del consumo en todos los campos.

La salud ha sido por decir algo, un plato fuerte de este contexto. Dentro de la lógica de la apertura de mercados, el sector se ha visto inundado de todo tipo de tecnologías muchas de las cuales no consultan la realidad social económica de nuestro sistema de salud, creando en algunos casos una oferta desmesurada de tales tecnologías con sus efectos nocivos en el comportamiento del mercado, pues tecnologías ingresan generando un manifiesto interés en su consumo bajo la ficción de que ellas son la expresión de la calidad. No puede ocultarse la penetración cuidadosa y selectiva por medio de instrumentos publicitarios cada vez más afinados, tanto para los usuarios de los servicios como para todo el personal de la salud, que presionan la demanda de determinados servicios y el uso de determinadas tecnologías que como se indicó con anterioridad, configura las condiciones apropiadas para que se den hechos como el problema moral.

De la mano de lo anterior aparece un fenómeno que ha venido tomando asiento en nuestra cultura incentivado y magnificado por el narcotráfico, nos referimos al enriquecimiento fácil, que nunca podrá ser lícito. Esto es, lograr en el menor tiempo posible unas tasas de ganancia tales que permitan rápidamente la recuperación de las respectivas inversiones. Esto ha marcado un cambio significativo en la escala de valores a nivel social. El sector salud no ha sido ajeno a este fenómeno y es motivo por lo tanto de ese quiebre moral del cual nos ocupamos.

PÉRDIDA DE CREDIBILIDAD

Como otro elemento de contexto, aunque sus repercusiones no sean directas, merece mencionarse la pérdida de credibilidad de la institución médica, del médico. Esto procede en primer lugar no sólo de problemas francos de idoneidad muy referidos a la formación que actualmente se imparte en las universidades sino por el afán lucrativo y la presión para lograr un determinado estatus social.

A lo anterior debe agregarse, la supremacía del modelo biomédico y con él toda una corriente positiva, expresión de la tecnificación del acto médico, lo cual ha traído como secuela la idea de asociar la calidad en los servicios de salud con las especializaciones médicas, con ello, se tendió un manto de dudas sobre la medicina general, pilar del primer nivel de atención, ocasionándose un daño profundo a todo el sistema de atención, pero lo más grave aún, despojando el acto médico de algo que le es consustancial. Su humanización. Finalmente, merece destacarse un hecho cultural que atraviesa todo el tejido social y es la puesta en cuestión del valor de la vida. Si es la vida humana la razón de ser de la institución de salud y dicho valor socialmente ha perdido peso, es de esperarse que ello impacte negativamente todo el sistema en sus usos y en sus costos. Al respecto merecen destacarse hechos como la desproporción entre los presupuestos para la guerra y los

presupuestos para la salud, la valoración que se hace del trabajo profesional dentro del sistema de salud vigente con respecto a otras profesiones, como ante la muerte se asume la indiferencia y a la vida se le pone precio, como cinturones de seguridad en los automotores y los cascos en las motos se utilizan no porque esa medida proteja la vida sino por el temor a una sanción económica, como, finalmente, es causa de preocupación de los gobiernos departamentales que bajen las ventas en licores y cigarrillos no obstante conocer las implicaciones que en la salud pública tienen estos consumos.

RETOMAR EL TEMA ÉTICO

Todo lo anterior conduce inevitablemente al acerto de que la medicina encuentra en una verdadera encrucijada ética. Nuevos códigos de comportamiento, nuevas ideas vienen tomando cuerpo en la cultura que atañen a quienes se ocupan del tema de la salud. La medicina como negocio dentro de las particularidades que en Colombia determina el marco legal de la ley, ha colocado en cuestión su base moral ética, ha puesto en cuestión por lo tanto la calidad del acto médico.

¿Qué hacer entonces? La profesión debe jugarle a un sistema de seguridad social en salud que se desenvuelva dentro del espíritu de sus principios fundamentales. La ley tendrá sentido sólo en la medida en que mejore la calidad de los servicios de salud para la población colombiana y no se quede, si es que lo puede cumplir, en menores aspectos de ampliación de cobertura, para que verdad incida en la calidad de vida de la misma, y esto atañe de manera directa a las condiciones éticas del acto médico.

No se puede continuar con una conducta indiferente y en no pocos casos complaciente con las expresiones antiéticas e inmorales que hoy ya han tomado asiento en nuestro sistema de salud. Es necesario que los médicos retornemos el tema ético no como un ejercicio de pequeño círculo y como mera especulación teórica, sino que es necesario que este acercamiento no tenga otro objeto que reinterpretar nuestro que hacer dentro del contexto que nos toca vivir. ¿No será acá donde reside realmente nuestra dignidad?

CASO CLÍNICO

EL PULSO invita a los diferentes organismos del sector salud, clínicas y hospitales, a informarnos sobre los casos que consideren deban ser publicados en ésta página, por su interés científico, terapéutico o social. Llámenos a los teléfonos 263 78 10 y 263 43 96

EL PULSO
-----13-----

La técnica endovascular, alternativa terapéutica

Las enfermedades cerebrovasculares tienen una elevada incidencia en la población general. Existe en el Hospital San Vicente de Paúl de Medellín un grupo de profesionales que utiliza la terapia endovascular para reducir al mínimo las gravísimas secuelas que ocasionan estas enfermedades en los pacientes que sobreviven.

ANTECEDENTES

La Terapia Endovascular es una herramienta relativamente nueva en el tratamiento de las enfermedades cerebrovasculares.

Fue desarrollada inicialmente en Europa, más concretamente en Rusia, hacia los años 70's, por algunos neurocirujanos interesados en encontrar alternativas terapéuticas en un campo de la medicina tan complejo como es el tratamiento de los trastornos cerebrovasculares, tanto de tipo hemorrágico como isquémico.

Más adelante fueron los radiólogos quienes, siempre haciendo parte de un equipo multidisciplinario al lado de los neurocirujanos, impulsaron el desarrollo de esta nueva modalidad terapéutica hasta lograr el vertiginoso avance que ha alcanzado hoy. De ahí que algunos la llamen Neuroradiología Intervencionista, mientras que otros optan por usar el nombre de Neurocirugía Endovascular, ya que recoge técnicas de radiología intervencionista para enfrentar problemas tradicionalmente pertenecientes al campo de la Neurocirugía. Hoy, la Terapia Endovascular se encuentra en pleno desarrollo en el mundo, completando el que hacer de los neurocirujanos y los neurólogos, pero también a veces resolviendo como plenamente algunos problemas.

APLICACIONES

Sus aplicaciones básicamente se circunscriben a las diferentes enfermedades vasculares cerebrales: aneurismas, malformaciones arteriovenosas, fístulas durales, fístulas carótidocavernosas, tumores intracraneanos, extracraneanos y de cuello, infarto cerebral en fase aguda, vasoespasma cerebral y malformaciones vasculares de la médula espinal.

La Terapia Endovascular puede ser usada como tratamiento único, como tratamiento complementario, o como la fase inicial del tratamiento previamente al procedimiento neuroquirúrgico o radioquirúrgico respectivo, como ocurre frecuentemente con las malformaciones arteriovenosas cerebrales. La opción terapéutica de elección depende de la situación particular de cada paciente.

LA TECNICA

Las técnicas de terapia endovascular se apoyan en el uso de angiografía con sustracción digital, que permite la navegación por todo el árbol vascular cerebral por medio de catéteres, los cuales generalmente ingresan periféricamente por la arteria o la vena femoral, y son llevados hasta la vasculatura cerebral; prácticamente ningún vaso cerebral está fuera del alcance del médico neuro – intervencionista.

Una vez alcanzado el territorio vascular cerebral en el cual se encuentra la alteración, llámese aneurisma o malformación vascular, se produce a colocar algún tipo de dispositivo, bien sea un coil (espiral de alambre), un balón, una sustancia embolizante o un agente farmacológico vasodilatador o fibrinolítico, según la planeación previa del procedimiento, buscando interrumpir el flujo sanguíneo al sitio del cerebro donde está el problema, procedimiento éste conocido como embolización. De esta manera el segmento anormal se excluye de la circulación.

RIESGOS

Aunque considerada como una técnica relativamente poco invasiva, que frecuentemente puede ser llevada a cabo el paciente despierto, sólo con sedación más anestesia local, la Terapia Endovascular, no está libre de riesgos y complicaciones, a veces fatales. Sin embargo, con una técnica cuidadosa y un equipo humano experimentado, se considera que es una herramienta terapéutica segura y afectiva.

TRABAJO CON DEDICACIÓN

Des hace un año se conformó en el Hospital San Vicente de Paúl de Medellín un grupo multidisciplinario dedicado al desarrollo y a la aplicación de la Terapia Endovascular destinada a los pacientes con problemas cerebrovasculares. El equipo humano está integrado por los médicos Neuroradiólogos, los doctores Ramiro Correa Restrepo y Sergio Vargas Vélez, y un médico Neurocirujano, el doctor Carlos Mario Jiménez Yepes, todos ellos con entrenamiento en técnicas de intervencionismo Radiológico para el Sistema Nervioso Central. Se cuenta además con el concurso de un médico Neuroanestesiólogo, el doctor Francisco Gómez, y un equipo paramédico de alta calidad humana y técnica.

RECURSOS

El Hospital San Vicente de Paúl cuenta con una unidad de Angiografía con todos los requerimientos necesarios para tratar estos delicados problemas neurológicos, así como dos quirófanos de Neurología, tres salas de cuidados especiales y una sala de cuidados intensivos.

RESULTADOS

Durante el tiempo trabajado se han realizado un total de 67 procedimientos endovasculares, embolizándose 22 aneurismas cerebrales y 30 malformaciones vasculares cerebrales, entre otros diagnósticos.

Los resultados alcanzados han sido buenos en el 93% de los casos, con un bajo índice de complicaciones, sólo el 7%.

La mortalidad post - operatoria ha alcanzado sólo el 3%, mientras que la mortalidad post – operatoria el 1.5%.

Vale la pena resaltar la importancia de una temprana adecuada remisión de los pacientes, así como una cuidadosa evaluación de cada caso por un equipo multidisciplinario de neurocirujanos, neurólogos y neurointervencionistas, para sí tomar la mejor decisión acerca de la opción terapéutica a utilizar con cada paciente.

“Siento como si hubiera resucitado”

los costo de la Terapia Endovascular son aparentemente altos, ya que los insumos necesarios para realizar los diferentes procedimientos, dado el alto nivel de complejidad, son todos importantes y con un exigente estándar de fabricación.

Sin embargo, dicho costo aparentemente elevado se ve compensado por un buen resultado final.

Así lo demuestra el caso de la paciente Lucelly Agudelo, una mujer de 46 años que ingresó al Hospital San Vicente de Paúl de Medellín el 31 de diciembre pasado.

Después de haber experimentado en su casa del barrio Manrique el fuerte dolor de cabeza que le ocasionó el desmayo, la paciente fue llevada por su familia al hospital la Samaritana de donde, luego de darle primeros auxilios, fue remitida al San Vicente.

El equipo humano dedicado a la aplicación de la Terapia Endovascular, se puso de inmediato al frente del caso y después de diagnosticar un aneurisma programó la realización del procedimiento terapéutico.

Doña Lucelly no recuerda nada de aquellos 123 días que estuvo en el Hospital, “Fue como despertar de un largo y reparador sueño – dice- es increíble lo que puede hacer la ciencia. Sin abrirme la cabeza curarme el cerebro, sin ninguna complicación, sin que yo sufriera dolores después de la cirugía, sin cicatrices siquiera. Sólo una pequeña incisión junto a la ingle derecha”.

La paciente fue dada de alta el 11 de enero en muy buenas condiciones, sin ninguna de las nefastas consecuencias que puede dejar los accidentes cerebrovasculares en quienes los sufren.

Los procedimientos endovasculares permiten una más corta estancia hospitalaria que conduce a simplificar y acelerar el proceso del paciente a su familia y la sociedad, continuando con una vida emocional y económicamente productiva, sin las graves secuelas con las cuales eventualmente pudo haber sido afectado.

“Se que estuve en peligro de muerte o que pude haber quedado paralítica. En verdad me siento como si hubiera resucitado”, expresa doña Lucelly.”

	EL PULSO -----14-----	ARTES PLÁSTICAS En la sala de exposiciones de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, exposición de acuarela de los doctores Rafael Manotas y Leticia Campillo de Manotas. Organiza la Sección de Artes del Museo Universitario y la Facultad de Medicina. Abierta hasta el 5 de marzo.
--	---------------------------------	---

La voz femenina en Albalucía Angel

Albalucía Angel es una de las mejores escritoras contemporáneas colombianas. Es una trashumante que ha vivido más fuera de Colombia que dentro, buscando una razón de ser de su escritura y su vida. EL PULSO publica un compendio de toda su obra escrito por Sofía Gómez Uribe, subdirectora del Departamento Financiero de Comfama y magíster en literatura

Por Sophia Gómez Uribe
Magíster en Literatura U de A

Albalucía Angel, escritora pereirana, nace en el seno de una familia tradicional paisa y pasa por todos los rituales propios de la cultura: estudios con religiosas, visitas a la finca, largas pláticas con los abuelos, asistencia a ceremonias religiosas, etc. Esta etapa de su infancia y de la adolescencia en Pereira parece haber sido muy importantes como cúmulo de vivencias, ya que recurrentemente aparecen en sus novelas, en especial en “Estaba la pájara pinta sentada en el verde limón” (1975) y en “Misiá señora” (1982). En “Estaba la pájara pinta ...”, el personaje que tiene mucho de autobiográfico, es una joven que recuerda la épocas de colegio, sus juegos de infancia, el día que el hermano perdió el primer diente, el circo que llegó al pueblo, las monjas, la educación férrea impuesta por la disciplina religiosa, los rezos y ritos. Todos los patrones culturales que se imponían a las niñas desfilan por los recuerdos de la protagonista como lo aprehendido y grabado en el subconsciente. El tema de la novela es la búsqueda de identidad del personaje, entre la estricta educación dentro de los cánones más conservadores y tradicionales y las nuevas ideologías que se agitaban en el medio universitario; en la segunda, “Misiá Señora”, la protagonista se revela contra los mismos cánones, contra el ideal de mujer sumisa y obediente esposa y madre. La búsqueda por liberarse de todos estos patrones culturales la conducen a la locura, para finalmente - guiada por su abuela - encontrarse a sí misma como la mujer que quiere ser.

¿QUIÉN ES ALBALUCÍA ANGEL?

Corren los años sesentas en Pereira, y Albalucía, inquieta intelectualmente, ingresa a los círculos intelectuales de la ciudad. Conoce a pintores y escritores “nadistas” y vanguardistas de la entonces pequeña urbe. Pronto los límites se le hacen pequeños para sus inquietudes intelectuales y viaja a Bogotá. Allí estudia historia del arte en la Universidad de los Andes con Marta Traba, la crítica de arte argentina radicada en Colombia, con quien establece una relación de amistad que marcará su sensibilidad estética. De Bogotá viaja a Europa y desde ese entonces será andariega incansable. La mujer de los sesenta que comienza a tener presencia de manera significativa en las carreras universitarias, y a practicar y ganar espacios antes reservados para hombres en la vida política nacional, es la Alejandra de “Los girasoles en invierno” y la Ana y Valeria de “Estaba la pájara pinta..”

La primera, Alejandra, es una Joven que viaja a Europa a estudiar y narra sus experiencias de estudiante latinoamericana pobre que vive dentro del mundo intelectual existencialista de la época. Ana y Valeria son dos universitarias: la primera de una familia tradicional y se enamora de un líder estudiantil de izquierda; la segunda es una revolucionaria que participa activamente de la vida política universitaria.

En Albalucía, la búsqueda de un lenguaje femenino para narrar se evidencia en todas sus obras.

En “Los Girasoles en Invierno” se muestra la joven escritora que ve la cultura y la relata con voz propia, como la andariega que quiere verlo y aprehenderlo todo: el encanto de los cafés parisinos, de la plaza Navona y los pequeños restaurantes del tráfíber en Roma, el encanto del mar Egeo en verano y la gente que deambula por la calles parisinas. Tanto Alejandra, el personaje, como la autora, aman el verano en Grecia, un lugar tranquilo que como hogar de paso proporciona un espacio vital y la posibilidad de escribir, conocer gente nueva, admirar pueblos, acumular historias y escribir, conocer gente nueva, admirar pueblos, acumular historias y escribir una novela narrada desde una óptica femenina.

MAS SOBRE SU OBRA

En “Dos veces Alicia” (1972), Albalucía vuelve sobre la búsqueda de una escritura que la identifique como mujer y como escritora. En forma alternada aparecen en esta novela textos alusivos a “Alicia en el país de las maravillas” con las reflexiones de la narradora sobre las dificultades que enfrenta una escritora nueva en el oficio y la trama del misterio.

La obra se inicia con un epígrafe de Lewis Carroll: “Let’s pretend”, que es el umbral de un proceso de búsqueda de una escritura singular. Escritura que intenta mostrar que Alicia existió, que la escritura es como un espejo – el de Alicia- que puede devolver al lector la imagen de mundo narrado, o que la escritora es alguien que mira la vida a través del espejo mágico del lenguaje, o que la escritura femenina es la imagen de un espejo diferente al “yo” escritor masculino.

Desde esta novela, el juego del espejo empieza ser un elemento estructural en la escritura de Albalucía. El lenguaje también es el protagonista: ¿cómo escribir?, ¿cómo contar?, son las preocupaciones constantes de la escritora – personaje. Como Alicia en el país de las maravillas, es otra Alicia busca un lenguaje para narrar como ser femenino.

TOMA DE CONCIENCIA

Pero como ella misma lo dice, “Estaba la pájara ...” no es sólo su primera novela madura como escritora, sino su toma de conciencia como escritora femenina.

El proceso de emancipación de Ana es como el inicio de vuelo de Albalucía hacia un compromiso definitivo con su posición de escritora femenina. Esta novela tuvo resonancia en el ámbito literario nacional al ganar el premio “Vivencias “ y la crítica en Colombia la comentó con cierta profundidad, presentándola como la obra de una novel escritora, pero la atención en ese entonces se centró en el tratamiento del tema del 9 de abril de 1948 y en la novedad en la forma, no en la “escritura femenina” ya que en ese momento se tenía poca conciencia en el país sobre el feminismo como movimiento que permitiera indicar la propuesta de Albalucía como una apertura hacia este tipo de escritura.

En 1976 publica “¡Oh Gloria Inmarcesible!”, libro de cuentos escritos en Pereira en 1976 y Cadaquez en 1977. Son 34 cuentos y una pieza de teatro. De ellos, el que ha recibido más comentarios ha sido “¡Oh, Gloria Inmarcesible!” Por lo novedoso de la forma; es un collage hecho con varios artículos de periódicos y un texto de ocho palabras: “hacer un cuento corto, sin aspavientos y exigencias “. Los recortes de prensa contienen noticias sobre el caso del buque insignia “Gloria” de la armada colombiana que fue retenido en Nueva York con 28 kilos de cocaína evaluados en tres millones de dólares. El mensaje del cuento es obvio, claro y contundente: la inmarcesible gloria que enuncia el Himno Nacional de la República se marchitó en manos de ese buque líder por tres millones de dólares, hecho que ocurrió en 1976.

En los cuentos hay una transgresión de todos los cánones de escritura.

MISIÁ SEÑORA

En la novela Misiá Señora, lo personajes son cuatro Marianas: la abuela legendaria, la que en su territorio Quimbaya murió una tarde en el sigilo mirando el árbol que amaba, igual de silencioso a ella; Mariana de Ontaneda, Mariana Casada con Arlen, y Marianita la nieta. Mariana, la legendaria, guía a Marianita hacia su liberación de siglos de sometimiento masculino y Marianita, como en el psicoanálisis, hace un largo recorrido al desandar el camino de su vida hasta llegar a la época fetal y luego se remonta hasta el momento de la concepción de su madre por su abuela. Es la búsqueda del origen, de su origen para explicar desde allí el germen de su rebeldía y poder renacer como una mujer integral.

La Albalucía de Misiá Señora no sólo es una mujer adulta con una posición definida, es también una escritora madura que ya ha definido su estilo, su lenguaje y su mensaje. Mujer y escritora tienen una misión definida y consiente: escribir como mujer y sobre la mujer. En Misiá Señora”, Albalucía tuerce la forma para develar el contenido de manera contestataria, o como ella dice: “Si el hombre hasta ahora construyó y destruyó con la palabra a su placer y a troche y moche, y decretó con ella la historia de la mujer y por ende del mundo, ella ya está dispuesta a deshacer el nudo de los esquemas particulares y falócratas. A mirar sin filtros sus propia realidad y a transmitir con su cerebro”.

LAS ANDARIEGAS

En 1984 publica “las Andariegas”, su obra más compleja. Las andariegas son caminantes que atraviesan la historia como servidoras de la vida, de ahí su título, igualmente ensalza los oficios femeninos: orfebras, hilanderas, panaderas, pastoras, aguateras, leñadoras, plañideras, comadronas y enterradoras, en contraposición al estereotipo de la mujer –objeto. El lenguaje de las nuevas aedas reconstruye lo establecido

por la leyenda, y las heroínas, después de desenmascarar la falacia, se unen al grupo para curar las heridas que han dejado en sus cuerpos los vejámenes a los cuales han sido sometidas. El recorrido queda inconcluso, lo mismo que la búsqueda del nuevo paradigma, pues como lo dice la autora en el prólogo : “Si abandoné los bosques encantados y rompí los espejos, destroné la imagen de la bella durmiente, no a sido ha forma de respuesta, lo hago más bien como pregunta”.

<p>POR LA TIERRA El desarrollo económico y social es esencial para asegurar un medio ambiente de vida y de trabajo favorable para el hombre y para crear condiciones en la tierra, que son necesarias para la mejoría de la calidad de vida. Principio número nueve de la Guía de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente Humano, 1972</p>	<p>EL PULSO -----15-----</p>	
---	---	--

Medio Ambiente _____

La conservación del ecosistema Una cuestión de principios

Principios Guía de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente Humano. 1972

**Los Principios
Guías de las Naciones Unidas
sobre el Medio Ambiente, son de necesario
conocimiento por la opinión
pública. Por lo tanto, como una
contribución del médico
Guillermo León Valencia,
las publicamos en esta página del ambiente**

Principio 1.

El nombre tiene el derecho fundamental a la libertad, la igualdad y condiciones de vida adecuadas, en un entorno de calidad que le permita una vida de dignidad y bienestar y que conlleva la solemne responsabilidad de proteger y mejorar el medio ambiente para las generaciones presentes y futuras. En este respecto políticas que promuevan o perpetúen el apartheid, la segregación racial, la discriminación, el colonialismo y otras formas de opresión y dominación extranjera están condenadas y deberán ser eliminadas.

Principio 2.

Los recursos naturales de la Tierra, incluyendo el aire, agua, suelo, flora y fauna y en especial, nuestras representativas de los ecosistemas naturales deberán ser salvaguardados para el beneficio de generaciones presentes y futuras, a través de una planificación o control cuidadosos conforme sea apropiado.

Principio 3.

La capacidad de la Tierra para producir recursos renovables vitales deberá ser mantenida y, hasta donde sea práctico, restaurada o mejorada.

Principio 4.

El hombre tiene una responsabilidad especial de salvaguardar y cuidadosamente administrar la herencias de vida salvaje y su hábitat que ahora están en grave peligro por una combinación de factores adversos. La conservación de la naturaleza, incluyendo la vida salvaje, debe. Por lo tanto, recibir la importancia debida en la planificación para el desarrollo económico.

Principio 5.

Los recursos no renovables de la Tierra deben ser utilizados de tal manera que se protegen contra el peligro de su futuro agotamiento y para garantizar los beneficios de tal utilización sean compartidos por toda la humanidad.

Principio 6

La descarga de sustancias tóxicas o de otras sustancias y la liberación de calor, en cantidades o concentraciones tales que excedan la capacidad del medio ambiente de volverlas no dañinas, deberán detenerse con el fin de asegurar que daños serios o irreversibles no sean infligidos en los ecosistemas. La justa lucha de los pueblos en todos los países contra la contaminación deberá apoyarse.

Principio 7

Los Estados tomarán todas la medidas para impedir la contaminación de los mares con sustancias que sena susceptibles de crear peligros para la salud humana, perjudicar los recursos vivientes y la vida marina, dañar sus bellezas o interferir con otros usos legítimos del mas

Principio 8.

El desarrollo económico y social es esencial para asegurar un medio ambiente de vida y de trabajo para el hombre y para crear condiciones en la Tierra que son necesarias para la mejoría de la calidad de vida.

Principio 9.

El desarrollo económico y social es esencial para asegurar un medio ambiente de vida y de trabajo favorable para el hombre y para crear condiciones en la Tierra que son necesarias para la mejo ría de la calidad de vida.

Principio 10.

Para los países en desarrollo, la estabilidad de precios y un ingreso adecuado para los productos primarios y materias primas son esenciales para el control ambiental, ya que los factores económicos y los procesos ecológicos deben tomarse en consideración.

Principios de las Naciones Unidas sobre el medio ambiente y el desarrollo. 1992

Principio 1.

Los seres humanos están en el centro de las preocupaciones por un desarrollo sostenible. Tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza.

Principio 2.

Los Estados tienen, de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas y los Principios del Derecho Internacional, el derecho soberano de explotar sus propios recursos de acuerdos a sus políticas ambientales y

de desarrollo propias y la responsabilidad de asegurar que las actividades dentro de su jurisdicción o control, no causen perjuicios al medio ambiente de otros Estados o áreas más allá de los límites de la jurisdicción nacional.

Principio 3.

El derecho al desarrollo debe cumplirse de maneja que satisfaga necesidades equitativas de desarrollo ambientales para las generaciones presentes y futuras.

Principio 4.

Con el fin de alcanzar un desarrollo sostenible, la protección del medio ambiente constituirá un aparte integrante del proceso de desarrollo y no puede considerarse aislado de él.

Principio 5.

Todos los Estados y todos los pueblos cooperan en la tarea esencial de erradicar la pobreza como un requerimiento indispensable para un desarrollo sostenible, con el fin de reducir la disparidad de normas de vida y cumplir mejor las necesidades de la mayoría de los pueblos del mundo.

Principio 6.

La situación especial y las necesidades de los países en desarrollo, en especial lo menos desarrollados y los más vulnerables ambientalmente, tendrán una prioridad especial. Las acciones internacionales en el campo del medio ambiente y el desarrollo, también deberán considerar el interés y las necesidades de todos los países.

Principio 7.

Los Estados cooperan en un espíritu de sociedad global para conservar, proteger y restaurar la salud y la integridad del ecosistema de la Tierra. En vista de las distintas contribuciones a la degradación ambiental global, los Estados tienen responsabilidades comunes pero diferenciadas. Los países desarrollados reconocen la responsabilidad que tienen en la búsqueda internacional de un desarrollo sostenible en vista de las presiones que sus sociedades colocan en el medio ambiente global y en las tecnologías y recursos financieros que comandan.

Principio 8.

Para alcanzar un desarrollo sostenible y una alta calidad de vida para todos los pueblos. Los Estados deben reducir y eliminar patrones insostenibles de producción y consumo y promover políticas demográficas apropiadas.

Principio 9.

Los Estados deben cooperar para fortalecer la construcción de capacidad endógena para el desarrollo sostenible al mejorar la comprensión científica a través de intercambios de conocimientos científicos y tecnológicos y al fortalecer el desarrollo, la adaptación, la difusión y la transferencias de tecnología, incluyendo tecnologías nuevas e innovadoras.

Principio 10.

Las cuestiones ambientales son manejadas mejor con la participación de todos los ciudadanos. Afectados a nivel nacional, cada individuo tendrá el nivel apropiado a información relativa al medio ambiente que está en poder de autoridades públicas, incluyendo información sobre materiales y actividades peligrosas en sus comunidades y la oportunidad de participar en procesos de toma de decisiones. Los Estados facilitarán y alentarán la percepción pública y la participación al difundir la información ampliamente. El acceso efectivo a procedimientos judiciales y administrativos, incluyendo reenfoque y remedios, serán proporcionados.

Programas de gestión de sus residuos, adelanta la Universidad de Antioquia

El proyecto Gestión Integral de Residuos para la Universidad de Antioquia, se encuentra en su primera fase de desarrollo.

En ella se busca en primer lugar identificar, caracterizar y cuantificar los residuos sólidos generados por las cafeterías y fotocopiadoras que funcionan en la Universidad. Pretende además, diagnosticar el manejo, tratamiento y disposición que se le da a estos residuos en la actualidad, con el fin de formular estrategias básicas para su gestión integral.

LAS RAZONES

En la Universidad de Antioquia se generan al rededor de 45 toneladas mensuales de desechos orgánicos, biológicos, radioactivos, tóxicos, inflamables e inertes. Estos desechos surgen de las actividades de docencia, investigación, trabajo de asistencia y de servicio a la comunidad que la Universidad desarrolla cotidianamente.

En vista de lo anterior, las organizaciones ecologistas que existen dentro del Alma Mater y la Corporación Ambiental de la misma, decidieron de manera coordinada poner en marcha este proyecto para el mejoramiento del medio ambiente dentro de la institución.

<p>EMERGENCIA DEL EJE CAFETERO La Dirección de Promoción y Prevención del Quindío presentara un proyecto para que el Programa Aéreo de Salud de Antioquia, desplace sus equipos de trabajo a los once municipios del departamento del Quindío, con el objeto de apoyar y complementar las actividades que adelantan la Unidades de Atención Primaria en todo lo referente a promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</p>	<p>EL PULSO -----16-----</p>	
---	--	--

Seminario taller

“Evaluación, Estabilización y Remisión del Paciente Pediátrico”

Con el objetivo de obtener una propuesta en el manejo integral del paciente pediátrico y generar un compromiso interinstitucional, que permita conformar una verdadera red de servicios, se realizará en Medellín entre los días 28 y 30 de julio, el Seminario Taller “Evaluación, Estabilización y Remisión de Pacientes Pediátrico”.

El evento se organizado por el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, la Universidad de Antioquia, la Corporación de Amor al niño y la Sociedad Colombiana de Pediatría Capítulo Antioquia.

El Seminario cuenta con el respaldo del Ministerio de Salud, la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, la Secretaría de Salud de Medellín y la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá.

La metodología con la que se trabajará el seminario, se basará en la realización de 4 talleres mensuales previos al evento (febrero, marzo, abril, mayo) durante los cuales, grupos de trabajo de diferentes instituciones y organizaciones de salud del país, discutirán, analizarán y finalmente redactarán un documento que será presentado como ponencia en el certamen final, e igualmente se integrará a una propuesta global de evento.

Durante el 28, 29 y 30 de julio, expertos nacionales y extranjeros abordarán la problemática de remisión y contrarremisión de pacientes, desde los aspectos administrativos y médicos.

Todos estos asuntos involucrados en los actos administrativos y asistenciales relacionados con la atención al paciente pediátrico tendrán cabida en el certamen que está dirigido a médicos, pediatras y demás profesionales de la salud interesados en el tema. Informes en los teléfonos: 263 78 10, 263 78 85 y 571 63 60.

PROGRAMACIÓN SEMINARIO TALLER, "EVALUACIÓN, ESTABILIZACIÓN Y REMISIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO"

DÍA MIÉRCOLES 28 DE JULIO DE 1.999

7 a 8:30

Inscripciones

8:30 a 9:00

Instalación

Actos protocolarios

9:00 a 9:45

T1

Remisión Del Menor, un Enfoque Basado en Problemas. Evaluación, estabilización y remisión una propuesta de atención en red.

9:45 a 10:30

Café

T2

Red de referencia y contrareferencia: Aspectos éticos y legales. Guías médicas de atención (Aspectos administrativos)

11:15 a 12

T3

Red de referencia y contrareferencia: Aspectos técnicos y de comunicaciones

12 a 1:30

Almuerzo

1:30 a 2:15

T4

Transporte

2:15 a 3:00

T5

Evaluación del niño enfermo para la atención en red; Estado crítico Estado agudo Estado Urgente Estado no urgente

3:00 a 3:30

Café

3:30 a 4:15

T6

Síndrome de dificultad respiratoria Ahogamiento, cuerpo extraño, Síndrome de Estridor Sibilancias

4:15 a 5:00

T7

Insuficiencia Cardíaca congestiva. Enfermedad cardíaca congénita. Shok

DÍA JUEVES 29 DE JULIO DE 1.999

8:00 a 8:45

T8

Estado mental alterado, Síndrome convulsivo Hipertensión endocránea

8:45 a 9:30

T9

Guía médicas de atención por problemas gastrointestinales. Abdomen agudo Hemorragia gastrointestinal

Cuerpo extraño en esófago

9:30 a 10

Café

10:00a 10:45

T10

Guías médicas de atención por problemas Renales. Urológicos insuficiencia renal aguda

10:45 a 11:30

T11

Guías médicas de atención por problemas Hematológicos –Oncológicos Síndrome. Hemorrágico Síndrome anémico Síndrome de orgamegalia

11:30 a 12

Organización salida

12:00 a 5:00

Reunión social

DÍA VIERNES 30 DE JULIO DE 1999

8:00 a 8:45

T12

Guías médicas de atención por problema infecciosos. Síndrome febril agudo <3 meses> 3 meses Meningitis Síndrome séptico

8:45 a 9:30

T13

Guías médicas de atención por problemas endocrino – metabólicos Diabetes Desórdenes congénitos del metabolismo

9:30 a 10:00

Café

10:00 a 10:45

T14

Guías médicas de atención por problemas. Problemas originados en ingestión o exposición a tóxicos o a drogas

10:45 a 11:30

T15

Guía médica de atención por problemas de trauma Evaluación de paciente politraumatizado Trauma de Torax – abdomen TEC

11:30 a 1:00

Almuerzo

1:00 a 1:45

T16

Trauma ortopédico Trauma de mano quemaduras

1:45 a 2:30

T17

Rehabilitación

2:30 a 3:00

Café

3:00 a 3:45

T18

Guías médicas de atención por problemas. Problemas especiales del neonato Síndrome de dificultad respiratoria Sepsis neonatal recién nacido pretermino

3:45 a 4:30

1ª ponencia

4:30 a 5:15

2ª ponencia

5:15 a 6:00

presentación final