



Memorias del VII Congreso de Especialidades Clínicas y Ciencias Básicas. Santafé de Bogotá, Julio 3-6 de 1995

• PALABRAS DE INAUGURACION

Por: Dr. Fernando Chalem B., MD. Presidente de la Asociación de Exalumnos de Medicina, AEXMUN.

Dr. Pablo Latorre, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia; Dr. Antonio Ramírez, Vicepresidente de AEXMUN; Dr. Odilio Méndez, Coordinador del Comité Científico y Vicedecano Académico; Dr. Manuel Elkin Patarroyo, Director del Instituto de Inmunología, Premio de la Excelencia de la Medicina Colombiana 1987; Dr. Gilberto Rueda, Presidente de la Academia Nacional de Medicina; señores miembros del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, directores de departamento, directores de institutos, directores de carrera, directores de los hospitales universitarios, decanos, ex-decanos, ex-presidentes de AEXMUN, profesores invitados, señores representantes de la industria farmacéutica, compañeros de junta y comité organizador, señores estudiantes, señoras y señores, amigos todos.

Hace 34 años suscribieron el acta de constitución de AEXMUN 37 ilustres egresados de nuestra facultad, siendo nuestra asociación la segunda en constituirse en la Universidad Nacional de Colombia.

No quiero dar cifras de los miembros activos porque considero que AEXMUN pertenece a todos nuestros egresados y esto nos da una cifra próxima a los 15.000 que esperamos vincular más estrechamente ofreciéndoles el reencuentro con su Alma Mater en diferentes formas: Boletín AEXMUN, Revista de la Facultad de Medicina, cursos, pasantías, simposios, seminarios y, sobre todo, este Congreso de Especialidades Clínicas y

Ciencias Básicas que ha logrado consolidarse como uno de los eventos más importantes en educación médica en Colombia.

Debo señalar el inmenso valor de los exalumnos en el devenir de nuestra facultad, sabiendo que en ellos existe, donde quiera que se encuentren, un embajador de nuestra escuela y de nuestra universidad, además de tener ellos la gran responsabilidad de colaborar con el diseño y la evaluación del curriculum de la carrera de medicina a través de su representación en el Comité de Programas Curriculares en la facultad.

En este momento debo hacer un reconocimiento especial al Comité Científico del Congreso presidido por nuestro incansable y siempre optimista Vicedecano Académico, pues logró la colaboración de los directores de departamento, de nuestros exalumnos residentes en Colombia y en los Estados Unidos, organizar un programa de 57 sesiones científicas en los cuatro días del Congreso e involucrar a 404 conferencistas; a todos mis sinceros agradecimientos por su colaboración. Como me es muy difícil nombrar a todos los conferencistas, me voy a permitir mencionar los profesores invitados de Estados Unidos: Bernardo Duarte de Chicago, Presidente de nuestro capítulo en Estados Unidos y quien nos ha acompañado en varias ocasiones desde el primer encuentro en 1983, Luis Algarra, egresado de la Universidad Javeriana, Oncólogo residente en Miami, quien junto con el Dr. Duarte han creado el Premio al Mejor Trabajo presentado por médicos en entrenamietno y otorgado por la Asociación de Médicos Colombianos en Estados Unidos. Nuestro exalumno Hugo Mejía y Edgar Patiño, egresado de la Universidad de Caldas, los dos profesores de la Universidad de Miami, nuestro Premio Excelencia 1989 Edmond Yunis y mis amigos Carlos Agudelo de la Universidad de Atlanta y Ralph Schumacher de la

Universidad de Filadelfia. Al Dr. George Solomon, quien nos va a iniciar en la nueva ciencia de la psiconeuroinmunología, gracias a su generosidad en participar con cinco conferencias.

La Junta Directiva de AEXMUN con la asesoría de uno de sus expresidentes, el Dr. Rafael Sarmiento, ha seleccionado para los Premios Excelencia 1995 a dos caballeros y maestros de la medicina colombiana, el Dr. Fernando Sánchez, Ex-rector de nuestra Alma Mater y el Dr. William Rojas, Ex-rector de la Universidad de Antioquia.

Estoy seguro que disfrutaremos de todas las enseñanzas y aprovecharemos de los nuevos avances que nos presentarán los 404 conferencistas.

Probablemente se les presentará alguna dificultad para la escogencia de la sesión de su preferencia y para su orientación en las dos sedes del Congreso. Para evitar estos inconvenientes encontrarán en las páginas centrales del programa un cuadro resumen, color naranja para las sesiones del Centro de Convenciones y azul para las del Hotel Tequendama, y en las carteleras colocaremos las sesiones del día. Adicional a lo anterior, una buena señalización les permitirá programar sus actividades dentro del Congreso para obtener el máximo provecho.

Como consecuencia del retiro inexplicable e intempestivo de algunos apoyos de la industria, el Comité Organizador decidió un régimen de austeridad, cancelando el coctel de bienvenida y la tarde campestre. En cuanto al primero no encontrarán la necesidad con el regalo que la profesora y soprano Carmina Gallo nos hace, acompañada de la profesora y pianista Olga Troughino, y de los maestros Isauro Pinzón, Denis López y Fernando Cobos de la Orquesta Filarmónica de Bogotá; a ellos todo nuestro reconocimiento. En reemplazo de la tarde campestre se nos ofreció la oportunidad de completar el programa científico con tres simposios de gran actualidad en áreas fundamentales de la medicina.

En nombre de la Junta Directiva y del Comité Organizador del VII Congreso, doy las gracias a la señora Olga Vásquez de Botero de Congresos y Eventos, a la señora María Victoria Benítez de Eventos y Convenciones y a todos sus colaboradores, a Cecilia Delgado nuestra secretaria, a Giovanni Ospina, a secretarías y demás personal de apoyo de la Facultad de

Medicina, a estudiantes colaboradores y demás miembros del grupo operativo.

A mi amigo Luis Rodríguez, por sus maravillosos diseños de los programas y su linda interpretación de nuestro lema: la salud hacia el siglo XXI.

Nuestros agradecimientos a la industria farmacéutica participante que nos permitió que este congreso fuera una realidad, que en algún momento creímos imposible debido a la difícil situación económica que atraviesa el país y el postrer momento del período en el cual la nueva Junta Directiva tomó posesión de su cargo.

Me gustaría mencionar uno por uno a los miembros del Comité Organizador y resaltar el importante papel que desempeñó pero me alargaría mucho y ustedes no me lo permitirían. Sin embargo, debo mencionar a nuestro Vicepresidente, Dr. Antonio Ramírez Soto, quien me ha reemplazado en varias oportunidades y apoyado en forma permanente. A nuestro Secretario, Dr. Fabio Rodríguez Cely, atento permanentemente a la organización y comunicación oportuna, y a nuestro Tesorero y Coordinador del Comité Financiero, Dr. Luis Gómez Cadena, por su constante interés en el manejo de los recursos, para lograr el éxito del evento.

En nombre de AEXMUN quiero ofrecer esta sesión inaugural como homenaje a uno de sus miembros docente e investigador, mi amigo y compadre, Dr. Manuel Elkin Patarroyo. Manuel te deseamos continuar cosechando más éxitos para Colombia aquí y en el resto del mundo.

Bienvenidos al VII Congreso de AEXMUN. Mil gracias.

• DISCURSO DE INAUGURACION

Por: Dr. Pablo Latorre, MD, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

Dr. Odilio Méndez, Vicedecano Académico de la Facultad de Medicina; Dr. Fernando Chalem, Presidente de la Asociación de Exalumnos de Medicina; Dr. Antonio Ramírez, Vicepresidente de la Asociación de Exalumnos de Medicina;

Dr. Manuel Elkin Patarroyo; profesores, ex-rectores, ex-decanos, señor Decano de la Escuela Colombiana de Medicina, señoras y señores.

El motivo que hoy nos congrega no es solamente la inauguración de un evento científico. Lo concibo como la conceptualización de varios principios: el primero es la reafirmación de esta casa de la cultura que es la Universidad Nacional de Colombia, en su libre examen, en su tolerancia democrática, en su espíritu abierto a todas las corrientes del pensamiento, intentando ser el crisol donde pueda reflejarse un país que todos anhelamos, multiétnico y pluricultural, donde convivamos todos provenientes de cualquier posición política o religiosa, respetando nuestras creencias y nuestras diferencias, afirmados en nuestro pasado pero dispuestos a forjarnos un nuevo futuro.

También este evento es la reafirmación de nuestro compromiso con esa noble institución que es nuestra escuela de medicina, empeñada hoy como toda la Universidad Nacional, en la construcción de sus nuevas estructuras académico-administrativas, para poder responder al reto de una autonomía única y excepcional que le confirió el Decreto-Ley 1210 de 1993. La Facultad de Medicina buscando formar sus graduandos acorde con los nuevos escenarios del ejercicio profesional, ha implementado un nuevo curriculum, que, alejándose del rígido enciclopedismo, fomenta la destreza, autoaprendizaje orientado, el sentido social del acto profesional, y, sobre todo, estimule la creatividad innata e inagotable de nuestra gente, esperando puedan multiplicarse los ejemplos, que hoy son orgullo de nuestra profesión, de nuestra escuela y de todo el país.

Por último, hoy nos congrega el enorgullecedor sentido de pertenencia a nuestra institución, con ésta pleyade de privilegiados cerebros de exalumnos de nuestra facultad y de invitados que nos honran acompañándonos en este evento científico, el mayor del país, que le ha permitido a AEXMUN moldear su propia identidad, de prestigio nacional e internacional, otorgándole la creatividad y capacidad de convocatoria al cuerpo médico nacional.

En nombre del Rector de la Universidad Nacional, Dr. Guillermo Páramo, del Consejo Directivo de la Facultad y del mío propio como Decano, doy mis felicitaciones a la

Junta Directiva de la Asociación de Exalumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, a su Presidente, el Dr. Fernando Chalem, y a todos los organizadores de este magnífico evento, a nuestros egresados e invitados conferencistas y a todos los asistentes, una calurosa y fraternal bienvenida y con mis deseos del mejor de los éxitos en su desarrollo. Por lo tanto declaro inaugurado el VII Congreso de Especialidades Clínicas y Ciencias Básicas. Gracias.

• PLAN NACIONAL DE LA ATENCION A LA DISCAPACIDAD

**Conferencista: Rosalba Restrepo de De la Calle.
Viceprimera Dama de la República de Colombia.**

Es para mí muy gratificante tener la oportunidad de participar en el VII Congreso de Especialidades Clínicas y Ciencias Básicas, donde expondré los lineamientos principales del Plan de Discapacidad desarrollado por la Vicepresidencia de la República, para lo cual la intervención del cuerpo médico es fundamental, a fin de mejorar la calidad de vida de la población discapacitada colombiana.

PRESENTACION

La razón fundamental de la problemática de la población discapacitada se basa en la falta de oportunidades económicas y sociales, lo que impide el desarrollo de su potencial humano. La sociedad contemporánea enfrenta grandes retos que nos exigen profundas transformaciones, no sólo de las organizaciones sino de las personas que las conformamos. Para que la política de “el salto social” que desarrolla el presente gobierno, se haga efectiva, es necesario reflexionar sobre el papel que los diversos protagonistas de una sociedad debemos desempeñar, en la búsqueda de un país que tienda a la equiparación de oportunidades de los diferentes sectores de nuestra población. Se hace imperativo adoptar estrategias para aprovechar al máximo las posibilidades de participación de nuestra población discapacitada y reducir al mínimo los obstáculos que la misma sociedad les ha impuesto. Con el desarrollo del “Plan Nacional de Atención a la Discapacidad”, trataremos de que nuestros primeros logros no sean efímeros y que lleven a crear una conciencia colectiva, de respeto y solidaridad hacia la población discapacitada, para

contribuir -como dijo el Presidente Samper en su discurso de posesión-, a emprender “el camino de la Colombia justa, tolerante, dinámica, alegre, esforzada y valiente”.

INTRODUCCION

El Plan Nacional de Atención a la Discapacidad se orienta hacia el mejoramiento de la calidad de vida de esta población, y el logro de su integración social y económica, en un marco de concertación con la sociedad civil, las entidades gubernamentales del orden nacional y territorial y las organizaciones no gubernamentales. Este programa forma parte de los encargos que por Directiva Presidencial ha asumido la Vicepresidencia de la República, la cual establecerá una política nacional que permita consolidar los proyectos y acciones en función de este objetivo, con participación activa de los discapacitados, sus familias y la comunidad.

ANTECEDENTES

Legales. Hasta el año 1990 la atención a la población discapacitada a nivel gubernamental, se caracterizó por un desarrollo legislativo que logró avances en ciertos aspectos de la problemática, pero a la vez propició la visión y atención fragmentadas, lo que ha producido acciones descoordinadas y poco eficientes en cuanto a la cobertura de personas atendidas, la integración de los servicios que se prestan, la prevención de la discapacidad y el apoyo a las familias.

Los artículos 13, 42, 47, 54 y 68 de la Constitución Política de Colombia de 1991, reconocen por parte del Estado su obligación con los discapacitados y establecen el marco para un desarrollo legislativo posterior, lo cual hace posible definir una política general que permitirá coordinar acciones integrales, multisectoriales y multidisciplinarias, orientadas hacia la equiparación de oportunidades para las personas discapacitadas.

Dentro del proceso de desarrollo de la Constitución, las siguientes leyes posibilitan, a niveles nacional y territorial, la eficacia de los programas de atención a la población discapacitada: Ley 60/93 o Ley de Competencias, Ley 100/93 o Ley de Seguridad Social, Ley 115/94 o Ley General de Educación.

Demográficos y sociales. En Colombia, como en otros países, se carece hasta el momento de datos confiables con respecto al total de la población con algún tipo de discapacidad, lo cual hace necesario trabajar con los índices de la Organización Mundial de la Salud, OMS, los que establecen que en el mundo, entre el 7% y el 12% de la población total, está afectada por algún tipo de discapacidad y que a la vista de los índices de crecimiento poblacional en América Latina y el Caribe, se prevee un notable aumento en el número de personas discapacitadas, el cual adquiere magnitud en los países donde la atención materno-infantil es deficiente y donde hay un alto nivel de accidentalidad y lesiones físicas y mentales a causa de la violencia, factores que llevan a determinar que en Colombia se acepte el 12% como índice de discapacidad.

En estudio piloto que se realizó en la Universidad Javeriana, por contrato con la Presidencia de la República y el PNUD, se destaca que en 28 municipios encuestados, sólo el 7.8% de discapacitados está afiliado al I.S.S. y a cajas de previsión o de compensación, lo cual significa que el 92% se halla excluido de cualquier sistema de seguridad social.

Institucionales. El Ministerio de Salud, a través del Sistema Nacional de Salud y el Instituto de Seguros Sociales, han realizado labores de rehabilitación y protección de la discapacidad, con programas asistenciales y de carácter terapéutico dentro de sus instituciones. En 1968 se creó el Consejo Nacional de Rehabilitación, con asesoría de la Organización Internacional del Trabajo y el fondo operativo de rehabilitación para financiarlo. En 1970 se creó la División de Rehabilitación Profesional del Consejo Nacional, para ofrecer capacitación, empleo, trabajo protegido y cooperativo para todos los sectores de la población, con la colaboración del SENA, la División de Educación Especial del Ministerio de Educación y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

El Consejo Nacional de Rehabilitación se suprimió en 1976 y se asignaron al Instituto Colombiano de Seguros Sociales los programas de rehabilitación, únicamente para sus afiliados, excluyendo al resto de la población.

En 1981 se establece el Sistema Nacional de Rehabilitación, como conjunto de organismos públicos y privados, los cuales

se coordinan para brindar servicios a la población que requiere rehabilitación.

Respecto de las barreras arquitectónicas, como impedimentos a la libertad física y de locomoción, existen entre otros, el acuerdo 19 de 1983 del Concejo de Bogotá, sobre supresión de barreras físicas y la adecuación del servicio de transporte. En 1987, se establece la adaptación del espacio físico para sectores particulares de la sociedad y se asigna a las oficinas de Planeación Municipal el control de éstas.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, en cumplimiento de su objetivo realiza acciones de protección al menor deficiente (Código del Menor), prestando servicios terapéuticos y educativos a una parte de población que le encomienda la ley, especialmente por contratación de servicios. Las Cajas de Previsión Social ofrecen algunos servicios a sus afiliados discapacitados en el área de rehabilitación. El Ministerio de Educación en 1976, creó la División de Educación Especial, la cual debería reglamentar, entre otros, los aspectos técnicos, administrativos y pedagógicos de la Educación Especial en Colombia.

La Ley General de Educación de 1994, ratifica la organización de aulas de apoyo especializadas en los establecimientos educativos estatales, a fin de atender, en forma integral a las personas con limitación.

Como entes adscritos a este ministerio existen dos organismos descentralizados del orden nacional: el Instituto Nacional para Ciegos -Inci- y el Instituto Nacional para Sordos -Insor-, entidades con sede central y seccionales que prestan algunos servicios de asesoría, complementación educativa, diagnóstico, rehabilitación y cultura a los invidentes y sordos, aunque con muy baja cobertura, pues gran parte de su presupuesto se ejecuta en funcionamiento. Por el proceso de modernización del Estado se les asigna actualmente el carácter de entidades asesoras.

En cuanto se refiere al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, a través de la División de Investigaciones y Recursos Humanos, se han desarrollado algunas acciones en beneficio de la participación e integración laboral de las personas con discapacidad.

En 1989 se crearon los Consejos Regionales de Trabajo, cuyo objetivo es coordinar la capacitación e inserción laboral de los discapacitados. Al SENA se le asignaron funciones de formación profesional y desarrollo social de los discapacitados, para lo cual realiza algunos programas de capacitación laboral.

A las Cajas de Compensación Familiar se les ordenó la creación de servicios para sus afiliados discapacitados, en las áreas de salud y recreación, pero esta norma no se cumple adecuadamente.

Actualmente, la Defensoría del Pueblo realiza acciones para hacer efectivos los derechos de las personas con discapacidad. La mayoría de las acciones planteadas para atender esta población no han logrado cumplir las metas propuestas, dada la baja cobertura de atención, la carencia de recursos y la inexistencia de un sistema de continuidad en los servicios, lo que lleva a que muchos discapacitados permanezcan largo tiempo institucionalizados sin avance en los procesos de rehabilitación e integración social.

Las acciones descritas anteriormente nos permiten concluir que en Colombia se ha hecho un reconocimiento simbólico a los problemas de los discapacitados, y una mínima acción para solucionarlos.

Cooperación técnica internacional. En época reciente, con el apoyo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD y otras organizaciones de cooperación internacional, se realizaron programas de carácter demostrativo a niveles regional y local. Se apoyaron proyectos como la Consulta Nacional sobre Normas Mínimas para la Equiparación de Oportunidades, los estudios preliminares para el diseño del Sistema Nacional de Información para la Discapacidad, la sensibilización y capacitación de algunos funcionarios y la preparación para procesos de liderazgo en ciertos grupos de discapacitados.

Organizaciones No Gubernamentales:

A nivel operativo es importante destacar la labor que vienen desempeñando algunas ONG's en las áreas de educación, rehabilitación, recreación, cultura, capacitación y ubicación laboral de los discapacitados, infortunadamente con muy baja cobertura.

CONTEXTO DE LA POLÍTICA

La atención a la población discapacitada tiene como marco desarrollos legislativos que, si bien han logrado avances en ciertos aspectos, no han conducido aún a procesos coordinados y eficientes en cuanto a cobertura, integración de los servicios que se presentan, prevención de la discapacidad y apoyo al entorno social del discapacitado.

La Constitución Política establece el principio de la no discriminación, reconoce las obligaciones del Estado para con los discapacitados y define el marco para desarrollos legislativos posteriores. La legislación vigente permite definir elementos de una política general para coordinar acciones integrales, multisectoriales y multidisciplinarias, orientadas hacia la equiparación de oportunidades para las personas discapacitadas.

La política de atención a la población discapacitada será integral, considerando tres áreas de acción: la prevención, la rehabilitación y la equiparación de oportunidades.

La prevención es primordial para reducir la incidencia de la discapacidad, muchas de cuyas causas se pueden prevenir. La adopción de medidas preventivas como el control de accidentes, control pre y post-natal, el mejoramiento de las prácticas nutricionales, el fortalecimiento de acciones educativas en salud y el mejoramiento de los servicios sanitarios, disminuyen la incidencia de la discapacidad y evitan consecuencias físicas y sicosociales que puedan llevar hasta la minusvalía.

La rehabilitación tiene como fin la recuperación de la funcionalidad y la integración educacional, laboral y social de quienes presentan discapacidad.

La equiparación de oportunidades conduce a eliminar la discriminación de la población discapacitada y busca el acceso igualitario tanto a los espacios físicos como a los educativos, laborales y culturales, permitiendo mayores niveles de autonomía e independencia de las personas discapacitadas.

PROGRAMAS

La política de prevención y atención a los discapacitados que se presenta en este documento busca formular un marco

integral para los programas encaminados a mejorar las condiciones de vida de esta población, propiciando acciones que permitan su integración social, económica y educativa.

Educación. Los programas educativos son el mecanismo más efectivo en la integración social de las personas discapacitadas. La Ley 115 de 1994 desarrolla el principio constitucional de no discriminación y establece que la educación para personas con limitaciones físicas, sensoriales y síquicas es parte integral del servicio público educativo.

En desarrollo de la Ley 115, el Gobierno Nacional promoverá la integración de la población discapacitada a las aulas regulares en establecimientos educativos que organicen, directamente o por convenio con entidades gubernamentales y no gubernamentales, las acciones pedagógicas necesarias para integrar académica y socialmente a los discapacitados, en el marco de su Proyecto Educativo Institucional (PDI).

Las entidades territoriales y el Gobierno Nacional, a través del Sistema Nacional de Cofinanciación, apoyarán estas instituciones en el desarrollo de dichos programas, las dotará de los materiales educativos que respondan a las necesidades específicas, dependiendo del tipo de discapacidad que presenten los alumnos.

El Ministerio de Educación destinará su acción a la asistencia técnica y capacitación de los agentes regionales involucrados en proyectos de integración educativa, especialmente los docentes. Además, dedicará recursos a través del FIS a la cofinanciación de subsidios a la demanda para estudiantes de cinco a quince años discapacitados pobres que asistan a instituciones educativas especializadas de carácter privado.

El Ministerio de Educación promoverá el diseño, producción y difusión de materiales educativos especializados, así como de estrategias de capacitación y actualización para docentes en servicio. De la misma manera, impulsará la realización de convenios entre los gobiernos territoriales y las universidades que ofrecen programas de educación especial, sicología, trabajo social, terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del lenguaje y fonoaudiología, y los establecimientos educativos que atiendan esta población, para que los estudiantes lleven a cabo sus prácticas, dando prioridad a aquellos que tengan estudiantes integrados.

El Ministerio de Educación a través del Instituto Nacional para Ciegos -INCI- y el Instituto Nacional para Sordos -INSOR- orientarán sus recursos de inversión prioritariamente al desarrollo de metodologías y mecanismos de asistencia técnica y capacitación, en sus respectivos campos de especialización, dirigidos al mejoramiento de la atención educativa de la población discapacitada.

El Ministerio de Educación y el ICFES establecerán procedimientos y mecanismos especiales que faciliten a los discapacitados la presentación de exámenes de Estado y, conjuntamente con el ICETEX, facilitará el acceso a créditos educativos y becas para las personas discapacitadas, sobre la base del rendimiento académico.

Por su parte, Coldeportes promoverá y dará apoyo financiero a las entidades territoriales para el desarrollo de programas de recreación y deporte, dirigidos a la población discapacitada.

Salud y seguridad social. Los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad darán especial atención a la disminución de la discapacidad o la probabilidad de su ocurrencia. Dichos programas se realizarán a través del Plan de Atención Básica, que incluye acciones específicas como nutrición, inmunización y control de agentes transmisores, así como programas educativos y comunitarios para prevenir la presencia de comportamientos violentos, disminuir la accidentalidad y el abuso de sustancias nocivas. Por su parte, el Plan de Atención Materno Infantil de la Red de Solidaridad Social permitirá el seguimiento y atención de mujeres embarazadas y lactantes, de sus hijos menores de un año, con lo cual se espera disminuir la ocurrencia de problemas frecuentes en la gestación, el parto y el primer año de vida, particularmente en las zonas rurales y en las áreas urbanas marginadas.

Los discapacitados pobres serán beneficiarios del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud. Las acciones encaminadas a la detección temprana y la intervención oportuna de la discapacidad están incluidas en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Con el fin de ampliar la oferta de servicios a la población discapacitada beneficiaria de este régimen, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud presentará a consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud una propuesta que contemple la inclusión en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado de servicios de tratamiento y rehabilitación.

Durante el período de transición, el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud determinarán las atenciones a las que tendrán acceso los discapacitados pobres no afiliados (vinculados) al Régimen de Seguridad Social en Salud.

Los municipios podrán destinar recursos de su participación en los ingresos corrientes de la nación, a subsidiar la adquisición de prótesis y aparatos ortopédicos para la población pobre, dentro de las atenciones del Plan Obligatorio de Salud.

Con el fin de mejorar la oferta de servicios integrales de rehabilitación a los discapacitados, la Vicepresidencia de la República promoverá iniciativas para poner en marcha proyectos demostrativos por parte de las entidades territoriales, las ONG's y la cooperación técnica internacional, en algunos departamentos del país.

Para prevenir la discapacidad de los trabajadores y protegerlos de los efectos de las enfermedades y accidentes que puedan ocurrir como consecuencia de la labor que desarrollan, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social desarrollará actividades para establecer el origen de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, así como el control de los agentes de riesgo, a través de la Directiva Técnica de Riesgos Profesionales.

La atención en salud y las prestaciones económicas para los trabajadores discapacitados, como resultado de accidentes de trabajo o enfermedad profesional, serán cubiertas por el Sistema General de Riesgos Profesionales. En este caso, la discapacidad será calificada por las Juntas de Invalidez Regional o Nacional, y el Ministerio de Trabajo hará el seguimiento con el fin de introducir oportunamente los correctivos que sean necesarios para asegurar su eficacia. El Ministerio definirá las condiciones de incorporación de los trabajadores independientes al Sistema General de Riesgos Profesionales.

Los trabajadores discapacitados en situación de pobreza, que se encuentren afiliados a la Seguridad Social en Salud, tendrán acceso durante un período máximo de diez años a un subsidio del 70% de su cotización al Régimen General de Pensiones, a través del Fondo de Solidaridad Pensional. Entre 1995 y 1998, se beneficiarán de este programa por lo menos 15.000 personas discapacitadas.

Adicionalmente, alrededor de 24.000 discapacitados que se encuentren en situación de indigencia y sean mayores de 50 años, tendrán acceso al Programa de Auxilio para Ancianos Indigentes “Revivir”, de la Red de Solidaridad Social.

Integración laboral. La participación laboral del discapacitado debe entenderse como un componente del enfoque global del proceso de rehabilitación. Con el fin de impulsar acciones que contribuyan a que las personas discapacitadas alcancen los mayores niveles posibles de autonomía e independencia personal, se promoverá el acceso a los servicios de orientación vocacional, capacitación técnica y profesional y empleo. El SENA realizará acciones de promoción de sus cursos de formación profesional entre la población discapacitada y facilitará el acceso de dicha población a los diferentes programas de formación. A través de los servicios de información para el empleo, establecerá líneas de orientación e intermediación laboral que permitan relacionar las capacidades del beneficiario y su educación con la demanda laboral.

Los discapacitados pobres que se encuentren desempleados, serán beneficiarios del Programa de Capacitación para el Trabajo con subsidio al Desempleo que adelanta el SENA, el cual ofrecerá, además del curso de formación, una beca de manutención de 6.000 discapacitados.

Con fin de fomentar el empleo de personas con discapacidad, el Gobierno Nacional apoyará iniciativas legislativas que incentiven la vinculación laboral de los discapacitados. Así mismo, el Ministerio de Trabajo reglamentará los criterios técnicos de evaluación para calificar la invalidez, identificando los niveles de incapacidad que permiten a las personas mantener una vinculación laboral.

Transporte y accesibilidad. El Ministerio de Transporte y el Viceministerio de Vivienda, Agua Potable y Saneamiento Ambiental del Ministerio de Desarrollo, con el apoyo de la Vicepresidencia de la República, promoverán la divulgación de las normas vigentes sobre diseño urbano y transporte, con fin de motivar a las entidades territoriales al desarrollo de proyectos urbanísticos que faciliten el transporte y el acceso de los discapacitados a los espacios físicos e instalaciones.

En el Marco del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, se apoyará a las universidades, centros de investigación, científicos e investigadores interesados en el área de la

discapacidad, para que tengan acceso a recursos de investigación conducentes al desarrollo, adaptación y difusión de tecnologías apropiadas, orientadas primordialmente a la integración social y económica de los discapacitados. El Gobierno Nacional gestionará recursos de cooperación técnica para apoyar estas iniciativas.

Información sobre la discapacidad. La Vicepresidencia de la República con el apoyo del DANE y de las entidades comprometidas en el desarrollo de la política de prevención y atención a los discapacitados, desarrollará los sistemas de información que permitan contar con diagnósticos actualizados e indicadores para el seguimiento de los programas a los que se refiere este documento.

Movilización social. La Vicepresidencia de la República, con el apoyo del Ministerio de Comunicaciones coordinará con entidades del nivel central, regional y local, la elaboración y difusión de las campañas masivas que contribuyan a crear una cultura de respeto y apoyo a las personas con discapacidad. Por medio de estas campañas se informará sobre los derechos de las personas discapacitadas y de sus familias, y se difundirá los programas de prevención y atención a la discapacidad, buscando integrar la oferta de servicios con la atención requerida por la población discapacitada.

ESTRUCTURA INSTITUCIONAL

La atención a la población discapacitada se desarrollará en el marco de la estructura institucional vigente, que prevee responsabilidades específicas de los entes de Estado en relación con dicha población, bajo la coordinación de la Vicepresidencia de la República. Contará con el apoyo del Comité Consultivo Nacional de la Discapacidad cuya función será asesorar a la Vicepresidencia en el desarrollo de la política de prevención y atención a la discapacidad. Estará integrado por miembros designados por el Vicepresidente de la República, así: cuatro representantes de organizaciones de y para discapacitados, un representante de organizaciones de padres de familia de discapacitados, un representante de organizaciones académicas, y un delegado de la Defensoría del Pueblo.

Para cumplir sus labores de coordinación interinstitucional, la Vicepresidencia conformará grupos de enlace sectorial con los Ministerios de Salud, Educación, Trabajo y Seguridad Social, Transporte, Desarrollo Económico y Comunicaciones.

RECURSOS FINANCIEROS

Los recursos asignados para cumplir con los objetivos planteados en este documento están incluidos en los asignados a las entidades que trabajan con la población discapacitada y las contrapartidas para proyectos de cooperación técnica internacional.

Así mismo, se asignarán recursos a la Vicepresidencia de la República para realizar las labores de coordinación, promoción, asistencia técnica, montaje de un sistema de información, evaluación y seguimiento de la política de prevención y atención de los discapacitados.

METAS

- Crear el Comité Consultivo Nacional de la Discapacidad y conformar los grupos de enlace sectorial.
- Promover la realización de investigaciones sobre la prevención y atención a la discapacidad que puedan ser apoyadas en el marco del Sistema Nacional Ciencia y Tecnología.
- Diseñar y poner en marcha los sistemas de información y comunicación sobre discapacitados.
- Promover iniciativas de las entidades territoriales para poner en marcha proyectos demostrativos de atención integral con el apoyo de las ONG's y la cooperación técnica internacional.
- El Ministerio de Educación Nacional promoverá y brindará el apoyo necesario a las instituciones educativas que incluyan en su Proyecto Educativo Institucional la atención e integración de alumnos discapacitados.
- Coldeportes promoverá y apoyará financieramente iniciativas de las entidades territoriales para el desarrollo de programas de recreación y deporte dirigidos a la población de discapacitados.
- El Ministerio de Salud presentará a consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social una propuesta de ampliación del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, de manera que a los discapacitados beneficiarios del Régimen Subsidiado, se les garanticen los servicios de tratamiento

y rehabilitación. De la misma manera, definir con el mismo Consejo las atenciones a las que tendrán acceso los discapacitados pobres no afiliados (vinculados) al Régimen de Seguridad Social en Salud y los afiliados al Régimen Subsidiado.

- El Consejo de Educación Superior (CESU) y el Consejo Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en salud, promoverán convenios entre las instituciones de educación superior y los establecimientos educativos que atienden población discapacitada, para realizar la práctica de pregrado exigida en las profesiones relacionadas con esta población.
- El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social reglamentará los criterios técnicos de evaluación para calificar la invalidez, identificando los niveles de incapacidad que permiten a las personas mantener una vinculación laboral, en concordancia con la Ley 100 de 1993.
- El SENA apoyará y financiará las diferentes acciones propuestas para que las personas discapacitadas tengan acceso a los servicios de orientación y formación profesional.
- Los fondos que cofinancian proyectos de vivienda y mejoramiento del entorno definirán los criterios de elegibilidad de los proyectos que incluyan acciones en favor de los discapacitados, de acuerdo con las directrices de este documento.
- El Departamento Nacional de Planeación gestionará recursos de Cooperación Técnica Internacional para apoyar el desarrollo de los programas propuestos en este documento.

• SITUACION DE SALUD

Conferencista: Carlos A. Agudelo C. Profesor Asociado, Departamento de Microbiología y Parasitología. Instituto de Salud en el Trópico. Universidad Nacional de Colombia.

Los conceptos de "situación de salud"

El término situación de salud se utiliza con una gran variedad de significados. Dejando de lado los usos arbitrarios, la diversidad obedece a que los conceptos han sido influenciados

en su desarrollo por factores de gran alcance. Se puede visualizar cuando se examina el contexto del desarrollo de tales conceptos.

El término situación puede ser interpretado por lo menos de tres maneras: como el “estado” en que se encuentra una estructura, enfoque que utilizan con frecuencia las ciencias exactas y naturales; como un momento dentro de un proceso, enfoque más cercano a la teoría administrativa, la teoría política y las metodologías de análisis estratégico y como análisis situacional. Este último es un arte que intenta reunir los métodos de las ciencias políticas, de la teoría de sistemas y de administración, los enfoques de la prospectiva, y que amalgama la información proporcionada por la economía, la historia, la antropología, otras ciencias sociales y humanas y los medios de comunicación.

El contexto de desarrollo del concepto de salud es aún más complejo. La consideración del contexto de este concepto debe tener en cuenta los siguientes aspectos: a) la transformación económica del mundo que dio lugar al capitalismo, b) el advenimiento de la modernidad, c) la evolución de la teoría del conocimiento, y d) la evolución de disciplinas particulares y de las construcciones conceptuales.

Cada uno de estos procesos ha aportado a la construcción y la comprensión del concepto de salud. En las concepciones predominantes el concepto de salud se considera junto con el de enfermedad y puede ser interpretado desde el punto de vista biológico y clínico, o desde una perspectiva ecológica, epidemiológica, social o cultural. Algunos de estos enfoques están centrados en la enfermedad y la muerte, mientras que otros además de considerar estos fenómenos organizan su análisis desde la perspectiva de la salud y de la vida. Sin embargo, la información disponible en un momento dado suele ser más extensa y completa para aplicar los primeros enfoques.

Atendiendo a estos simplificados comentarios, podemos considerar el análisis de la situación de salud como un espacio de construcción interdisciplinario en el cual confluyen conceptos, métodos y técnicas diversas.

La población

La población colombiana se caracteriza por el creciente predominio del grupo adulto joven, el incremento de la esperanza de vida, el descenso de la mortalidad general y la fecundidad, y un crecimiento poblacional cuyo ritmo se encuentra en descenso.

Factores determinantes de la salud

Las numerosas concepciones de la salud tienden a coincidir en la importancia que tienen unos pocos factores relevantes sobre la situación de salud, aunque cada una de ellas los ubica, jerarquiza, relaciona e interpreta de una manera particular. Entre los factores determinantes más importantes pueden considerarse los siguientes.

1. Factores económicos y sociales, considerados en la organización y evolución del llamado modelo económico. Los impactos sociales tienen una importancia decisiva, en especial cuando se consideran en la perspectiva de un análisis de equidad. Por esto, el nivel de análisis más complejo y de mayores alcances interpretativos, es el de las políticas de desarrollo. Debe considerarse las políticas correspondientes a los modelos de sustitución de importaciones, neoliberal y neoestructural.
2. La cultura, en especial el perfil del país en términos de la tensión entre modernidad y modernización y su efecto sobre la ética ciudadana, la democracia, la convivencia, la solidaridad, las instituciones, la participación, etc.
3. El ambiente físico y natural, y los ambientes de trabajo y de vida.
4. El sistema de salud, en términos de su proceso de transformación, sus realidades y potencialidades con respecto a la cobertura y acceso de la población, así como su conocido y limitado alcance con respecto a la calidad de vida y la esperanza de vida.

El patrón epidemiológico

Las características que destacan en la consolidación del nuevo patrón epidemiológico pueden ser resumidas de la siguiente manera:

1. *Evolución.* La evolución de las tasas de los grandes complejos de mortalidad entre 1983 y 1991, indica que las causas transmisibles descendieron en 42% (de 65 a 38 por 100 mil habitantes); los tumores se incrementaron en 6% (de 61 a 65) y las afecciones vasculares ascendieron el 3% (de 135 a 139). De otra parte, el gran complejo de violencia y accidentes se incrementó en 54% (de 84 a 132) en el mismo período. Cabe destacar que en el mismo período algunas causas individuales se incrementan de manera notable. Los infartos de miocardio pasan de 38 a 45 por 100 mil habitantes y los homicidios saltan de 32 a 90 por 100 mil, lo que significa un incremento de 281%. Es necesario señalar que pese a su descenso, las enfermedades transmisibles siguen siendo un problema de salud pública de primer orden.
2. *Proporciones según causas.* En 1991 ocurrieron 163.784 defunciones con la siguiente proporción según los grandes complejos: 27,9% vasculares, 26,5% violencia y accidentes, 13% tumores, y 7,6% transmisibles.
3. *Sexos.* En 1991, la mortalidad por violencia y accidentes predominó de manera amplia en la población de sexo masculino, mientras que la mortalidad por enfermedades transmisibles y vasculares predominó levemente en ese mismo sexo. En la población de sexo femenino predominó la mortalidad por tumores.
4. *Edades.* Las causas de mortalidad predominantes en los diferentes grupos de edad, correspondientes a 1991, fueron: menores de un año: 54,3% (del total) perinatales y 26,9% transmisibles; de uno a cuatro años: 36,3% transmisibles y 20,2% violencia y accidentes; de cinco a 14 años: 45% violencia y accidentes; 14,3% transmisibles y 11% tumores; de 15 a 44 años: 71,6% violencia y accidentes, 6,9% vasculares y 6,1% tumores; de 45 a 59 años: 31% vasculares, 22% violencia y accidentes y 22% tumores; de 60 y más años: 46,5% vasculares y 17,4% tumores.
5. *Mortalidad materna e infantil.* La mortalidad materna ha descendido de 9.7 a 6.3 por 10.000 habitantes, entre 1983 y 1987. A partir de 1987 la información sobre defunciones de menores de un año es muy insuficiente, lo cual agrava el subregistro existente. Por la misma razón, el cálculo de la mortalidad infantil es poco confiable. Se estima que la mortalidad infantil ha descendido pero se sitúa en 37 por mil en el quinquenio de 1990-1995.
6. *Años de vida potencial perdidos.* Debido a las características demográficas (predominio de la población adulta joven) y la evolución de las causas de mortalidad, los AVPP reflejan el patrón mixto de mortalidad (enfermedades infecciosas, crónicas y violencia-accidentes), cuando en el cálculo de los mismos se incluye la población menor de un año.
7. *Condiciones de vida y mortalidad.* Para examinar este aspecto se utilizaron los datos municipales de mortalidad y de necesidades básicas insatisfechas (NBI), correspondientes a 1985. Los municipios se agruparon según el NBI en 10 rangos, de 0 a 100%. El rango 1 correspondió a un NBI de 0 a 9.9%, el rango 2 a un NBI de 10 a 19.9%, y así sucesivamente. En los rangos 2 a 4 se ubicaron 119 municipios que incluyen a las ciudades capitales y una parte de las ciudades intermedias. Las defunciones se manejaron de acuerdo con la lista 6/61 de la Organización Panamericana de la Salud. Las causas de mortalidad tendieron a mostrar dos patrones: una más fuerte relación con el grado de urbanización, como ocurre con los infartos del corazón, o una relación definida con la urbanización y el aumento de la pobreza, como lo indican los homicidios.
8. *Comportamiento regional.* En algunas regiones del país las causas de mortalidad se expresan con mayor intensidad que en otras. La región de Antioquia, Chocó, Caldas, Quindío y Risaralda presentó las más altas tasas de mortalidad con respecto a los tumores, las enfermedades vasculares y la violencia-accidentes, en 1991. La región de Cauca, Nariño, Valle del Cauca presentó la más alta tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles.

La gestación y consolidación de este nuevo patrón epidemiológico tomó no menos de 30 años, si no se incluye el período de los antecedentes lejanos. En consecuencia, el análisis de las estructuras, procesos y tendencias que forjaron este patrón y componente de la situación de salud cubre un extenso período de la historia del país.

Como ya se ha señalado, son complejos y diversos los factores que determinan este patrón epidemiológico. No parece adecuado examinarlo como un patrón de transición que establece una especie de camino fatal por el cual nuestros países están repitiendo la experiencia de los países industrializados y se aproximan al desarrollo por la vía de las muertes. Términos como el de traslape de etapas, la transición prolongada, las contratransiciones, etc., acuñados para explicar las diferencias entre los países, hacen aún más compleja la interpretación y no modifican la concepción de base. Sería mucho más claro y preciso dominar nuestro patrón como mixto, en el sentido que combina tres grupos de problemas epidemiológicamente distinguibles: las enfermedades infecciosas, las enfermedades crónicas y degenerativas y la violencia y los accidentes.

• EPIDEMIOLOGIA DEL COLERA

Conferencista: Carlos Agudelo, MD, Profesor Asociado, Departamento de Microbiología y Parasitología, Instituto de Salud en el Trópico. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

ASPECTOS GENERALES. *Vibrio cholerae* es una bacteria gram negativa, móvil, con flagelos polares. Crece bien en medio alcalino y necesita 1-3% de NaCl para desarrollarse. Es lactosa negativa y es capaz de llevar a cabo una fermentación mixta en condiciones anaeróbicas, así como tiene la capacidad de fermentar varios azúcares.

El *Vibrio cholerae* de tipo epidémico y toxigénico es el O1, pero en los tres últimos años se ha reconocido como epidémico y toxigénico el serogrupo O139. El serogrupo O1 ha sido el causante de las pandemias anteriores incluida la séptima (El Tor), actual desde 1961. Al O139 se le atribuye la capacidad de generar la octava pandemia, que se supone se inició desde 1992.

Los serogrupos están determinados por el antígeno somático lipopolisacárido (antígeno O). El O139 se considera un híbrido entre O1 y no O1, y es igual al O1 en las características de virulencia, en especial producción de toxina y de pilus corregulados con la toxina, pero no produce LPS O1 y carece del material genético necesario para producirlo.

El antígeno O consiste de tres factores designados: A, B y C. Los serotipos se deben a las cantidades de estos tres factores.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

Vibrio cholerae es parte de la flora bacteriana normal y libre de las áreas de estuario. Las cepas no O1 son más frecuentemente aisladas en este tipo de medios que las O1. Las cepas O1 ambientales son generalmente no toxigénicas, pero las cepas O1 toxigénicas pueden persistir en el medio ambiente aún en ausencia de enfermedad en humanos, lo cual es facilitado porque la bacteria puede asumir formas que facilitan su supervivencia como las formas viables pero no cultivables (estado de latencia) y las formas rugosas, que tienen capacidad de producir y de unirse a la quitina, material semitransparente (mucopolisacárido) y puede crecer utilizando este material como única fuente de carbón.

Los factores que regulan la transmisión son de tipo ambiental y los relativos al agente y al huésped.

Entre los factores ambientales más importantes deben considerarse el agua y las excretas. La supervivencia de la bacteria está determinada por la temperatura del agua (17-35°C) y la salinidad (6-25%). El principal medio de transmisión es el agua y en segundo lugar la comida, en especial la de mar.

Con respecto al agente, además del inóculo, es necesario considerar los siguientes factores de virulencia: toxina colérica, factores de colonización - TPC (pilus corregulados con la toxina), hemaglutininas/proteasas, prostaglandinas, hemolisinas, proteínas de membrana externa, motilidad y flagelos y LPS.

Otras toxinas:

Zot (Toxina de la zona ocludens), hemolisinas, Ace (enterotoxina colérica accesoria), toxina semejante a la de shigella, termoestable, nueva toxina colérica.

Con respecto al huésped, son importantes el nivel socioeconómico, la disponibilidad de servicios públicos, el estado nutricional, la acidez gástrica, el embarazo y la inmunidad natural.

En los países donde hay estaciones climáticas, el cólera, biotipo El Tor, tiene un claro comportamiento estacional. La estación de cólera comienza con las más altas temperaturas, el descenso del nivel de los ríos y la caída de las lluvias.

La infección clínica de cólera produce anticuerpos vibrocidas y antitoxinas. A los diez días de la infección se produce seroconversión. Los anticuerpos vibrocidas se relacionan con la protección y sirven de marcadores de la presencia de IgA secretoria que va dirigida contra los mismos antígenos (las LPS y otros factores de virulencia) y tiene un papel protector. En las zonas no endémicas, los anticuerpos vibrocidas retornan a su nivel inicial en uno a seis meses, mientras que el nivel de anticuerpos antitoxina (IgG) disminuye en uno a dos años y no retorna a su nivel inicial.

La infección por el biotipo clásico protege al 100% de reinfección durante tres años, y la infección con el biotipo El Tor protege al 90%. En la infección natural la protección contra El Tor puede ser muy baja.

La epidemia de cólera que tiene lugar en un área previamente no infectada y con una población negativa desde el punto de vista serológico, afecta a todos los grupos de edad, se asocia con frecuencia a un modo simple de difusión, presenta una tasa relativamente baja de infección asintomática y no se encuentran reservorios ambientales. En contraste, en el cólera endémico, la incidencia de la enfermedad es alta entre los dos a 15 años de edad y declina con el incremento de la edad, sugiriendo la adquisición de inmunidad natural. Los brotes estacionales son prominentes y la transmisión se asocia con los reservorios acuáticos, múltiples modos de difusión (agua y alimentos contaminados, persona a persona, etc.), infecciones asintomáticas frecuentes y una alta prevalencia de anticuerpos.

COLERA EN COLOMBIA

En Colombia la epidemia del cólera se inició en marzo de 1991. Todas las cepas epidémicas clasificadas hasta el momento

han resultado *Vibrio cholerae* O1. De 3.331 cepas O1, clasificadas por el Instituto Nacional de Salud, 3.302 (99.1%) resultaron del subtipo Inaba y 29 del subtipo Ogawa. Un estudio de epidemiología molecular sugiere que la bacteria aislada probablemente corresponde a una variante del clón que ha producido la séptima pandemia (1), el cual es diferente de los clones involucrados en la endemia de la Costa del Golfo de Estados Unidos y de Australia. En América del Sur y Central esta bacteria se ha difundido con rapidez.

CARACTERISTICAS DE LA EPIDEMIA

Rutas de propagación: La epidemia se extendió de Sur a Norte por la Costa Pacífica y los ríos Cauca y Magdalena, siguiendo los patrones de movilización comercial y laboral de las personas, y en algunos casos por medio de transporte pasivo de la bacteria.

Incidencia y mortalidad: La primera onda epidémica, compuesta de dos picos, asciende hasta el primer período epidemiológico de 1992 y luego desciende de manera progresiva. Entre 1991 y 1992 se produjeron 29.885 casos y 449 defunciones, y tanto la incidencia como la letalidad descendieron (Tabla 1). De acuerdo con la experiencia internacional se esperaba una incidencia de dos por mil y una letalidad del 2%. A pesar del descenso global de la epidemia, durante 1993 se han presentado nuevos casos y algunos pequeños brotes epidémicos. Durante 1994 y 1995 se han seguido presentado casos, especialmente en la Costa Pacífica.

Tabla 1. Cólera en Colombia, 1991-1995.

Año	Casos	Defunciones (por mil)	Incidencia (por mil)	Letalidad
1991	16.800	289	0.56	1.73
1992	13.085	160	0.44	1.22
1993	607	15	0.02	2.47
1994	996	14	0.03	1.40
1995*	424			
Total	31.912	478		
* Hasta la semana epidemiológica 16.				

Los departamentos con más alta incidencia durante 1991 fueron: Chocó, Nariño y Cauca. En 1992 se destacaron Chocó, San Andrés, Guajira y Sucre. En 1991 la mortalidad más elevada correspondió a Chocó, Guajira, Nariño y Cauca, y en 1992 a Chocó, Guajira y Cauca.

Edad y sexo: El 51% de los casos correspondió al grupo de 15 a 44 años, 26% al grupo de 45 y más años, 12% al de cinco a 14 años y 11% a los menores de cinco años. El 60% de los casos fue del sexo masculino.

Aspectos microbiológicos y epidemiológicos: El INS estudió la susceptibilidad antimicrobiana de 138 cepas y encontró que eran sensibles a la tetraciclina, clorafenicol, norfloxacin, nitrofurantoina y trimetoprim sulfam. De otra parte, el análisis de cinco cepas las identificó como toxigénicas (2).

Algunos estudios epidemiológicos han identificado como factores de riesgo la vivienda lacustre, el agua de acueducto (contaminado), consumo callejero de pescado, la vivienda sin disposición de excretas, el desplazamiento a focos coléricos, el hacinamiento, no hervir la leche y no lavar las verduras (3, 4).

VELOCIDAD Y CONTROL DE LA EPIDEMIA

Mientras la epidemia se difundió con rapidez de país a país, al interior de Colombia se comportó con una propagación lenta pues tomó cerca de un año pasar de la frontera sur a la costa Atlántica.

Este hecho también puede observarse por medio de modelos de simulación de casos esperados y de velocidad (5-11). Si se utiliza el modelo de Fox (casos según períodos: $C_{t+1} = S_t(1 - q^C)$; C_t : casos existentes en un período; C_{t+1} : casos en el período siguiente; S_t : susceptibles; p : probabilidad de que un susceptible se transforme en caso; q : recíproco de p), para calcular los casos esperados, un brote epidémico afectaría a toda una población de 100 mil personas en cuatro períodos, cuando $p=0.01$, y en tres períodos cuando $p=0.02$. En cólera, cada período oscila entre tres y cinco días. Esto no ha ocurrido en ninguno de los focos epidémicos del país. Si tomamos como ejemplo Tumaco, con una población de 97.682 habitantes en 1991, en la primera semana de la epidemia el valor de p fue de 0.05 por mil (0.005%). De la segunda a la sexta semana p

osciló entre 0.13 y 0.93 por mil, y de la séptima a la décima semana, período en que la epidemia alcanzó el máximo valor, p osciló entre 1.2 y 2.0 por mil.

El programa de control contribuyó a hacer de esta una epidemia lenta. El programa incluyó aspectos como la educación masiva, el saneamiento ambiental (agua potable, disposición de excretas y protección de alimentos), la atención de enfermos, la movilización ciudadana, comunitaria e institucional, la financiación y un sistema de apoyo (comunicaciones y suministros). La financiación se planeó para acciones y obras de emergencia, y para inversión en infraestructura diversa, pero ésta última se ha ejecutado en bajo grado.

EPIDEMIA Y ENDEMIA

En Colombia está en curso de 1991 la primera onda epidémica y no se ha establecido un patrón de endemicidad. Sin embargo, se presentan algunos factores preocupantes. En un estudio reciente (en prensa), se tomaron muestras de agua de mar en diversos focos epidémicos y encontramos cuatro cepas de *Vibrio cholerae* no O1. Estas cepas resultaron no toxigénicas pero presentaron una alta resistencia a los antibióticos convencionales. Este hallazgo sugiere que pueden estar constituyéndose algunos reservorios ambientales, lo que implica una condición propicia para la endemicidad. De otra parte, no se han superado en el país las deficientes condiciones ambientales, de servicios públicos y de pobreza que imperan en las comunidades rurales y los municipios pequeños. Este tipo de epidemia exige una atención más integral porque deja un gran número de susceptibles y puede pasar a una fase endémica en un período breve.

REFERENCIAS

1. Kaye IW, Evins Gm, Fields PI, Olsvik O, Popovic T, Bopp ChA, Wells JG, Carrillo C, Blake PA. The molecular epidemiology of cholera in latin America. J Infect Dis 1993; 167: 621-626.
2. Castañeda E, Muñoz E, De Vargas CI et al. Diagnóstico bacteriológico del cólera. Biomédica 1992; 12 (3 y 4): 131-136.
3. Rivas FM. Cólera en Colombia. Descripción de algunos aspectos epidemiológicos a un año de diagnosticado el primer caso. Biomédica 1992; 12 (3 y 4): 109-116.

4. De la Hoz FR, Rivas FM, Castillo R, Coral O, Ramírez R. Factores de riesgo en la transmisión del cólera en Salahonda (Nariño). *Biomédica* 1992; 12 (3 y 4): 117-122.
5. Fox JP, Elveback L, Scott W, Gatewood L, Ackerman E. Herd immunity: basic concept and relevance to public health immunization practices. *Amer J Epidemiol* 1971; 94 (3): 179-189.
6. Hampton WF. Some conceptions of epidemics in general. *Amer J Epidemiol* 1976; 103 (2): 141-151.
7. En'ko PD. On the course of epidemics of some infectious diseases. *International Journal of Epidemiology* 1989; 18 (4): 749-755.
8. Cliff A, Haggett P. Methods for the measurement of epidemic velocity from time-series data. *International Journal of Epidemiology* 1982; 11 (1): 82-89.
9. Elveback L, Ackerman E, Gatewood L, Fox JP. Stochastic two agent epidemic simulation models for a community of families. *Amer J Epidemiol* 1971; 93 (4): 267-280.
10. Spangler BD. Structure and function of Cholera toxin and related *Escherichia coli* heatlabile enterotoxin. *Microbiol Rev* 1992; 56 (4): 622-647.
11. Janda JM, Powers C, Bryant RG, Abbot SL. Current perspective on the epidemiology and pathogenesis of clinically significant *Vibrio* spp. *Clin Microbiol Rev* 1988; 1 (3): 245-267.

• CONTROL INTEGRADO DE MALARIA EN COMUNIDADES APARTADAS SIN ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA

Conferencista: William Rojas, MD. Corporación para Investigaciones Biológicas, CIB.

En el desarrollo de la malaria interactúan tres actores: el vector, el parásito y el ser humano.

Su control ha estado orientado principalmente contra el vector y el parásito y se ha olvidado, o tenido en cuenta solo en forma secundaria, al tercer actor del drama, el ser humano.

La llamada campaña de erradicación de la malaria iniciada a escala mundial y con orientación de la OMS, a fines de los años cincuenta, basada en un programa vertical dirigido a control de vectores por medio del DDT y al empleo de antimaláricos logró erradicar la enfermedad en unos 20 países y disminuirla aprecia-

blemente en 100 más. En Colombia, por ejemplo, se pasó de 150 casos reportados anualmente en la década del 50 a 10.000 casos para 1962.

Desafortunadamente, varios factores como el desarrollo de resistencia por parte de los vectores y de los parásitos, las dificultades financieras para sostener un programa muy costoso logísticamente llevaron a la reactivación en la transmisión de la enfermedad, y es como en Colombia se presentan anualmente unos 500.000 casos.

Al analizar los programas llevados a cabo, hasta el momento se aprecia claramente que la participación comunitaria ha sido nula. Si se quiere estabilidad en ellos y un adecuado control parece apenas lógico pensar que es necesario lograr que las comunidades, en las cuales se presenta la enfermedad en forma endémica, participen activamente en los programas de control. Por esta razón la CIB logró coordinar esfuerzos con el Centro Internacional Tropical, CINDE, para adelantar en comunidades en donde no hay facilidades de atención médica primaria, un programa de control integrado de malaria con participación comunitaria y basado en tres enfoques primordiales a saber: educación, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado y control de vectores.

Se seleccionaron 30 comunidades costeras de los municipios de Bahía Solano, Nuquí y Bajo Baudó para adelantar el programa. Esto implica una cobertura de unos 15.000 habitantes. Se levantó un censo, casa a casa, se hicieron mapas de cada localidad ubicando las casas y los charcos y criaderos aéreos de mosquitos. Se diseñó por un topógrafo los canales que deberían construirse para drenar algunos de los criaderos de mosquito.

El manejo de las estrategias se adelantó en la siguiente forma:

Educación. Se adelantó por medio de talleres comunitarios, reuniones con maestros, madres y programas de divulgación de información sobre la enfermedad. Este aspecto se ha evaluado en 20 comunidades por medio de encuestas previas y después de un año de iniciado el programa en las cuales se indaga sobre el conocimiento relacionado con la transmisión de la enfermedad, la manera de evitarla, la importancia del diagnóstico microscópico, el peligro de la automedicación y de los tratamientos incompletos así como las medidas de control de vectores.

Diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado. Para lograrlo se procedió a seleccionar dentro de cada comunidad dos personas

para entrenarlas como microscopistas con capacidad para tomar la muestra de sangre, colorearla y hacer diagnóstico de especie, suministrar el tratamiento y hacer control ulterior.

A cada comunidad se le dotó de un puesto de diagnóstico adecuadamente dotado.

Se establecieron centros de acopio para garantizar el adecuado suministro de implementos de diagnóstico y antimaláricos. Se creó una red de radioteléfonos que permite el control diario, desde el laboratorio de la CIB en Medellín de las actividades de los microscopistas. Se hace a nivel central, un control de calidad de todas las placas tomadas y leídas por los microscopistas. Se reentrena a aquellos cuyo control de calidad muestra deficiencias. Todo centro de diagnóstico dispone permanentemente de los antimaláricos requeridos.

Control integrado de vectores. Por medio de actividades comunitarias se han construido canales que permiten secar o disminuir el tamaño de muchos de los criaderos terrestres. Se han rellenado unos pocos y se ha hecho una remoción de bromelias de los árboles de las zonas urbanas para controlar el *Anopheles nevae* que se cría en ellas.

Se adelanta un estudio de la relación hombre mosquito para determinar las horas de mayor picadura, el horario en que las personas se acuestan, el uso de toldillos, etc., con miras a poder implementar posteriormente medidas adicionales de control como el control biológico de larvas de mosquito en los criaderos que no puedan ser drenados y la impregnación de toldillos con deltametrina a la vez que se evaluará el costo-beneficio de estas medidas.

Resultados preliminares. Un estudio previo en tres comunidades para evaluar separadamente las tres alternativas, puso en evidencia que el control integrado evita muertes y hospitalización por malaria. Disminuye en un 90% la transmisión de la enfermedad, acorta la incapacidad por la enfermedad y trae a la comunidad un beneficio socioeconómico de más de 10.000 pesos anuales por habitante, es decir 50.000 por familia.

En el año corrido de esta segunda etapa, no ha habido muertes por malaria en 20 de las comunidades. Sólo un paciente ha requerido hospitalización. Ha habido un incremento apreciable en los

conocimientos relacionados con la malaria y su control y un alto grado de participación comunitaria.

No se ha logrado aún un apoyo decidido de las autoridades locales.

• ADMINISTRACION CENTRADA EN EL HOMBRE

Conferencista: Alberto Merlano A. Administrador de Empresas. Vicepresidente Administrativo de la Empresa Colombiana de Petróleos, Ecopetrol.

Objetivos: 1) presentar un modelo de **administración** basado en la adecuación de las organizaciones a la naturaleza humana, 2) analizar la situación del **hombre** en la sociedad y organizaciones contemporáneas y proyectarla a una sociedad futura, y 3) reflexionar sobre el papel del liderazgo administrativo en el proceso de humanización de la sociedad.

Contenido: 1) premisas de la corriente **humanística**; 2) el modelo: ¿cómo sería una sociedad centrada en el **hombre**? Pronósticos generales; 3) la situación actual: ¿hasta qué punto comienza a acercarse la sociedad contemporánea al modelo propuesto?; 4) los fines inmediatos del cambio en el caso colombiano; y 5) el papel de los individuos en el proceso de cambio social.

Las ideas que se presentan en esta conferencia están basadas en los aportes de Erich Fromm y un conjunto de pensadores humanistas, cuyo interés primordial es lograr que el desarrollo del hombre sea el centro consciente de todas las actividades de la sociedad.

El marco de referencia que se usa es el **agnóstico**, que, sin despreciar aportes provenientes de la filosofía o la religión, sólo tiene en cuenta los que provienen del conocimiento científico acerca de la **naturaleza** y el **hombre**.

PREMISAS DE LA CORRIENTE HUMANISTICA

1. El **hombre** es un fin en sí mismo, no un medio, ni como

ciudadano, ni como trabajador-consumidor. La sociedad debe existir para el **hombre** y no el hombre para la sociedad. Los fines de la sociedad y de sus organizaciones deben integrarse con los fines de las personas que forman parte de ella.

2. La conducta humana es fruto de la interrelación entre el hombre y su medio. La naturaleza humana es una, y puede ser definida objetivamente. La salud mental no puede entenderse solamente como la integración entre el individuo y la sociedad. Existen enfermedades socialmente modeladas.
3. El cambio social es inevitable porque la sociedad existe para el hombre, y las necesidades de éste, que la sociedad debe satisfacer, se encuentran determinadas por su naturaleza.

Interrelación entre hombre, sociedad y organizaciones

El desarrollo de las organizaciones depende de la evolución de la sociedad, y el de ésta del desarrollo de la mayoría de sus miembros.

Existe un desfase dinámico entre esos tres elementos.

Los **hombres** muy evolucionados, con respecto a la sociedad en las que les haya tocado vivir, difícilmente ejercerán influencia sobre ella en el corto plazo. Su poder, no obstante, puede incrementarse en la medida en que la sociedad vaya desarrollándose, pudiéndose convertir en especie de polos de evolución social. La historia de muchos líderes políticos, religiosos y de algunos artistas notables así lo evidencia.

Si el desfase entre sociedad y organizaciones es muy grande, se puede producir una revolución violenta.

Criterios sobre el éxito

Los **hombres** y las organizaciones son exitosos si logran lo que quieren. Las sociedades son exitosas en la medida en que promueven en forma eficiente la satisfacción de las necesidades del **hombre**, lo cual exige que éstos quieran "lo que deben querer" para lograr su pleno desarrollo.

La homeostasis, como condición del ser, y la felicidad, como condición del estar, parecen ser los criterios más adecuados para medir el grado de éxito del **hombre** y la sociedad (hedonismo a largo plazo).

EL MODELO: ¿COMO SERIA UNA SOCIEDAD CENTRADA EN EL HOMBRE? PRONOSTICOS GENERALES

1. La sociedad garantizará a sus miembros el derecho a satisfacer las necesidades mínimas de supervivencia sin necesidad de trabajar. La seguridad social manejada conceptualmente por el Estado y administrativamente por los particulares, protegerá a las personas desde su nacimiento hasta su muerte.
2. El trabajo será considerado por cada individuo primariamente como un medio de auto-realización y no sólo como un medio para satisfacer necesidades económicas, así:
 - a) Habrá integración entre el ser de cada persona y su quehacer. Es decir, cada individuo trabajará en lo que le agrade hacer, sin sentirse obligado a realizar tareas para las que no tenga vocación y/o aptitudes.
 - b) El trabajo que no requiera hacer uso de las características físicas y/o psicológicas propias del **hombre** será realizado por máquinas.
3. El consumo alienado, aquel que concede a las cosas más un valor de símbolo que de uso, desaparecerá. Lo inerte (las cosas) terminará poniéndose al servicio de lo vivo (el **hombre**). El consumo suntuario perderá aceptación social.
4. El sistema económico que prevalecerá será una integración entre el actual socialismo y capitalismo, llamado por algunos **capitalismo social** y por otros **socialismo humanista**. Las siguientes son las características asociadas al nuevo modelo:
 - a) Coexistirá la propiedad privada con la propiedad estatal. El Estado tendrá una estructura burocrática mínima y sólo asumirá aquellas tareas de utilidad común, que, por diversas razones, no se considere aconsejable que emprendan los

particulares. El Estado será una de las fuentes más importantes de capital.

b) Las empresas serán de los que trabajen en ellas. El trabajo contratará capital. La remuneración del capital será fija. Los excedentes serán para el grupo humano que los produzca.

5. La autoridad se basará en la razón. El modelo predominante será el democrático. Esta fluirá de abajo hacia arriba.
6. Las variaciones de ingreso entre las personas no establecerán serias diferencias entre la clase de vida que pueda llevar cada una de ellas. La relación de ingreso entre la cúspide y la base de la sociedad disminuirá. El criterio fundamental para determinar la remuneración será la responsabilidad que, por los resultados de la sociedad, asuma el individuo. El trabajo no será considerado un mercancía sujeta a las leyes de la oferta y la demanda.

Así como el concepto de **Dios** históricamente ha respondido a lo que el **hombre** ha concebido como el ser humano perfecto, los modelos humanísticos cambian según la evolución del conocimiento científico acerca del **hombre** y los valores de la sociedad a la que pertenezcan quienes los generen. Todo modelo antropocéntrico está en permanente proceso de mutación. El propuesto está sometido a las limitaciones que nacen de ser generado por **hombres** que proyectan sus conocimientos y valores a un futuro que inevitablemente tendrá conocimientos y valores diferentes a los actuales. No obstante, si es valedero mantendrá su característica de eslabón necesario en la cadena evolutiva que ha de conducir a modelos cada vez más perfeccionados.

LA SITUACION ACTUAL: ¿HASTA QUE PUNTO COMIENZA A ACERCARSE LA SOCIEDAD CONTEMPORANEA AL MODELO PROPUESTO?

1. Se empieza a dudar del realismo de la meta del pleno empleo pues la tecnología contemporánea, lejos de aumentar las fuentes de trabajo, las ha disminuido. Preocupado por ésto un grupo de científicos sociales presentó al entonces Presidente de los Estados Unidos Lyndon B. Johnson (1963-1969) un memorandum en donde planteaban la necesidad de garantizar a los ciudadanos el derecho a la vida sin necesidad de trabajar.

Existen seguros contra el desempleo en todas las naciones desarrolladas del mundo. Sin él no se puede entender el concepto de **seguridad social**.

En algunos países, como Suecia, el ciudadano tiene garantizada su supervivencia y un aceptable nivel de vida que guarda poca relación con su contribución laboral a la sociedad.

2. Investigaciones motivacionales actuales, en particular la de Frederick Herzberg, indican que la única fuente real de motivación es el trabajo en sí mismo, lo cual ha llevado a muchas empresas a tratar de “enriquecer” el ámbito técnico-social de las tareas para hacerlas más estimulantes para seres humanos normales.

La disminución de las diferencias de status entre diversos trabajos es un hecho en las economías socialistas y en algunas economías de mercado como la japonesa. Igualmente es notoria en el mundo occidental, en empresas consideradas excelentes.

3. Día a día aumenta el clamor en contra del consumo alienado. La publicidad se controla, los grupos de protección al consumidor y al medio ambiente se fortalecen, se endurecen las leyes respectivas... Se abre paso cada vez más la concepción de la responsabilidad social de la empresa privada. Un vocero tan destacado de la misma como Konosuke Masushita de la National Panasonic, plantea que no existen empresas privadas sino públicas porque todas tienen una obligación primaria con la **comunidad** y sobreviven sólo en la medida en que satisfacen adecuadamente sus necesidades.

El concepto de responsabilidad social es típico de la mayoría de las empresas japonesas y norteamericanas consideradas excelentes.

4. Los sistemas socio-económicos principales, en pugna por el liderazgo mundial, el **capitalismo** y el **socialismo**, continúan su proceso de acercamiento, buscando inconscientemente una síntesis creativa que integre lo mejor de ambos.

La crisis mundial del **comunismo** y el desmembramiento de la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas con su consiguiente apertura política, cultural y económica producida con la Perestroika y la Glasnost de M. Gorbachov, es, tal vez, el fenómeno sintomático de lo anterior más destacado.

En todos los países con una economía de mercado coexisten la propiedad privada y la estatal. Países que fueron socialistas están privatizando gran parte de su economía, incluyendo servicios públicos.

La propiedad cooperativa continúa floreciendo en el mundo. El poder del capital privado disminuye en todo el hemisferio occidental. Las leyes que regulan la herencia desestiman cada vez más su acumulación, fortaleciendo la llamada clase media.

5. Avanza la llamada democratización industrial en sus diversas aplicaciones: participación en la información, en la opinión, en la toma de decisiones y en la propiedad legal de las empresas. Se ha descubierto que el sentido de propiedad es psicológico, más que material. El hacer a los trabajadores propietarios de los medios de producción no mejora necesariamente las relaciones de trabajo, de mayor prioridad es una real participación en la toma de decisiones.
6. La estructura impositiva de los países de economía de mercado tiende a disminuir entre los ingresos de los empleados de mayor y menor nivel jerárquico. Cada vez hay más casos de empresas que optan por mejorar la calidad de vida de su personal, prioritariamente, mediante prestaciones extralegales iguales para todos.

En general, existe hoy en las empresas una mejor comprensión de la naturaleza humana, lo cual ha incidido en la técnicas de administración que emplean para manejar personal. La experiencia japonesa y las investigaciones recientes sobre las causas de la excelencia de algunas empresas norteamericanas le han dado legitimidad al uso de ciencias del comportamiento para lograr mejores resultados empresariales. Aunque las empresas en general son hoy más humanas que en el pasado, se sigue concibiendo al **hombre** como un medio al servicio de los fines organizacionales, tanto en su calidad de trabajador como de consumidor. No obstante, todo parece indicar que las empresas avanzan poco a poco, muchas veces sin darse cuenta, hacia una situación en que el **hombre** sea el centro consciente de sus actividades.

LOS FINES INMEDIATOS EN EL CASO COLOMBIANO

Hay objetivos inmediatos que cumplir en una sociedad como la nuestra, ninguno de ellos exótico, más bien todos enmarcados dentro de modernas concepciones de administración.

A nivel del **Estado** son prioritarios los siguientes:

1. Garantizar **a cualquier costo** un mínimo nivel de vida y de

posibilidades de desarrollo a toda la comunidad. Lo anterior incluye: alimentación, vivienda, salud y educación. Este fue el enorme atractivo del comunismo sobre el capitalismo: su posibilidad de garantizar en corto plazo la subsistencia a toda la población.

En nuestro sistema es necesario fomentar la actividad empresarial creadora de empleo, como una forma de responder al reto de la subsistencia en una sociedad que mantiene el principio de que quien no trabaja no come, pero que carece de la capacidad de proporcionárselo a todos los que lo necesitan.

2. Administrar el Estado en una forma más productiva. Son de absoluta prioridad acciones tales como incrementar el tiempo de duración en las posiciones de gobierno, establecer una real carrera administrativa, mejorar la calidad de los órganos legislativos y judiciales, fortalecer los mecanismos de excepción para emergencias sociales, modernizar en sus objetivos, estrategias y estructura a las fuerzas militares, etc.
3. Establecer a todos los niveles, en la medida en que las condiciones lo permitan, mecanismos democráticos que faciliten la real participación de los ciudadanos en las decisiones que los afectan. Si la representación ciudadana no se suministra a escala micro, no se experimenta como real.

La **libertad** es esencialmente un fin en sí misma, pero como valor está subordinada al interés colectivo, en particular si es la supervivencia de la colectividad la que está en juego.

Aunque sin cambio social no se pueden dar modificaciones de naturaleza esencial dentro de la empresa, ésta no es totalmente un sujeto pasivo de mismo, es afectada por él, pero también contribuye a que éste se dé. Algunos cambios son necesarios dentro de ella. Los principales son los siguientes:

1. Crear un medio ambiente adecuado al trabajo a través de la abundancia de lo que F. Herzberg llama “factores de higiene”: buenos ingresos, estabilidad, trato humano, etc.
2. Introducir en el trabajo elementos que permitan a quienes lo ejecuten, considerarlo primariamente como un fin y no como un medio, satisfaciendo así cada persona su innata necesidad de encontrarle sentido a su vida a través de lo que hace. Nuevamente F. Herzberg con sus “factores de motivación” puede ayudar a lograr lo anterior.

3. Enriquecer el entorno social de la tarea mediante sistemas de participación en la información, la opinión, la decisión y la propiedad, tratando a los trabajadores como socios del capital.
4. Disminuir las diferencias de ingreso entre la cúspide y la base de la organización. Establecer prestaciones sociales que contribuyan a mejorar la calidad de vida del personal de menores ingresos.
5. Introducir una visión **holística** de la organización **-empresa somos todos-** mediante el mejoramiento de los sistemas de comunicación y la disminución a un tamaño humano de las unidades de producción.

Hay necesidad de que los empresarios comprendan que su misión no consiste únicamente en lograr la adaptación del hombre a la empresa, sino también de la empresa al hombre y que sin filosofía acerca del **hombre** no podrán impulsar cambio alguno.

La columna vertebral del trabajo en la búsqueda de una sociedad más antropocéntrica es educar al hombre para que adquiriera más conciencia de su naturaleza y aprenda a pensar y a actuar en consonancia con ella.

EL PAPEL DE LOS INDIVIDUOS EN EL PROCESO DEL CAMBIO SOCIAL

Es necesario que la sociedad y sus instituciones cambien para que las empresas, en lo básico, cambien. El cambio debe estar centrado en la satisfacción de las necesidades del **hombre**. A las modernas revoluciones no hay que buscarles su explicación en las ideologías sino en las necesidades insatisfechas. No se puede pedir que defiendan el sistema a los que son víctimas de él. En la medida de lo posible el cambio debe ser llevado a cabo en forma pacífica. El fin no justifica medios que atenten contra el **hombre**. En la Colombia actual no existen causas morales que validen una revolución violenta.

La avanzada de cualquier cambio está formada por individuos que captan la corriente de la evolución de la sociedad y ayudan a los demás a descubrir lo que en ellos ya está, proporcionándoles **identidad y destino** a sus esfuerzos inconscientes de cambio. La **verdadera revolución es la que se produce en la conciencia humana**.

La responsabilidad por la transformación humana de la sociedad radica en los partidos políticos a través del ejercicio del poder en

sus diversas ramas. El papel de ellos es, en gran parte, el de actuar a través de sus dirigentes como conciencia de la sociedad, tratando de ponerla al servicio de los legítimos intereses del **hombre**. En la empresa, este papel le corresponde a los gerentes asistidos por los funcionarios del área de personal.

Es necesario revivir un concepto antiguo, hoy en desuso por sus implicaciones religiosas: el de conversión personal.

“Nadie da lo que no tiene”. “La acción educa más que la palabra”. Si el dirigente político o empresarial no es él mismo un ser humano evolucionado, no podrá ayudar a la sociedad, con su pensamiento y su acción, a lograr su propia evolución. Deberá, por lo tanto, trabajar primariamente en su desarrollo antes de pretender promover el desarrollo de los demás. Tiene que profundizar en el conocimiento del **hombre**, ser capaz de encontrar el cauce por el cual corre la corriente de su evolución y propiciar que la nave social lo siga. Para esto puede aprovechar los vientos de cambio, que en esa dirección soplan en el corazón de todos los **hombres**.

En lo personal, tomé hace algún tiempo, la decisión de dedicar lo que me restaba de vida a propiciar mi propio desarrollo y el de las personas sobre las que tuviese alguna influencia.

Igualmente, vivir en forma más **auténtica**, menos alienada, más consistente con mi naturaleza, buscando luchar por mejorar mi condición humana y dándole a los demás lo poco o mucho que encontrase dentro de mí.

En esto consiste la **conversión personal**, en cambiarse a sí mismo antes de pensar en cambiar la humanidad, comenzando a vivir en función de ideales por los que valga la pena dar la vida misma.

Los invito a acompañarme en ese **propósito**.

ASPECTOS FOTOGRAFICOS DEL VII CONGRESO DE AEXMUN

A continuación se presentan imágenes fotográficas de relevantes sucesos ocurridos durante el VII Congreso de Especialidades Clínicas y Ciencias Básicas, organizado por la Asociación de Exalumnos de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, AEXMUN, durante los días 3-6 de julio de 1995 en la ciudad de Santafé de Bogotá.



Ceremonia de inauguración. El Dr. Manuel Elkin Patarroyo, el Sr. Decano Pablo Latorre, el Dr. Fernando Chalem, Presidente de Aexmun, el Dr. Antonio Ramírez Soto, Vicepresidente de Aexmun, y el Dr. Odilio Méndez, Vicedecano Académico de la Facultad de Medicina.



La cantante Carmiña Gallo interviene en la ceremonia de inauguración.



Asistentes al evento.



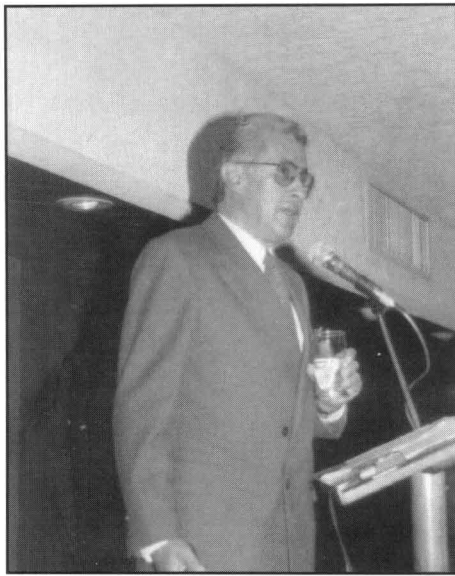
La Ministra del Medio Ambiente, Cecilia López Montaña, y el Dr. Odilio Méndez, presiden la reunión sobre salud y medio ambiente.



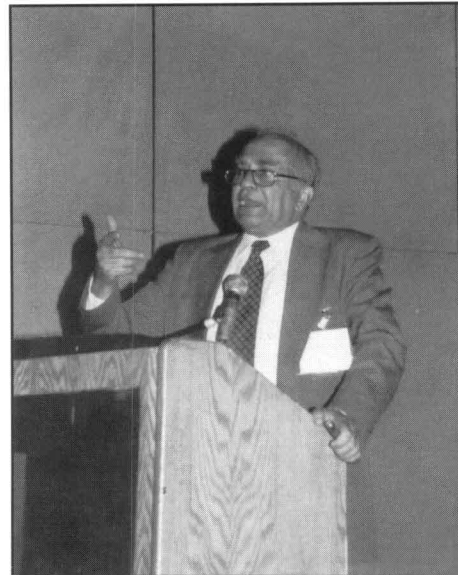
Debate sobre la Ley 100, presidido por el Ministro de Salud, Dr. Alonso Gómez.



Varios conferencistas participantes.



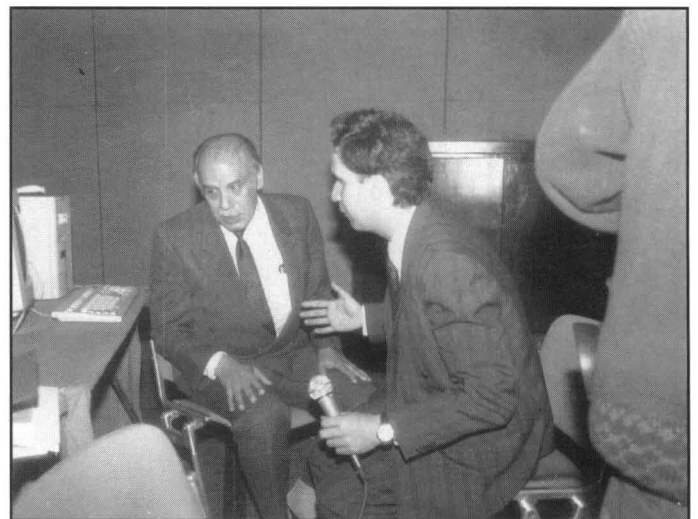
El Dr. Antonio Ramírez Soto discute sobre las políticas de la vejez en Colombia.



El profesor Edmond Yunis habla sobre conceptos modernos de la inmunología.



Intermedio de las reuniones.



El Dr. Odilio Méndez en entrevista con el Noticiero de la Salud.



Participantes del Cuarteto Médico en la noche de clausura.



Los Drs. Antonio Ramírez Soto, Fernando Chalem, Pablo Latorre y Raúl Paredes Manrique presidiendo la ceremonia de clausura del evento.