

XXXI Asamblea de COHAN

## Una oportunidad para avanzar

En la vida de las instituciones, se presentan momentos de inflexión donde los cambios permiten avanzar en el tiempo de manera acorde con las necesidades del momento. Luego de celebrar los primeros 30 años de la Cooperativa de Hospitales de Antioquia, el país comienza a reclamar cada vez con más fuerza que las instituciones de salud transformen su modelo de atención hacia servicios más integrales, meta en la cual se incluyen los servicios farmacéuticos.

Transformarse para atender mejor a las comunidades es una obligación de las instituciones de salud, COHAN quiere avanzar en esa dirección de la mano de sus asociados, para de esta forma, adecuarnos a las exigencias del sistema de salud, y lograr la permanencia en el tiempo necesaria para el crecimiento conjunto 🌟

### Solidaridad y soluciones para Hospital de Segovia

Debido a efectos de la minería, la sede del Hospital San Juan de Dios de Segovia tuvo que ser trasladada temporalmente al coliseo del municipio. Aunque el tema requiere urgentes soluciones de fondo, la ESE Metrosalud se solidarizó con la institución prestando una unidad móvil acondicionada con dos consultorios.

### La carta de la OPS

A pocos meses de cumplirse el plazo impuesto para alcanzar los objetivos del milenio, la Organización Panamericana de la Salud OPS hace un balance de cómo se encuentran los países de las Américas, y qué falta por profundizar. Algunos aspectos propuestos no se podrán cumplir, pero las reflexiones son necesarias para saber ● donde se falló y lograr el mejoramiento de las condiciones ● de salud de la región. ●

### Chile: el modelo que se transformó

El modelo sanitario chileno fue utilizado en el año 1993 como ejemplo para elaborar la ley 100, sin embargo, aunque en Colombia también se han tratado de efectuar algunas reformas, ninguna tan radical como la del país austral, que decidió apostarle a la integración e redes, con excelentes resultados.

## EDITORIAL

## Atención farmacéutica, una necesidad del sistema una obligación de los hospitales

Lo que ha sido COHAN durante estos 30 años, y lo que es hoy, es producto de la correlación de varias fuerzas, donde el factor fundamental son las exigencias que surgen de los asociados hacia la Cooperativa, y que a su vez responden a las exigencias que el sistema de salud le hace a los hospitales. De ahí que la gestión de insumos hospitalarios, incluyendo los medicamentos, y la forma en que hoy se maneja esa relación, es precisamente el resultado de esas exigencias.

En casi todos estos años, una solicitud permanente de los asociados, siendo esta la mayor exigencia realizada a COHAN, es el tema relacionado con el precio de los medicamentos, sin que sean tan marcadas las exigencias en calidad y disponibilidad. Y se puede entender que en calidad sean menos dado que tanto asociados, como el medio, suponen, correctamente, que ese es un atributo implícito del servicio de COHAN, y eso es correcto, sin querer decir que la exigencia de precio, oportunidad y disponibilidad no sean válidas también.

Sin embargo este relacionamiento de COHAN y sus asociados centrado en el precio, ha acaparado la relación frente a los medicamentos y ha sido una especie de océano rojo donde no ha habido ganadores entre esos dos actores; los

beneficiarios de esa discusión probablemente sean los usuarios al tener mayor accesibilidad a medicamentos bajo la variable precio, pero también los aseguradores y el sistema de salud en general. Y esto es válido porque finalmente COHAN ha sido un regulador de precios de medicamentos, y bajo esa función el beneficio no va para COHAN ni a sus asociados, va a actores externos.

Y ahí es donde se puede pensar que el precio no es, ni debería ser, el problema. En precios, como en otras relaciones, terminamos colocándonos de acuerdo, en una relación sana, sensata, y con cartas abiertas, donde ambas partes tienen que ganar en una relación equilibrada y con sentido de solidaridad y cooperación. Por eso la relación entre COHAN y sus asociados debe trascender más allá del tema precio, y suponerlo también como un atributo superado como se entiende superado el tema de la calidad.

Es necesario replantear la relación primero porque no se obtienen beneficios para las partes cuando se centra en el precio, pero además porque la relación debe focalizarse en otros atributos de la gestión de medicamentos para que este rubro se mantenga vigente dentro de los hospitales, y ahí lo esencial es darle valor agregado a la gestión de los

medicamentos, aplicar una gestión avanzada de los medicamentos y una gerencia avanzada de la enfermedad, más allá de la mera distribución entendida como intercambio de medicamentos por un documento, que es lo que se hace en buena parte de las farmacias del país. Esa debe ser la dirección sin centrarse únicamente en el tema precio.

En el SGSSS se puede hablar de medicamentos POS y no POS, existiendo dentro de ambos grupos medicamentos de alto costo, asociados generalmente con los servicios más especializados. En términos generales esos medicamentos, también asociados con modelos de gerenciamiento de la enfermedad y de gestión avanzada de los medicamentos, y obviamente con unos márgenes de rentabilidad más amplios, nunca han estado en los hospitales públicos de Antioquia, solamente en algunos momentos esporádicos y en algunos hospitales muy precisos, pero siempre a través de contratación con del departamento y no desde el sistema del aseguramiento.

Los medicamentos que manejan los hospitales corresponden al POS del bajo nivel de complejidad, incluyendo las enfermedades crónicas no transmisibles, pero estas también necesitan una gestión avanzada tanto de la enfermedad como de los medicamentos, y hasta ahora los hospitales públicos



Jamel Alberto Henao Cardona

Gerente  
gerencia@cohan.org.co

no están haciendo esa tarea, que sí adelantan otros actores privados en el contributivo. El régimen subsidiado terminará exigiendo esa gestión avanzada, alguna EPS dará el paso, y si los hospitales públicos no han desarrollado esos modelos de gerenciamiento de enfermedad o gestión avanzada de medicamentos, terminarán perdiendo ese fragmento del mercado, y esas patologías y tratamientos saldrán de los prestadores públicos perdiendo así el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles, y quedándose solo con la atención del trauma, antigripales y los estados morbosos mal definidos.

Es necesario cambiar para sobrevivir, y manejar el tema sólo desde el factor precio puede ser la espada de Damocles, mientras exploramos otros modelos de atención de la enfermedad y de gestión de los medicamentos, es el salvavidas que garantiza la vida.



## Gerente

Jamel Alberto Henao Cardona

## Presidente Consejo de Administración

Luz María Agudelo Suárez

## Presidente Junta de Vigilancia

Mauricio Toro Zapata

## Comité Editorial

Jamel Alberto Henao Cardona  
Catalina Aguilar Ruiz  
Juan Carlos Arboleda Z.

## Dirección

Juan Carlos Arboleda Z.

## Diseño y Diagramación

Marta Sánchez

## Ilustraciones

Agostino

## Impresión

La patria

Las opiniones manifestadas en los diferentes artículos, no reflejan necesariamente la posición de COHAN y sólo comprometen a sus autores.



Síguenos en:



Carrera 48 N. 24-104 • PBX (574) 354 88 80

[www.cohan.org.co](http://www.cohan.org.co)

[comunicacion@cohan.org.co](mailto:comunicacion@cohan.org.co)

Cañasgordas Antioquia, 11 de diciembre de 2013

Señores  
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA  
At. CATALINA AGUILAR RUIZ  
Comunicadora  
Carrera 48 24-104  
Medellín

Asunto: AGRADECIMIENTO

Respetados señores,

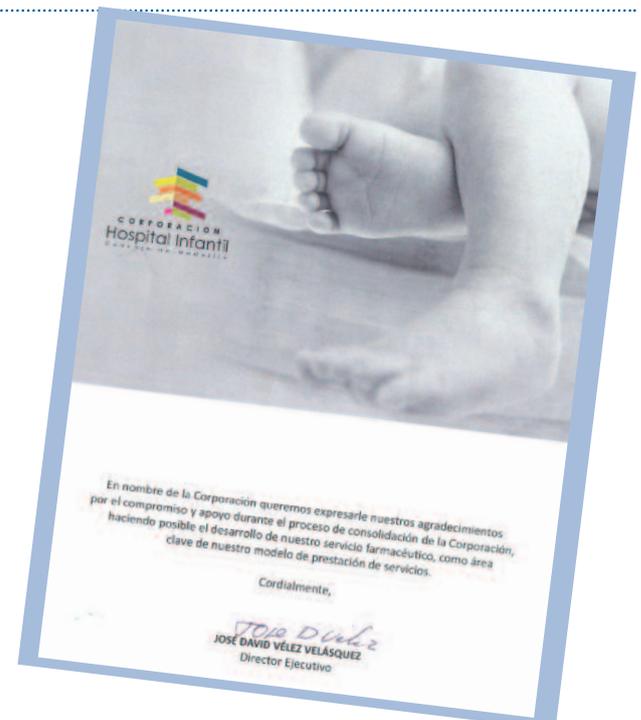
Presento mis sinceras felicitaciones por la excelente gestión realizada por la Cooperativa de Hospitales de Antioquia, por su labor social y muy especialmente por la creación del concurso "CUÉNTAME UN CUENTO" del cual se acaba de realizar la sexta versión.

Mi inmensa gratitud por permitirme participar de tan bello concurso donde podemos desahogar nuestras ansias de escribir nosotros los, muy empíricos, escritores.

Gratitud eterna a todos los funcionarios de la Cooperativa, a los directos encargados del concurso, al jurado evaluador.

¡Mi gracias!

  
FERNANDO AUGUSTO MONTOYA ARIAS  
c.c. 70.432.656  
Auxiliar Administrativo  
E.S.E. Hospital San Carlos



Con condicionantes

# Ministerio reconoce importancia de RISS

Declaraciones a DE LA RED del viceministro de salud Luis Fernando Ruiz Gómez

**¿Desde la visión actual del ministerio como se ve el tema de redes?**

Creemos que es fundamental pero hay varios temas que es necesario resolver, tenemos un sistema de salud muy descentralizado que es una restricción muy importante a las redes, hemos tenido movimientos demográficos que hacen que algunas poblaciones hayan crecido, hay realidades que han cambiado, y tenemos situaciones en los hospitales muy diferentes en términos de que algunos están en muy alto riesgo financiero. Además tenemos roles muy importantes por definir como cuál puede ser el rol de los departamentos en el ámbito de la estructuración de las redes, cómo puede ser esa relación municipio departamento, y cómo se puede hacer realmente que trabajen integradas.

Creo que hay que consolidar también cuál es el modelo de servicios y qué modelo de atención debe haber, cómo debe ser el modelo de estructuración de funcionamiento dentro de las redes y con los diferentes niveles de complejidad, pero también que modelo organizacional debe existir. ¿Debemos identificar redes con empresas sociales del estado únicas, o debemos funcionar con redes que funcionan aisladamen-

te pero tienen una funcionalidad de redes? es uno de los debates y creemos que es lo que tenemos que empezar a construir.

**¿Esos debates han impedido que se reglamente la 1438 que ya ordena la creación de las redes?**

Yo creo que hay que tener un principio de realidad y es que en la 1438 quedó un planteamiento muy interesante, muy bien estructurado, teóricamente muy bien fundamentado pero que la dificultad ha venido dándose en hacerlo operativo. Entonces ahí entran toda clase de dificultades técnicas, de intereses y de restricciones de naturaleza política, es necesario superar eso. Yo apostaría a que la experiencia debe darse a partir de desarrollos que se hagan en los departamentos y me parece que Antioquia es un lugar ideal en el país para pensar en hacer un proyecto demostrativo de esta naturaleza.

**¿Podría haber entonces programas pilotos?**

Yo no los llamaría pilotos porque cuando uno hace un pilotaje generalmente busca hacerlo sobre algo que no conoce, creo que debemos empezar experiencias específicas de conformación de redes, pero el concepto más importante no puede ser por la red en sí misma, creo que hay un error conceptual importante que

estratégica integrada, y se presentaron casos reales de Colombia y Latinoamérica.

Por otro lado, el lunes 17 de marzo, se llevó a cabo un conversatorio entorno a la interpretación y aplicación de la regulación de precios de medicamentos: "Formas de interpretación de la circular 07 de 2013" el cual fue coordinado por la gerente de mercados de Astrazeneca, la señora Gloria Quintero.

Ambas actividades tuvieron entrada libre y complementan la amplia pro-



Viceministro de Salud Luis Fernando Ruiz Gómez

incluso está en la 1438, la red debe darse para la demanda de servicios, no debe centrarse alrededor de cómo agrego hospitales sino como esas instituciones responden a la demanda de la población en salud, y esa es la verdadera funcionalidad de la red, de resto no van a tener la opción de ser funcionales.

**En el proyecto de ley ordinaria se derogan los artículos que ordenan la creación de las redes, lo que mostraría que el ministerio no tiene interés en avanzar en el tema**

No, las deroga pero las integra, es decir en el proyecto de ley aparecen las redes y lo que no está resuelto me parece a mí en la 1438 es cual es el alcance de las redes, si la red debe considerarse como un asegurador aparte, yo creo que ahí está parte del debate, si estamos hablando de que la red se auto gestiona, vincula y atiende personas, estamos hablando de un asegurador, y ¿ese asegurador como funcionaría de manera integrada? ¿Cómo redes integradas de primer nivel? Si eso es así lo debemos decir y debemos decirnos la verdad 🌟



## En un momento crucial Asamblea de AESA

El pasado 4 de abril se realizó la XVII Asamblea General Ordinaria de Asociados de la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia AESA, con una masiva asistencia en el auditorio del centro Comercial San Diego.

La oportunidad fue aprovechada por los gerentes de los hospitales públicos del departamento para analizar varios de los diferentes temas que han generado una crisis de grandes proporciones en el sector. La falta de liquidez, el constante aumento de la deuda de las EPS, la falta de acciones de los órganos de control, fueron entre otros los aspectos que se discutieron en un ambiente de preocupación generalizada.

Quizás el tema que más centró la atención de los gerentes es la amenaza de liquidación que se cierne sobre varios hospitales públicos del departamento, situación confirmada luego de conocerse un documento del Ministerio de Salud y Protección Social que avala una propuesta de la Dirección Seccional para liquidar, fusionar y tomar otra serie de medidas con 26 hospitales de la región.

Ante el tema los asistentes presentaron varias propuestas alternativas como la de crear micro redes en las regiones a fin de garantizar el pago del pasivo prestacional (a todas las ESE) por parte del ente territorial y garantizar su viabilidad como hospitales públicos apoyándose con telemedicina, bajo la figura de asociación, consorcio y corporación.

La asamblea estuvo precedida en la jornada de la mañana por una programación académica que incluyó una actualización en contratación laboral en las Empresas Sociales del Estado dictada por el catedrático de la Universidad Externado de Colombia, doctor Ricardo Barona Betancourt, la conferencia Modelo de atención para Antioquia basado en Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud, dictada por el doctor Eliseo Velásquez, docente de la Facultad Nacional de Salud Pública, y la charla: Un modelo de atención en salud para Antioquia basado en la APS una nueva oportunidad, presentada por el doctor Eduardo Guerrero Espinel, coordinador Grupo de APS de la Universidad de Antioquia. Asimismo el docente universitario Andrés Villegas García, abogado de la universidad Pontificia Bolivariana y Especialista en responsabilidad civil y seguros trató el tema: Demandas por responsabilidad civil y laboral 🌟

## Primer trimestre de 2014

### Actividades del CGC

Varias actividades académicas, además de las programadas dentro del programa de Hacia un Fin Saludable, realizó el CGC de COHAN durante las últimas semanas.

El pasado 14 de marzo el Centro de Gestión para la Competitividad (C.G.C), organizó el Microforo: Indicadores de Riesgo, dictado por el Profesor Mario Héctor Vogel, director del club de Tablero de Comando y en el cual se trataron temas como: DOFA Matemático, IPER Tablero de gestión con indicadores de riesgos, ejecución



Centro de Gestión para la Competitividad en Salud

gramación académica preparada para el año 2014, que en el caso de Hacia un Fin Saludable en el mes de mayo tiene preparada una jornada de Actualización en Habilitación. Para conocer la agenda completa de actividades ingresar a: <http://www.cgccohan.coop/> 🌟

Ad portas de los objetivos del milenio, reflexión de la OPS

# Los determinantes sociales de la salud en las Américas

● Carissa F. Etienne\*

Cuando los 189 Estados Miembros de las Naciones Unidas firmaron la Declaración del Milenio en el año 2000, establecieron un objetivo ambicioso para sus países y el mundo. En la proximidad de la fecha límite de 2015, la Región de las Américas ha progresado considerablemente. Es muy alentador, por cierto, observar el crecimiento económico sostenido, el aumento de la esperanza de vida y la mejora de la gobernanza en la Región. En calidad de Directora de la Organización Panamericana de la Salud, es para mí una lección de humildad ver la dedicación y el compromiso de los ministerios de salud, los organismos gubernamentales e internacionales, las organizaciones no gubernamentales y los grupos comunitarios con cuyo esfuerzo se ha reducido la mortalidad infantil, se ha ampliado la cobertura de vacunación, se ha hecho frente a enfermedades transmisibles y no transmisibles, se ha mejorado la salud materna y se han abordado importantes preocupaciones en el ámbito de la salud pública.

Sin embargo, aunque hay muchos logros para celebrar, debemos recordar que los avances en la salud no están distribuidos por igual en los países y entre ellos, y esa inequidad sigue siendo el mayor reto para la salud y el desarrollo sostenible en las Américas. La desigualdad general de los ingresos ha superado constantemente el crecimiento de los ingresos en la Región, lo cual se refleja en los datos regionales recientes que muestran que, mientras que los ingresos han aumentado signifi-

cativamente en un período de 30 años, la brecha entre los privilegiados y los desposeídos casi se ha triplicado. Por otro lado, las mujeres están sobre representadas en el sector laboral informal, en el cual los trabajadores se enfrentan con más riesgos ocupacionales y tienen una cobertura insuficiente de los mecanismos de protección social. La intensificación de las migraciones, el envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades no transmisibles son las tendencias más importantes que configuran la salud en las Américas. En efecto, estos y muchos otros determinantes están exacerbando aun más las inequidades en la salud en los países y entre ellos.

Desde 2008, cuando la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS produjo el histórico informe *Subsanar las desigualdades en una generación*, que ayudó a detectar y definir las causas subyacentes de las inequidades en la salud, ha surgido un movimiento mundial para abordar estos determinantes sociales. Partiendo de las recomendaciones de la Comisión, en 2009 la Asamblea Mundial de la Salud exhortó a los Estados Miembros y a la comunidad internacional a que redujeran las inequidades en la salud adoptando el enfoque de la salud en todas las políticas. Este enfoque revitalizó hitos nacionales e internacionales del desarrollo de la política sanitaria y los compromisos para garantizar el acceso a la atención sanitaria integral, entre ellos la Declaración de Alma-Ata de 1978, que reconoció la importancia de la acción intersectorial para lograr la salud para todos.

El espíritu de Alma-Ata se refleja en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986, en la cual se abordan las “políticas públicas favorables a la salud” como área clave para la promoción de la salud. En fecha más reciente, la Declaración Política de Río sobre los determinantes sociales de la salud, de 2011, expresó el compromiso político mundial de adoptar un enfoque orientado a los determinantes sociales de la salud. La Declaración de Río nos recuerda que tenemos que trabajar con otros sectores para abordar las marcadas inequidades en la salud que existen en los países de la Región de las Américas y entre ellos. Como queda demostrado con el establecimiento de comisiones nacionales sobre los determinantes sociales de la salud y la integración de los determinantes en los planes nacionales y regionales, la Región se ha comprometido a actuar en relación con los determinantes sociales y a apoyar el movimiento de la salud en todas las políticas, concretamente por medio de la colaboración intersectorial para alcanzar la cobertura universal de salud.

La cobertura universal de salud es un componente fundamental del desarrollo sostenible, la seguridad humana y la reducción de la pobreza y un elemento clave de todo esfuerzo para reducir las inequidades sociales. A medida que nos acercamos a la era posterior a 2015, estoy segura de que, con el compromiso de los Estados Miembros y nuestros asociados tanto dentro como fuera del sector de la salud, podremos lograr que todas las personas, aun las más vulnerables, tengan acceso a los servi-



cios necesarios (prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos) de calidad suficiente para ser eficaces sin exponer a la gente a penurias económicas. Es alentador ver que el apoyo mundial a la cobertura universal de salud está cobrando impulso. En la 66.a Asamblea Mundial de la Salud, varios delegados de países de las Américas expresaron un apoyo decidido a la meta de la cobertura universal de salud y la inclusión de la salud como componente central de la agenda para el desarrollo después de 2015. La orquestación de una respuesta coherente de todos los gobiernos y la sociedad sigue siendo uno de los retos más importantes para la salud mundial. A medida que avanzamos hacia el período posterior a 2015, la agenda de desarrollo internacional debe abordar la interconexión de las políticas sociales y la salud en las cinco áreas descritas en la Declaración de Río: mejorar la gobernanza, fomentar la participación, reorientar el sector de la salud, fomentar la acción mundial sobre los determinantes sociales y vigilar los progresos.

A medida que los países vayan avanzando hacia la cobertura universal de salud, se necesitará un enfoque intersectorial de los determinantes sociales y habrá que ir más allá del trabajo del sector de la salud. Tenemos una gran oportunidad para influir en las políticas y prácticas que refuerzan la importancia de crear alianzas y redes de des-

arrollo entre los diversos sectores de la sociedad. Con el comienzo de la ejecución del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, aguardo con interés la posibilidad de promover una acción colaborativa estratégica entre los Estados Miembros y otros asociados para promover la equidad en salud, combatir las enfermedades y mejorar la calidad y la duración de la vida de los pueblos de las Américas.

Al acercarnos al período posterior a 2015, debemos mantener la salud como prioridad e influir en el diálogo mundial sobre estrategias para abordar eficazmente los determinantes sociales y reducir las inequidades en la salud, aprovechando todas las iniciativas prácticas que hayan tenido éxito. A fin de alcanzar el grado más alto posible de salud para todos, debemos fortalecer nuestras redes y establecer mecanismos para facilitar el intercambio de conocimientos y experiencias, no solo dentro de nuestra Región, sino también con otras regiones de la OMS. El exdirector de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos y líder respetado en la esfera de la salud mundial, doctor William Foege, resumió la salud en el siglo XX en cuatro palabras: “progreso espectacular, inequidades espectaculares”. En efecto, aunque hemos progresado mucho en la Región de las Américas con los determinantes sociales, todavía tenemos mucho que hacer para cerrar la brecha.

\* Directora, Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

## Algunas cifras cooperativas:

Importantes sectores de población son miembros de cooperativas en todo el mundo:

En Bélgica existen más de 30.000 cooperativas. En la India los miembros de cooperativas superan los 240 millones de personas. En Japón una de cada 3 familias es cooperativista. En Kenia una de cada 5 personas es socia de una cooperativa. En Singapur los cooperativistas son 1'400.000 personas, una tercera parte de su población

Fuente: ACI Alianza Cooperativa Internacional



Valoración del asociado

# Una herramienta que muestra el compromiso

La valoración de asociados básicamente es una herramienta estructurada en una matriz que fue establecida mediante el Acuerdo 082 por el Consejo de Administración de COHAN, con el fin de conocer, y reconocer, el compromiso de los asociados hacia la Cooperativa a partir del cumplimiento de sus deberes, materializados en la compra de insumos, pago de aportes, calificación de la cartera y alianzas estratégicas para el logro de los objetivos específicos derivados del acuerdo cooperativo.

Ser parte de una asociación de carácter cooperativo, implica crecer juntos hacia objetivos comunes, pero en la medida que la empresa se conforma por parte de los asociados, es también desde el trabajo conjunto como se alcanza dicho crecimiento. De allí que valorar la participación de los asociados tiene sentido para conocernos más, y reconocer con incentivos el esfuerzo de quienes cumplen sus deberes cooperativos para el desarrollo de todos.

La aplicación del instrumento de valoración del asociado contempla los siguientes criterios de evaluación:

**Participación en la Asamblea y órganos de control:** acá se califica la asistencia a las reuniones contempladas en los estatutos, y los gerentes que pertenecen a más de un órgano de dirección, son evaluados de manera independiente, pues se asume que la responsabilidad es individual con cada uno de los entes.

**Otro criterio de evaluación es el comportamiento comercial el cual se mide bajo dos variables:** niveles de compras donde el puntaje se otorga dependiendo del porcentaje de compras de insumos que la institución realiza a la Cooperativa con base en el presupuesto asignado a cada institución por la Dirección Seccional de

Durante el periodo de 2013 los asociados que obtuvieron los mejores puntajes, demostrando su gran compromiso con la Cooperativa fueron los siguientes:

MUNICIPIO	ENTIDAD ASOCIADA	PUNTAJE
El Santuario	E.S.E. Hospital San Juan de Dios	76,5
San Pedro de los Milagros	E.S.E. Hospital Santa Isabel	75,5
Bello	E.S.E. Hospital Mental de Antioquia-HOMO	75,0
Betania	E.S.E. Hospital San Antonio	73,00
Frontino	E.S.E. Hospital María Antonia Toro de Elejalde	72,5
Jericó	E.S.E. Hospital San Rafael	70,5

Salud y Protección Social de Antioquia. El otro criterio es la cartera, que evalúa el comportamiento de la institución tomando como base para la puntuación, el comportamiento en pagos durante el periodo evaluado.

Un tercer concepto de gran importancia es la participación en los cursos y capacitaciones programadas por el CGC, en este ítem, la Subgerencia de Competitividad asigna el puntaje a las instituciones que hayan participado como mínimo en un evento de cada categoría. En este caso el puntaje es acumulativo, de manera que quien asiste a varias de las categorías de eventos, suma más puntos que la institución que sólo se inscribe en uno.

El pago de aportes también se considera para la calificación final, y se le concede puntaje a las instituciones que hayan realizado el pago de sus aportes durante los tres primeros meses del año.

**Otros elementos evaluados son:** el comportamiento histórico, que consiste en el comportamiento que ha tenido la institución en los

últimos tres años en compras y cartera. El suministro de Información, partiendo de que los hospitales generan información valiosa para la gestión de COHAN, por lo tanto se otorga un punto extra a las instituciones que responden oportunamente a las encuestas o sondeos aplicados por la Cooperativa, ya sea por actualización de información sobre los cambios o novedades del hospital y que colaboran con la consecución de información solicitada en casos específicos, y el diligenciamiento de encuestas que entrega puntaje a las instituciones que respondan en el plazo establecido, a las encuestas enviadas por COHAN.

El período establecido para realizar la evaluación de las instituciones asociadas cubre de enero a diciembre de cada año, y las instituciones que se ubican en los puntajes más sobresalientes obtienen un descuento parcial o total en la inscripción a los cursos, diplomados o demás espacios académicos que ofrece la Cooperativa desde el Centro de Gestión para la Competitividad y que en este año se realizan entre los meses de abril de 2014 hasta abril de 2015.

## ¿Agotado? ¿Preocupado?



¿Quieres quitarte ese dolor de cabeza de cada mes? ¿Preocupado? ¿No alcanzas a hacer los informes del SISMED?

¿Cansado de recibir sanciones? ¿Preocupado?

**¡Todo esto ya tiene solución!**

**COHAN trae para tu solución** HERRAMIENTA **SEVEN**

- BENEFICIOS**
- Fácil.
  - Rápido.
  - Envío a tiempo del informe y certificación del proceso.
  - Capacitación y asesoría continua.
  - Recordatorios automáticos para el envío de los archivos.



**Mayores informes**

www.cohan.org.co - www.cgc.cohan.coop/  
competitividad@cohan.org.co  
354 88 80 / Ext. 222 - 327 - 328

Un ejercicio inteligente de solidaridad

# Negociación conjunta 2014

Desde hace algunos años, la Cooperativa de Hospitales de Antioquia ha venido implementando la metodología de negociación conjunta con el fin de lograr mayores beneficios para las instituciones asociadas y para las entidades que de manera solidaria participan en estas alianzas con el fin de alcanzar mejores condiciones de negociación.

El actual proceso comenzó en el último trimestre del 2013 con el fin de ser ejecutado en la vigencia del 2014, y en esta oportunidad se tuvo como novedad la presencia de dos importantes instituciones, el Hospital General de Medellín y la ESE Metrosalud, que se sumaron a los servicios farmacéuticos de la IPS Universitaria.

La subgerente de logística y compras de COHAN, Lesly Bustamante, señaló que actualmente la Cooperativa se encuentra en la fase de firma de contratos con la ESE Metrosalud, con el HGM este ya se firmó y se empezó a gestionar el primer pedido, y con los servicios farmacéuticos que operan en la IPS Universitaria se avanza en el proceso normal que se ha venido realizado durante los últimos años.

En palabras de la doctora Bustamante, la negociación conjunta permite unir esfuerzos para, consolidando unidades y valores en pesos, lograr una mayor economía de escala, y mejores beneficios en la negociación, por lo cual para COHAN es de gran importancia haber trabajado este proceso con dos instituciones tan representativas como Metrosalud que abarca la mayoría de la población ambulatoria de Medellín, y el Hospital General de Medellín, institución de alta complejidad muy reconocida en todo el país.

“El beneficio principal es la economía de escala con unos valores agregados adicionales de



calidad, técnicos, logísticos, además de aunar esfuerzos en una unión que termina beneficiando a todos los asociados, porque lograr mejores precios con economía de escala beneficia tanto al hospital pequeño como al grande” afirma Lesly Bustamante.

## La unión que hace la diferencia

La doctora Marta Castrillón, gerente de la ESE Metrosalud, señaló que la participación de su entidad en la negociación conjunta tuvo dos facetas: “El proceso puede ser calificado a la vez como relativamente sencillo y complejo. Sencillo porque es una decisión que se hace pensando en que al ser varios los que participamos, la economía de escala que se logra es mucho mayor, y cuando hablamos de instituciones tan grandes como el Hospital General, Metrosalud, y la misma COHAN, entonces se logran mayores descuentos. Pero a su vez el tema se vuelve complejo por la misma dinámica de la contratación pública, ya que en el caso nuestro atravesamos una situación complicada, tenemos que cumplir un programa de saneamiento fiscal y financiero en el cual nos habíamos comprometido con obtener unas ganancias en el manejo de los medicamentos vía subasta inversa y nosotros solos, entonces fue necesario garantizar que al juntarnos el beneficio financiero fuera un poco superior a la meta que nos habíamos propuesto”.

A pesar de la complejidad del proceso, la doctora Castrillón considera que la estrategia es muy importante porque en esta

oportunidad se han unido las organizaciones que más presupuesto manejan, pero además, porque se está dando cuenta de un ejercicio de transparencia total en la adquisición de los medicamentos, aspecto muy complejo ante las amenazas de corrupción: “le estamos diciendo a los hospitales más pequeños que si nosotros los grandes nos estamos uniendo, ustedes no pueden ser inferiores al reto, pero además, que el hecho de que nosotros lo hagamos con la Cooperativa de Hospitales de Antioquia también beneficia a los hospitales más pequeños y acá hay un acto de solidaridad”.

Y es que para la doctora Castrillón lo más importante del proceso de negociación conjunta es garantizarle al ciudadano la calidad del producto: “lo que los servidores públicos hacemos debe girar entorno a la ciudadanía, a su bienestar, al manejo eficiente y transparente de los recursos para beneficiar a las personas que son la razón de ser de nosotros, es para los ciudadanos que atendemos, que visitan nuestros hospitales, que nosotros debemos trabajar, son ellos quienes permiten que perduren los hospitales, entonces todo lo que hagamos entorno a generar iniciativas para defender el sector público, es positivo, juntándonos somos más fuertes, y podemos obtener mejores resultados, antes de pensar en otro tipo de estrategias como las liquidaciones, privatizar o entregar los hospitales públicos a terceros, esa es la salida más fácil: abandonar el barco cuando se está hundiendo, entonces en estos momentos de situación compleja de un sector en crisis, deberíamos dar

ejemplo al país generando este tipo de iniciativas que dan cuenta del fortalecimiento del sector Público con alianzas que son estratégicas y claves para el sector”.

Y es que con la negociación conjunta, no solamente ganan las instituciones, los ciudadanos adquieren la certeza de que sus hospitales están adquiriendo medicamentos con buenas prácticas de manufactura, con principios activos validados y verificados, con trazabilidad en sus lotes, y el respaldo de la experiencia y transparencia de COHAN en el buen manejo desde la recepción hasta la dispensación, son temas que los ciudadanos deben conocer y valorar, así como los gobernantes locales y las juntas directivas.

Si bien la negociación conjunta puede tener las complejidades naturales de este tipo de procesos, la conclusión de la doctora Castrillón es contundente: “esperamos que el año entrante que tengamos un camino ya andado sea un proceso más fácil, pero lo más importante es que le estamos dando cuenta a la ciudadanía de que estamos adquiriendo medicamentos con buenas prácticas de manufactura, y donde además de estar ganando nosotros, estamos mostrando un espíritu de solidaridad porque los descuentos obtenidos no solamente benefician a nuestras organizaciones sino también a los hospitales más pequeños del departamento”. Es con la cooperación de todos que se superan los momentos de crisis, y en este caso la negociación conjunta es una buena demostración del espíritu solidario.



## Mención de Honor

El jurado de la última versión del concurso Cuéntame un Cuento organizado por COHAN, determinó entregar dos menciones de honor, en esta edición publicamos una de ellas.

### Misión posible

Mención de honor  
Johny Alberto Arbeláez  
Londoño

Auxiliar grado II COHAN Central

En cada uno de sus sueños estaba ella, vestida de blanco, preparada para las nupcias. Él no lograba convencerla de su amor porque era dominada por la desconfianza. Conquistarla se convirtió en uno de sus mayores retos, tanto así que para estar juntos habría de caer nieve sobre un elefante en la ciudadela.

Un amigo suyo llamó para anunciarle que su amada estaba internada en un lejano hospital de un país en guerra; una explosión le causó un edema cerebral y ahora se encontraba en coma. En el lugar no había medicinas ni equipos para brindarle la apropiada atención, de modo que su vida dependía de un milagro.

Haciéndose pasar por un cirujano, se infiltró en una misión médica que se dirigía al mismo lugar, pero la hostilidad del sitio obligó a que cambiaran de destino. Persistente, dejó la caravana y continuó solo su camino.

Caminó varios kilómetros hasta hallarla, jamás perdió la esperanza. Le restaban 4 horas de existencia. Buscó con premura todo lo necesario para el preparado que le salvaría la vida... Aprovechó mientras dormía para ponerle un hermoso collar. Surtió efecto, sanó. Ella volvió y fantásticamente caía nieve (cenizas) sobre un elefante, validando el amor del diligente hombre.



## Trabajo en redes

# Imperativo para atender enfermedades crónicas

*El doctor Ricardo Fabrega Lacoa fue uno de los artífices de la última reforma del sistema de salud chileno en la primera presidencia de Michelle Bachelet. Desde su cargo como viceministro de salud lideró la transformación de un modelo que hace 20 años inspiró al colombiano, pero que los chilenos decidieron transformar. El doctor Fabrega fue uno de los invitados especiales en el Congreso de RISS organizado por COHAN. En esta edición sus apreciaciones sobre los sistemas de salud y en trabajo en redes.*

### Por qué tomó Chile la decisión de que trabajar en redes era lo más productivo?

Nuestro sistema de salud es dual, y el funcionamiento en red fue adoptado fundamentalmente por el sector público, más que por el privado el cual solo hasta muy recientemente ha estado trabajado en esa línea, pero el sector público comenzó desde hace muchos años a trabajar en una forma de relacionarse entre los distintos niveles y establecimientos, es una tradición que viene desde mitad del siglo XX cuando se definió la forma de atender con prioridad temas como la maternidad y lo infantil, y era evidente que se requería de una buena información entre los equipos y las matronas que estaban en la comunidad y hacían el control prenatal, y ambos con los especialistas que iban a recibir el niño de un embarazo de alto riesgo en muchos casos. Eso generó una tradición del aparato público de interrelación operativa práctica orientada a prestar un mejor servicio a la población.

Luego la pregunta fue: ¿si eso se hace para lo materno infantil y funciona, porque no hacerlo para todo?, El camino que se escogió fue ese porque obviamente los resultados sanitarios, como la disminución de la mortalidad materno infantil, claramente mostraron que el trabajo en equipo de establecimientos distintos pero que saben que cuentan el uno con el otro para que cada uno pueda hacerlo bien, y resolver los problemas de la gente, ha sido el principal motor de las redes. Querer repetir los éxitos en materno infantil, en los nuevos servicios ya con un panorama de enfermeda-

des crónicas, envejecimiento, cuando se trata de cuidar una enfermedad crónica se tiene que estar muy cerca a la gente para ayudarlo a cuidarse, y además con una alta capacidad resolutoria para cuando se complica, y eso implica trabajo en red.

### El trabajo en redes no es una estrategia para ahorrar costos pero ustedes que llevan años ¿ven ahorros por la optimización de recursos?

Esta es una gran discusión y más que disminuir los costos, en nuestros países la salud se comporta como un bien superior donde mientras más ingresos tiene la población, más se gasta en salud. El tema está en la velocidad de ese incremento. El resultado sanitario asociado a ese incremento es mejor en la medida en que se trabaje en red, el incremento es más lento y los resultados de salud son mejores, y eso se ve en las comparaciones de los países, aquellos que tienen sistemas de salud basados en la atención primaria, y con un fuerte soporte de redes, logran mejores años de vida de la población y simultáneamente son más baratos, es posible que ninguno cueste menos que hace 20 años, pero la velocidad del incremento del costo ha sido más lenta en los países que funcionan en red.

### ¿Son convenientes las redes especializadas por patologías?

Las redes deben ser sistémicas, con programas integrados verticalmente, transversales, que contengan elementos de todos los enfoques pero siempre integrado en el sistema; cuando se generan redes temáticas se tiende a seccionar el sistema y eso hace daño y está demostrado que una red especializada, el grupo que la atiende es espe-

cífico, con presupuesto, administradores, vehículos especiales, para su tema, así se pierden oportunidades de mejorar la salud en general, de forma integral. Eso no es salud, es una misión mecanicista que se le ocurrió a algún economista eficientista, pero no a un salubrista. No son programas que miren a la gente en su integralidad, y aunque se piense que es más eficiente, al final no resulta así.

### ¿Cómo es la parte operativa de las redes en Chile?

Hay un jefe de red que no es un jefe jerárquico ni tiene atribuciones para despedir, pero sí tiene la responsabilidad y funciones; este gestor se encarga de la integración de la red y tiene ámbitos de negociación con el Ministerio que le permiten ir modulando el flujo al interior de la red, a veces incluso hacen contrataciones por fuera de su propia red, pero esta mirada es cortoplacista porque al final lo que se produce es un incremento de costos y desestabilización del propio cuerpo interno, pero la mayoría apuestan por el desarrollo interno de su propia red. Las redes funcionan con compromisos de gestión, indicadores en salud.

### ¿Y financieramente?

En Chile es mucho más simple que en Colombia, es un sistema presupuestario y de ahí que los hospitales sepan que no pueden gastar más de determinada cantidad, pero para que les asignen esa cantidad, la facturan; si facturan más no se les va a pagar para evitar que el asunto se convierta en negocio, pero si hace menos, se les va a pagar solo lo que hicieron, entonces en vez de estar inven-

tando negocios para cobrar más si sabes que no te lo pagan, lo que se hace es facturar lo que se hace pero buscando que los costos sean más bajos para que alcance el presupuesto.

El pago se hace por atención valorada, eso significa que se paga por resolver una cirugía de vesícula, pero si se utilizan 20 cirujanos o uno solo, es problema tuyo; no se paga por los reingresos, esos días cama cuando alguien reingresa corren por cuenta del hospital porque son tu complicación, y se han calculado unas tasas de complicaciones aceptables de reingresos; son todos mecanismos que obligan a las redes hospitalarias a tratar de contener los costos mejorando la eficiencia de la institución, aumentando la calidad de lo que se hace, y donde se han ido haciendo cosas cada vez más sofisticadas 🌟



### Algunas cifras cooperativas:

En Brasil las cooperativas de salud prestan servicios médicos y odontológicos a 17,7 millones de personas, casi un 10% de la población del país. En Argentina existen unas 13.000 cooperativas que reúnen unos 9´400.000 socios y dan empleo directo a más de 265.000 personas. En Paraguay el capital social de la mayor cooperativa de ahorro y crédito supera al de 11 bancos comerciales.

Fuente: ACI Alianza Cooperativa Internacional

Para profundizar en las RISS

# Un breve recorrido por la Atención Integrada (Sexta parte)

En la presente serie sobre RISS, en esta edición publicamos la última parte del trabajo realizado por el doctor Roberto Nuño, que nos ha mostrado importantes conceptos que pueden ser aplicados en nuestro medio.

● Roberto Nuño Solinís  
Universidad del País Vasco

## Algunas conclusiones

Pese a que la atención integrada es un término con múltiples acepciones, enfoques e interpretaciones diversas, cabe concluir que:

La integración nos habla de la conexión de la atención que recibe un paciente desde múltiples fuentes de provisión. Esta conectividad es más fácil de medir en términos de percepción, bien sea de usuarios o de profesionales. Sin embargo, es muy compleja su medición como mix óptimo de servicios a lo largo del continuo asistencial. Ni siquiera contamos con medidas estandarizadas y generalizadas para medir la conectividad en las interfaces.

Existen evidencias sólidas respecto a que los enfoques e intervenciones pro-integración muestran resultados positivos en bastantes ámbitos y patologías, si bien es cierto que la evidencia disponible en otros resulta insuficiente o poco concluyente.

La atención integrada como modelo de atención y de organización de servicios tiene cinco pilares: visión global o "sistémica" del sistema de salud, enfoque poblacional, coordinación de servicios, continuidad de la atención, y atención centrada en el paciente. Las propuestas y experiencias de atención integrada se mueven entre esos cinco pilares, asumiéndolos en

su totalidad o con enfoques parciales, si bien los enfoques globales se muestran más efectivos y eficientes.

La atención integrada desde el punto de vista instrumental y estratégico comparte gran parte de las herramientas diseñadas bajo las propuestas de "gestión de enfermedades" y "atención gestionada" desarrolladas en las dos últimas décadas en EEUU.

Existen modelos avanzados de atención a enfermedades crónicas (CCM e ICC, entre otros) en los que los fundamentos de la integración forman parte de sus cimientos conceptuales.

## Una reflexión final en relación al Sistema Nacional de Salud español

En último término, la importancia de la integración es una cuestión estratégica que obedece a la propuesta de valor de cada sistema de salud. En un sistema orientado a la mejora (maximización) de la salud poblacional resulta crucial. Mientras que, en uno, como el Sistema Nacional de Salud español, orientado a garantizar la accesibilidad a los servicios no deja de ser una cuestión de segundo orden. El equilibrio de poderes en el sistema y su politización, impide avanzar hacia una lógica de gestión de sistema, y no de Centros, con enfoque de salud poblacional.

Los profesionales que son los principales sufridores del modelo actual, en especial en



atención primaria, no dan señales de liderar una transformación del mismo con un mínimo de masa crítica y cruzando las fronteras entre estamentos y especialidades.

Más previsible y, sin duda, necesario, es el pilotaje de experiencias de integración. Si éstas quedan circunscritas a las "particularidades" del sistema sanitario catalán y a ciertas experiencias en los "márgenes" del sistema (vinculadas a la exploración de nuevas formas jurídicas y de titularidad de los proveedores) su impacto no trascenderá de lo anecdótico, salvo la emergencia de alguna innovación disruptiva. En este sentido, el desarrollo de arquitecturas organizativas híbridas del tipo equipos multidisciplinares autogestionados y la introducción de una verdadera gestión por procesos -en los cuales hay experiencias de éxito en el sector industrial- puede suponer el nacimiento de experiencias innovadoras prointegración que emerjan de "abajo hacia arriba".

Asimismo, el marco teórico de los modelos de Excelencia

empresarial con su perspectiva plural de los resultados de una organización resulta enriquecedor y propicia vías de avance.

Por su parte, el ámbito de las tecnologías y sistemas de información, con su carácter más aséptico y su atractivo para todos los "actores", puede aportar una panoplia de instrumentos que favorezcan la integración clínica (empezando por la historia clínica electrónica única o compartida) y el uso de herramientas de ayuda a la planificación y seguimiento de la atención y cuidados.

La marea del envejecimiento y la epidemia de enfermedades crónicas inexorablemente conducirán a una transformación del Sistema de Salud en la que es previsible que muchos de los aspectos englobados dentro de la "atención integrada" adquieran cada vez mayor protagonismo, pero, a corto plazo, parece más probable que las iniciativas de integración se limiten a algunas de carácter instrumental y de escaso recorrido.

## Mundo médico

### Habrían diseñado vacuna contra el alzhéimer en España

Según informó recientemente la agencia EFE, un grupo de científicos españoles habría diseñado la primera vacuna contra el alzhéimer capaz de prevenir la enfermedad o revertir sus manifestaciones cuando ya se ha desarrollado, tal y como evidenciaron los ensayos realizados en ratones transgénicos.

El doctor Ramón Cacabelos, director del proyecto, presentó la vacuna EB-101 y la documentación científica por la que obtuvo la patente para su fabricación en Estados Unidos, donde el grupo de científicos está gestionando con varias multinacionales el inicio de los estudios clínicos en humanos.

Los investigadores están preparados para comenzar ensayos clínicos, que podrían durar de seis a ocho años, lo cual dependerá de los requerimientos que les haga la administración reguladora de los medicamentos en Estados Unidos, la FDA.



Los ensayos preclínicos realizados en ratones, mostraron que se podría duplicar la esperanza de vida de los pacientes con alzhéimer que actualmente viven alrededor de tres a ocho años una vez contraída la enfermedad. No

obstante, para los doctores, lo más importante no es prolongar la vida, sino mejorar las condiciones y la dignidad de las personas.

Se estima que hay unos 36 millones de enfermos de alzhéimer en el mundo y la previsión es que en 2030 se llegue a 66 millones y en 2050 a unos 115. Por lo tanto los médicos tienen puesta su esperanza en esta vacuna que en el modelo preventivo mostró que los animales inmunizados no desarrollaban la enfermedad a lo largo de la vida, ni sufrían trastornos inmunológicos, ni activación del sistema microbiliar, ni reacciones basculares hemorrágicas en el cerebro, además de detener el proceso degenerativo y reducir los rasgos patogénicos que caracterizan al cerebro del enfermo (depósitos de beta-amiloide, ovillos neurofibrilares y reacciones neuroinflamatorias mediadas por las células gliales).

De cara a la ciudadanía

# Rendición de cuentas de Metrosalud

Bajo el eslogan: Metrosalud más humanizada y con altos estándares de calidad, la gerente de Metrosalud, doctora Martha Cecilia Castrillón Suárez, entregó un panorama de los principales avances y retos que tiene la institución para el 2014, en rendición de cuentas adelantada en sesión ordinaria citada por el Concejo de Medellín, y que abarcó los principales resultados de la empresa durante los últimos dos años.

El primer aspecto resaltado fue como gracias a la contención del gasto y al incremento en la venta de servicios, se impactaron positivamente los resultados financieros. En otros campos se resaltó que en 2013 se aumentaron las actividades de promoción y prevención y como durante tres años consecutivos se mantiene el indicador de Cero muertes maternas.

En la prestación de servicios, la empresa destacó el aumento de consultas de los programas de promoción y prevención que pasaron de 463.403 en 2012 a 537.778 en 2013; por su parte las consultas y acciones de salud oral también incrementaron al pasar de 396.703 en 2012 a 411.606 en 2013. Mientras otros servicios como consulta externa con médico general, urgencias y hospitalización presentaron una leve disminución.

En calidad, la gerente afirmó que Metrosalud ha venido trabajando durante los últimos años bajo los estándares de acreditación con enfoque en humanización y segu-



Gerente de Metrosalud, doctora Martha Cecilia Castrillón Suárez

ridad del paciente, con estrategias como Maternidad Segura y sin Barreras, Parto Humanizado, Hospital sin Dolor, Código Fucsia (atención a víctimas de violencias sexuales), Mini rondas de seguridad, Atención integral a los jóvenes y adolescentes, entre otras. Todas iniciativas que han contribuido a obtener resultados en salud como Cero muertes maternas y disminución de la mortalidad en menores de 5 años pasando de una tasa de 2,48 en 2010 a 0,57 en 2013, resultados que superan las metas de los Objetivos del Milenio.

#### Fortalecimiento de la Red

A finales del año 2013 se dio inicio a la prueba piloto de implementación de la historia clínica

electrónica en la UPSS Castilla, buscando brindar servicios más eficientes y seguros. El proyecto demanda una inversión de 3.800 millones de pesos. En materia de equipamientos, en febrero y marzo también de 2013 se entregaron los Centros de Salud de San Camilo (Robledo Diamante) y La Esperanza (Comuna 13), y se recibió la primera fase de Nuevo Occidente. Para el 2014 se tiene prevista la entrega de la nueva Unidad Hospitalaria de San Cristóbal, los Centros de Salud San Lorenzo y La Cruz y la segunda fase de Nuevo Occidente.

#### Comienza a despejarse el panorama financiero

Ante los peligros de garantizar sostenibilidad de los hospitales

públicos, es importante que Metrosalud haya logrado impactar favorablemente los resultados financieros de la Empresa con el aumento en la venta de servicios y a la contención de costos y gastos. Se obtuvo una reducción del déficit operacional y del resultado final del ejercicio, la recuperación de cartera, la gestión del recaudo y la reducción del tiempo de pago a proveedores. Algunas cifras muestran mejoramiento del indicador de Margen Operacional, aumento de los ingresos operacionales de 20.76 %, disminución de los gastos operacionales en 7,27%, reducción del déficit operacional en 31%, y variación resultado final del ejercicio con disminución de 101 por ciento.

A lo anterior se debe sumar que debido a que en 2012 el Ministerio de Salud y Protección Social categorizó a la ESE Metrosalud en riesgo financiero alto, la empresa presentó un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero orientado a lograr el restablecimiento de la solidez económica y financiera, el cual fue aprobado y en diciembre de 2013 Metrosalud se constituyó en la primera ESE del país en recibir el aval por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

#### Otras acciones

Metrosalud viene trabajando en la disminución de filas por parte de los usuarios, y si bien se tienen estipulados unos horarios para la asignación de citas, sin embargo algunas personas mantienen la costumbre de madrugar. Como medidas para mejorar la situación la entidad trabaja en la disminución de trámites administrativos con la EPS Savia Salud, modernización del servicio de laboratorio clínico y toma de muestras, con sistema de código de barras, educación e información a los usuarios sobre programas de promoción y prevención, (que no requieren cita), instalación de Punto Verde: taquilla preferencial para madres gestantes, adultos mayores, personas en situación de discapacidad y menores de 5 años, proyecto de implementación del centro de llamadas (2.500 millones de pesos) para optimizar los recursos y disminuir los tiempos de espera en la asignación de citas, entre otras actividades.

En Mayo

## Primer Congreso de Pediatría y Neonatología

**23 Y 24 DE MAYO DE 2014**

Auditorio General Clínica El Rosario  
Sede Tesoro (Medellín - Colombia)  
Valor inscripción \$50.000

**1º CONGRESO de Pediatría Y Neonatología Clínica El Rosario**

"Un servicio integral y humanizado para los niños y sus familias"

La Clínica El Rosario llevará a cabo su 1er Congreso Nacional de Pediatría y Neonatología, el cual se realizará los días viernes 23 y sábado 24 de mayo de 2014 en el auditorio general de la clínica en la sede Tesoro. El Congreso, que cuenta con la coordinación académica del Médico Pediatra Juan Rodrigo Lopera, reunirá especialistas calificados de esta

disciplina, bajo un enfoque de Atención Integral, con temas de profundidad y basados en casos de éxito en el manejo de este tipo de pacientes. El Congreso está dirigido a Pediatras, Neonatólogos, Residentes de Pediatría, Médicos Gene-

rales, Enfermeras y demás personal de apoyo a la asistencia que labora en servicios pediátricos de hospitalización, unidades de cuidado crítico y urgencias; además de médicos auditores de las principales entidades aseguradoras.

Las personas interesadas pueden obtener mayor información en: [www.eventosclinicaelrosario.com](http://www.eventosclinicaelrosario.com) o comunicándose directamente con la Clínica El Rosario:

Cooperativismo

# Una opción vigente para el desarrollo (Decima parte)

De la Red concluye en esta edición el curso de cooperativismo básico elaborado por el Centro de Estudios y Capacitación Cooperativa. Los retos del cooperativismo son la gran apuesta para el siglo XXI, está demostrada la vigencia de la asociatividad para enfrenar mercados cada vez más competidos. Un proyecto que nació en las sociedades utópicas, es probablemente la mejor alternativa para rescatar los valores más profundos del ser humano en sociedad: la cooperación.

Berenice Ariza Ruiz \*

Estos son algunos de los retos que deben enfrentar las cooperativas de hoy para responder a los cambios sociales y económicos, para diferenciarse del resto de las empresas de capital y crecer, beneficiando a muchas personas, familias y comunidades.  
Primer reto: Aumentar la eficacia en las cooperativas

Las cooperativas deben medir su eficacia por su función en el contexto o sector al cual pertenecen. Para ello, deben adaptar selectivamente la tecnología, la estructura organizativa, las técnicas de utilización de recursos, el mercadeo y las formas de capitalización de la empresa privada. Adaptar lo que es útil y aceptable a la forma distintivamente cooperativa, para construir organizaciones eficaces.

La eficacia se deriva de la aplicación de los valores y principios, los cuales hacen a las cooperativas únicas. Las cooperativas llevan, en su estructura y en su ideología, la clave de su propio éxito. Su aplicación es la fórmula para el éxito.

## Segundo reto: Celebrar lo que distingue a las cooperativas

Los cooperativistas necesitan sentirse orgullosos de lo que son y lo que hacen, en su comunicación con los asociados y el público, demostrando ser consecuentes con sus creencias y valores cooperativos.



## Tercer reto: Dar poder a la gente

En la era del conocimiento, la información y la educación son poder, y deben extenderse a todos los recursos humanos asociados con la organización.

## Cuarto reto: Ampliar su visión

Las cooperativas deben actuar localmente, trabajando globalmente, para conseguir plena eficacia. Para crecer como una fuerza global, necesitan considerar más alianzas estratégicas dentro de su sector o por medio de sectores complementarios

## Quinto reto: Crear fuerza financiera

Cada vez resulta más imperiosa la necesidad de explorar formas innovadoras tendientes a conseguir recursos, prioritaria-

mente de sus asociados. Sin embargo, cuando estos recursos no son suficientes se deben negociar con financiamientos que no comprometan la autonomía de la cooperativa.

## Sexto reto: Desarrollar pensamiento estratégico

Las cooperativas necesitan desplegar más eficientemente las ventajas asociativas, la distinción cooperativista, el poder de la gente, la combinación de los recursos para asegurar la permanencia y la expansión de la cooperativa.

## Conclusión

Los principios cooperativos son directrices según los cuales, los cooperativistas procuran desarrollar sus organizaciones cooperativas. Estos principios prácticos han sido adoptados,

tanto por generaciones de experiencia, como por el pensamiento filosófico. Por tanto, son elásticos, y por ello se aplican con diferentes grados de minuciosidad a las diferentes cooperativas, según las diversas situaciones. Su aplicación, ante todo, requiere de cooperativistas bien identificados con la doctrina cooperativa, pues en muchas ocasiones, al enfrentarse al mercado con sus productos y servicios, se presentan opciones que pueden hacer dudar a los dirigentes cooperativos, incluso, les pueden hacer pensar que existe una brecha entre la filosofía cooperativa y la práctica empresarial, o aún peor, les pueden llevar a pensar, erróneamente, que los valores y principios cooperativos son un impedimento, un estorbo y una carga para la empresa cooperativa.

El análisis profundo y sereno de la Declaración de Identidad Cooperativa, sugiere la necesidad de reconsiderar los estilos de manejo dentro de muchas cooperativas, estilos que usualmente han pedido prestados sin crítica alguna de la empresa capitalista. Los cooperativistas deben darse la oportunidad de encontrar en los valores y principios, no una camisa de fuerza para poder hacer negocios, sino una oportunidad y orientación para que las cooperativas puedan diferenciarse del resto de las empresas de capital, de tal modo que, puedan continuar brindando la oportunidad a tantas personas como sea posible para que se ayuden mutuamente y aumenten su capacidad para controlar su propia vida.

## Mundo farmacéutico

### Moléculas valiosas yacen en plantas poco corrientes



La extracción de moléculas provenientes de plantas poco corrientes es la actividad principal de la empresa francesa "Plant Advanced Technologies": "Producimos moléculas vegetales que serían muy difíciles de producir de otra manera. Estas moléculas son muy interesantes para la farmacia", explica Jean-Paul Fevre, Director de la empresa, según informó Euronews.

La empresa francesa es pionera en lo que se conoce como "tecnología para la extracción de las plantas", llegando a la producción de especies vegetales que crecen sin tierra y cuyas raíces proporcionan las valiosas moléculas: "Las plantas fabrican naturalmente en sus raíces sustancias activas que les permiten defenderse de posibles agresores que hay en el ambiente. Metemos las raíces en un disolvente que las hace permeables y así conseguimos que las raíces liberen esas moléculas", explicó Frederic Bourgaud, Director de Investigación de la empresa.

Dentro de las sustancias inusuales que han sido encontradas se relaciona una planta mexicana que produce una molécula que es utilizada en tratamientos contra la osteoporosis en las mujeres; otras dos plantas que producen de manera natural un anti-inflamatorio, y una planta carnívora que ayudaría a fabricar moléculas útiles en el tratamiento de algunos tipos de cáncer y en el tratamiento de una enfermedad genética particular.

"Todavía tenemos que descubrir una gran parte de las moléculas que pueden producir las plantas raras o protegidas o cuyo crecimiento es muy lento. Por ello es interesante crear un procedimiento que no destruya este recurso vegetal", explica Jean-Paul Fevre, Director de Plant Advanced Technologies.

\* Trabajadora Social, especialista en desarrollo personal y experta en metodologías de participación creativa.



## Hospital de Abriaquí

# Con signos alentadores

Desde el pasado primero de noviembre, el Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia asumió la operación del Hospital Nuevo Horizonte del municipio de Abriaquí. La medida se tomó ante la crisis considerada por muchos como insostenible de la hasta entonces ESE Hospital Nuevo Horizonte.

A partir de esa fecha el Hospital de Santa Fe de Antioquia ha venido operando al hospital de Abriaquí como una especie de sede alterna, y ha garantizado la presencia constante de personal médico, odontólogo, servicios de urgencias las 24 horas, regente de farmacia, personal de enfermería, y solo un funcionario con labores administrativas, una auxiliar de facturación, mientras las demás actividades administrativas se realizan desde Santa Fe de Antioquia.

Uno de los principales logros hasta ahora, según señala el gerente del Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia, Andrés Felipe Jiménez Giraldo, ha sido la recuperación de la confianza de la gente, la cual se había perdido por la inconstancia en la prestación de muchos de los servicios. Financiera-mente se ha alcanzado un punto de equilibrio e incluso en los meses de febrero y marzo se generó un pequeño superávit que fue invertido en reparaciones a la ambulancia, resultados obtenidos gracias al control sobre los gastos.

Abriaquí se encuentra a unos 50 kilómetros, hora y media, de Santa Fe de Antioquia, y es un caso sui generis por lo pequeño de su población (2000 habitan-



tes). En el caso de su hospital, al quitarle la carga administrativa se redujo en más de 10 millones de pesos sus gastos de operación: “En el caso de abriaquí la discusión no es si el hecho de tener administración fuera malo, sino que por el tamaño de población, no era rentable. Es cuestión de costo/eficiencia, nosotros desde el hospital de Santa Fe de Antioquia estamos haciendo un favor, y la verdad es que la situación ahora si es mejor a como se estaba, ahora los habitantes tienen más posibilidades” señaló el doctor Jiménez.

Para el hospital de Santa Fe la situación ha generado un desgaste, incluso en el tema de desplazamientos de personal, pero, como afirma el doctor Jiménez, acá la rentabilidad es de tipo social, aunque en menor escala se pueda producir cierta rentabilidad financiera por los casos de pacientes remitidos, pero que al ser éste un hospital regional, ese es precisamente su objetivo, pero definitivamente obtener excedentes no es el objetivo del Hospital de Santa Fe.

Precisamente un dato que resulta curioso, es que en este periodo han aumentado las remisio-

nes a unos siete pacientes llegados desde Abriaquí mensualmente, cuando antes solo llegaba uno, lo que indica que aunque esa es la función de Santa fe como centro de referencia, antes se remitía la mayoría de los pacientes a Medellín, aumentando los costos y problemas paralelos para pacientes y familias.

En cuanto a la reacción de la comunidad con el cambio, para el doctor Andrés Felipe Jiménez a las personas lo que más les interesa es que las atiendan, pero además, el hospital de Abriaquí sigue siendo de la comunidad, que es quien lo utiliza, y recibe sus beneficios, “lo demás son consideraciones más políticas que hay que superar”, incluso, para demostrar la continuidad en la propiedad de la institución, el hospital ahora se llama San Juan de Dios de Abriaquí.

Inicialmente se viene prestando todos los servicios del primer nivel de complejidad, y se planea comenzar a llevar especialistas de actividades de segundo nivel en brigadas mensuales; adicionalmente se vienen adelantando brigadas a las veredas más alejadas del municipio. La realidad es que si en un caso dado la administración municipal de Abriaquí deseara retomar el manejo del hospital, tendría que invertir entre 20 y 25 millones de pesos mensuales, el otro elemento es que por el tamaño de la población, ningún operador privado estaría interesado en recibir la administración de este hospital. Y el tercer aspecto, es que hasta ahora, la población viene siendo atendida con calidad y dignidad.



## Congreso de Aliancoop Para mirar los servicios farmacéuticos que el país necesita

El próximo 15 y 16 de mayo en la ciudad de Cartagena, se llevará a cabo el Primer Congreso Nacional Innovación y Gestión en Salud 2014: Política farmacéutica y gestión hospitalaria, organizado por Aliancoop y con el respaldo de la Fundación Superior y de la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos ACESI.

La pertinencia del evento académico es innegable, aunque aún es incipiente, la necesidad de gestionar el riesgo viene tomando cada vez más fuerza en el país, tema que si bien era uno de los preceptos enunciados en la ley 100 de 1993, sólo 20 años después se comienza a reglamentar. Y cuando se habla de gestión del riesgo, necesariamente se debe incluir a los servicios farmacéuticos como un componente importante del sistema, más allá de la tradicional dispensación de medicamentos, para entrar a asumir un papel más protagónico en el tratamiento de las diferentes patologías.

Este primer congreso organizado por Aliancoop contará con la presencia de expositores nacionales e internacionales que darán a conocer experiencias exitosas en el uso correcto de los medicamentos, manejo de fugas en el sistema, y el impacto de este tipo de medidas tanto en las finanzas de las instituciones como en los pacientes, ante todo con tratamientos en las patologías de alto costo y en las enfermedades crónicas, lo que incluso puede terminar modificando los modelos de atención.

Por otro lado el evento también abordará el estudio de la crisis que afecta el sistema, los cambios normativos y la mini reforma que viene adelantando el Ministerio de Salud y Protección Social a través del denominado Pla B de expedición de actos administrativos que reglamentan parcialmente las leyes 1438 y 1122.

Para mayor información sobre este congreso, los interesados pueden comunicarse desde cualquier lugar del país, y sin ningún costo, al número telefónico: 01 8000 517848.

Por minería

# Hospital de Segovia en grave peligro de colapsar

Endémicos, califica el sacerdote John Patiño el problema de los agrietamientos de tierra en el municipio de Segovia, los cuales en las últimas semanas han afectado de manera grave la estructura del Hospital San Juan de Dios donde las grietas se han extendido en lugares estratégicos para el desarrollo normal y seguro de sus actividades. La situación es tan grave que fue necesario el desalojo de la edificación, y como medida temporal, su traslado al coliseo del municipio mientras se adecuan unas instalaciones sanitarias de una empresa minera. Inicialmente allí funcionaría la institución durante dos años mientras se construye uno nuevo. Por el momento, hay que resaltar la actitud solidaria de Metrosalud que prestó una unidad móvil dotada con dos consultorios de consulta externa la cual viene siendo destinada a controles prenatales.

Los problemas estructurales de la edificación se agravaron desde el 7 de febrero, cuando un temblor leve con epicentro en Santander, sacudió el hospital que ya venía con problemas, y si bien el sismo no produjo daños en el resto del país, en Segovia sus efectos fueron evidentes, por ejemplo en el hospital.

el casco urbano del municipio. Según el doctor Luis Fernando Genes una reconstrucción de las partes afectadas y con problemas de construcción podría costar 10 mil millones de pesos. Estudios de levantamientos topográficos adelantados por la firma Zandor Capital, mostraron que existen socavones, incluso sin estructuras de soporte, a solo siete metros debajo de las bases del hospital. Por el momento la administración municipal espera el diagnóstico del Dapard para saber si el hospital es rescatable



Imágenes del deterioro en que se encuentra el Hospital San Juan de Dios de Segovia por las acciones de minería.



Según informó en su momento el periódico El Colombiano, el pronóstico del hospital es reservado ya que "remodelar estas partes del hospital, en estas condiciones, es imposible", aseguró el gerente de la institución Luis Fernando Genes Segura. La intensidad de los daños es tal que en algunas partes de la ESE los huecos en las paredes van de arriba a abajo y permiten ver a las personas al otro lado de la pared.

Las instalaciones del hospital se construyeron en tres etapas, la primera de ellas hace 75 años, por lo cual las bases no cuentan con las normas urbanísticas, ni estudios de suelos ni sismo resistencia, según consta en un informe de la gerencia presentado al Concejo Municipal, pese a lo anterior, el Hospital San Juan de Dios atiende alrededor de 50 mil habitantes de la región, cubre en promedio tres partos diarios y 2.496 consultas médicas al mes, según cifras suministradas por el doctor Genes.

El actual problema tiene su origen en las actividades de minería que se desarrollan incluso en






## 1 CONGRESO NACIONAL

# INNOVACIÓN Y GESTIÓN EN SALUD

Política Farmacéutica y Gestión Hospitalaria

# 2014

[www.aliانcoop.com](http://www.aliانcoop.com)  
[www.fundasuperior.com](http://www.fundasuperior.com)

**Hotel Almirante**

15 y 16 de Mayo de 2014

**Cartagena**

INFORMES e INSCRIPCIONES

FUNDASUPERIOR

WEBSITE: [www.fundasuperior.com](http://www.fundasuperior.com)

BOGOTÁ: PBX: (1) 3379955 - (1) 5738593

PEREIRA: Tels. (6) 324 8684 / 324 8712

MÓVILES: 310 538 2179 / 310 538 2180

EMAIL: [contactos@fundasuperior.com](mailto:contactos@fundasuperior.com)

Llame sin ningún costo  
Desde fuera de Bogotá

018000517848

Organizan:



ALIANCOOP  
ALIANZA DE COOPERATIVAS DE HOSPITALES DE COLOMBIA  
"Salud por la salud / la transparencia"

Con el apoyo de:



FUNDASUPERIOR  
Integral Group S.A.S.



Asociación Colombiana  
de Empresas Sociales del  
Estado y hospitales Públicos