

EL HOSPITAL SAN CARLOS DE BOGOTA y el tratamiento de la tuberculosis*

Doctor ADOLFO DE FRANCISCO ZEA
Académico de Número

El Presidente de la Academia de Medicina, doctor Pablo Gómez Martínez, ha accedido a la solicitud que le formulé en octubre del año pasado y me ha concedido la oportunidad de hablar ante los señores Académicos sobre el Hospital San Carlos.

Mi vinculación con esa entidad hospitalaria data de finales de 1973 cuando el Ministro de Salud en esa época, el doctor José María Salazar Buchelli, me nombró su representante ante la Junta Administradora. Posteriormente desempeñé en forma transitoria la Dirección del Hospital y luego, por deferencia del Presidente de la Academia, en ese entonces el profesor César Augusto Pantoja, volví a vincularme a la Junta Administradora, esta vez como representante del Presidente de la Academia, en cumplimiento del mandato testamentario y de los estatutos de la Institución.

La Fundación Hospital San Carlos tuvo su origen en el año de 1941. El sentimiento noblemente caritativo y altruista de su fundador, el filántropo don Gustavo Restrepo Mejía, quedó consignado en la cláusula duodécima de su testamento que dice así: *"Del remanente de mis bienes dispondrán mis albaceas destinando su valor a la construcción de un edificio, con los departamentos y anexidades propias, para hospital de tuberculosos, y dotarlo de las rentas que su sostenimiento requiera. Esta Fundación se denominará Hospital San Carlos en recuerdo de mi madre"*.

A la Junta Directiva encargada de la construcción del Hospital, o Junta Constructora, integrada por los señores Eugenio Wiesner, Julio E. Sanz, Roberto Michelsen y Francisco de Paula Pérez, le fue encomendada la misión de "acordar los estatutos que deben regir la marcha de la Fundación y su desarrollo progresivo".

Al concluirse la construcción del edificio y terminadas las funciones de la Junta Directiva Constructora, el Hospital fue entregado a una nueva Junta Administradora que quedó constituida de acuerdo a la voluntad testamentaria por un representante del arzobispo de Bogotá, otro de la Sociedad de San Vicente de Paul y un tercero inicialmente nombrado por los hermanos de don Gustavo y a la muerte de estos "designado por el Presidente de la Academia de Medicina de Bogotá".

El Testamento fue consignado en la escritura pública No. 2761 de 13 de agosto de 1941 de la Notaría Cuarta del Circuito de Bogotá.

La Junta Constructora aprobó los Estatutos de la Institución, entendida esta como "una Fundación de carácter privado, que tiene por objeto el estudio y tratamiento de la tuberculosis, tanto para enfermos pobres como para un limitado número de pensionados" Quedó a la discreción de la Junta Administradora el "fijar el número total de enfermos que pueden ser atendidos satisfactoriamente en el mencionado Hospital hasta el cupo completo; y al mismo tiempo determinar el número de hospitalizaciones para pobres y para pensionados teniendo en cuenta que la intención del testador fue la de beneficiar el mayor número

* Sesión del jueves 23 de mayo de 1985.

posible de pobres". Se estableció de acuerdo a la voluntad del filántropo que los miembros de la Junta Administradora fueran vitalicios para asegurar una mayor estabilidad y continuidad de las políticas que estableciera el Hospital para su desarrollo.

La Junta Administradora quedó integrada por los doctores José Vicente Huertas, Pablo Forero Navas y Manuel Antonio Suárez Hoyos, a cuyo grupo se integró como representante del Presidente de la República el doctor Daniel Brigard Herrera.

Desde esa época se ha hecho solamente una reforma estatutaria, en septiembre 18 de 1957, en virtud de la cual se aumentaron los sueldos de los miembros de la Junta de \$ 600 a \$ 1.000 al mes y se estableció que en adelante los honorarios serían fijados de común acuerdo por el Arzobispo de Bogotá, el Presidente de la Sociedad de San Vicente de Paul y el Gerente del Banco de la República. En los 30 años transcurridos, los honorarios que siempre han tenido un carácter simbólico sólo han sido modificados en cuatro oportunidades.

En un comienzo y bajo la dirección del doctor Pedro José Almanzar, a quien tuvo el honor de reemplazar en esta Academia, el Hospital se dedicó al tratamiento de enfermos tuberculosos exclusivamente. Se establecieron criterios científicos para determinar cuáles eran los casos rescatables y a ellos se dedicaron todos los esfuerzos mediante un tipo de tratamiento básicamente sanatorial a base de reposo, buena alimentación, sol y aire, con estancias hospitalarias prolongadas de aproximadamente 2 años. Recuerdese que la introducción de la Estreptomina por Wackman en el arsenal terapéutico sólo se hizo en el año de 1950.

Posteriormente y por largos años el Hospital San Carlos organizó sus tratamientos de acuerdo al esquema clásico aceptado mundialmente, que empleaba durante 18 meses Isoniazida, 300 mgm al día, Estreptomina, un gramo diario por dos meses y PAS, hasta 24 gramos al día.

Este tipo de tratamiento se continuó hasta cuando aparecieron la Rifampicina y el Ethambutol y el esquema de tratamiento empleando adicionalmente estas drogas, de acuerdo a diversos modelos, pudo reducirse entonces a 9 meses de duración. Así por ejemplo, un esquema de tratamiento para 9 meses usando Rifampicina e Isoniazida daba 100% de efectividad pero resultaba demasiado costoso. Otro modelo igualmente efectivo de 8 meses utilizaba Estreptomina por dos meses y además Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida y Thioniazida.

El empleo de la Pirazinamida, en el cual el Hospital San Carlos ha sido pionero en América Latina, permitió

reducir a 6 meses el tratamiento, disminuyendo considerablemente su costo.

Ya en 1974, en una Reunión Internacional celebrada en Bogotá para conmemorar los primeros 25 años del Hospital San Carlos, se habló de los nuevos tratamientos acortados de la tuberculosis que cambian el concepto del tratamiento prolongado con hospitalización larga por el moderno de tratamientos de 6 meses aproximadamente, con hospitalizaciones entre 60 y 90 días como máximo.

En julio de 1979 y después de 4 años de ensayos con diferentes tratamientos acortados, el Hospital inició un estudio piloto de 5 años sobre estos modelos de tratamiento que fue presentado el año pasado en el Congreso Nacional de Medicina Interna en Barranquilla (1984) por los doctores Maldonado y Muñoz Duque. Un primer modelo, el A 9 utilizaba por 2 meses Estreptomina, 1 g al día; Isoniazida, 300 mg; Rifampicina 600 mg y Pirazinamida 1.5 gm al día, y durante los 7 meses restantes Thioniazida una vez al día. Este modelo es el seguido hoy en día por el Ministerio de Salud para pacientes de fuera de Bogotá.

Un segundo modelo, el A 8 era similar al anterior, con una duración de 8 meses; un tercer esquema, el B, empleaba por 2 meses Estreptomina, Isoniazida, Rifampicina y Pirazinamida y por 4 meses más Isoniazida 800 mg diarios y Rifampicina 600 mg, dos veces por semana. Este último modelo, ideal para pacientes de Bogotá, es el que en la actualidad se sigue con más frecuencia en el Hospital San Carlos.

Con cualquiera de los 3 modelos mencionados se obtiene entre 90 y 97% de negativizaciones del cultivo de esputo en dos meses y los estudios de seguimiento de 100 casos en cada uno de los 3 esquemas por 24 a 54 meses, dan 1.4% de recaídas en el modelo A 8 y 0% en los otros 2. El esquema B de tratamiento a 6 meses con la innovación hecha en el Hospital de utilizar la Rifampicina solamente 2 veces por semana en los últimos 4 meses, es al parecer el modelo más adecuado; en la experiencia del Hospital sólo da un 7% de abandono, comparado con el 18% y 14% de los modelos anteriores.

El uso de la Pirazinamida en estos esquemas de tratamiento, y el Hospital San Carlos fue el primero en emplearla en América Latina, permitió reducir a 6 meses el tiempo de tratamiento y en el momento se intenta reducirlo aún más. Hoy en día este modelo es el esquema de batalla en el Ministerio de Salud y aún cuando ha sido utilizado también en Rumania y Polonia, el Hospital no conoce los resultados a los que se ha llegado en esos países.

Me he detenido en detalles técnicos del tratamiento antituberculoso que hace el Hospital San Carlos, detalles ajenos a mi especialidad médica, con el objeto de mostrar a ustedes cuál es el procedimiento científico empleado por el Hospital y cómo a través del tiempo se han podido establecer pautas de tratamientos acortados eficaces, de 6 meses, que dan un rendimiento de 100% en comparación de los antiguos esquemas de 18 meses que sólo daban rendimientos del orden del 80%, y cómo además se continúa investigando para establecer los tratamientos más cortos y menos costosos que tengan un 100% de eficacia.

Es pertinente hacer algunas consideraciones generales sobre el tratamiento de la tuberculosis, tal como en el momento actual se lleva a cabo en el Hospital San Carlos: por un lado es evidente que hospitalizaciones de no más de 60 días muestran negativización del esputo en aproximadamente un 95% de los casos, pero también se conoce el hecho de que esputos positivos no contagian la enfermedad después de las dos primeras semanas de tratamiento adecuado. Esto plantea la posibilidad de hacer tratamientos ambulatorios, con hospitalización previa de unas 2 semanas. Si aún se mantiene al paciente en el Hospital por cerca de 2 meses, es en general para asegurar que el tratamiento se haga en forma completa y controlado por el cuerpo científico del Hospital, ya que en la experiencia del mismo los tratamientos de pacientes insuficiente o inadecuadamente tratados implican hospitalizaciones y tratamientos más prolongados que los que requieren los pacientes vírgenes de toda terapia.

Se pregunta a menudo el cuerpo médico si la tuberculosis ha disminuído o nó en el país. No me es posible responder a esa pregunta, cuya respuesta corresponde al Ministerio de Salud, pero sí debo señalar que hoy en día el conocimiento por parte del cuerpo médico y de los estudiantes de medicina sobre cómo diagnosticar y tratar la enfermedad dista mucho de ser satisfactorio y que este hecho, y el poco adecuado seguimiento del tratamiento por las autoridades del Ministerio y centros y puestos de Salud, hacen que no todos los pacientes reciban a la salida del Hospital y al volver a sus lugares de origen los medicamentos que requieren para la completa curación de la enfermedad.

Teniendo en cuenta que sí era posible tratar la tuberculosis mediante esquemas acortados de tratamientos, con hospitalizaciones breves, el Hospital modificó un poco su orientación para estudiar y tratar además otras entidades neumológicas; así fue transformándose en un Hospital Neumológico con la meta final de convertirse en Hospital de Tórax. Tal había sido la idea directriz originada en la Reunión Internacional de 1974 y en ese sentido se ha dirigido el desarrollo del Centro Hospitalario.

La utilización de las camas hospitalarias en años anteriores se hizo teniendo en cuenta la demanda de las mismas por la comunidad. Aun cuando la disponibilidad de camas en el pabellón infantil era de 120, casi nunca se logró superar las 40 camas ocupadas. Algo similar ocurrió en el pasado con las camas destinadas a los adultos: la demanda era inferior a la disponibilidad de camas y esto ocasionaba una subutilización del Hospital, no porque este así lo dispusiera sino porque la clientela hospitalaria era inferior a las capacidades del Hospital. De todas formas el Hospital nunca ha dejado de recibir enfermos pulmonares que acuden a él en busca de servicios.

El movimiento hospitalario mejoró notablemente con el establecimiento de hospitalizaciones cortas y una más amplia consulta externa, como puede verse en las cifras que se mencionan en los cuadros. Esto disminuyó el grado de subutilización hospitalaria e incrementó los servicios auxiliares de radiología, laboratorio clínico y desde 1982, cardiología y fisioterapia respiratoria.

Finalmente con la vinculación del Instituto de Seguros Sociales los servicios se han empleado muchas veces más y el grado de subutilización hospitalaria se ha reducido.

Cuadro 1

PACIENTES HOSPITALIZADOS

AÑO	Niños	Adultos
1.978	91	492
1.979	150	546
1.980	175	658
1.981	126	647
1.982	91	757
1.983	195	689
1.984	196	698

Cuadro 2

CONSULTA EXTERNA

Año	Niños		Adultos	
	1a. vez	Control	1a. vez	Control
1.978	669	221	2.266	776
1.979	1.185	428	2.829	842
1.980	1.870	364	3.850	808
1.981	2.412	433	3.305	684
1.982	2.845	469	3.368	854
1.983	2.409	804	2.331	921
1.984	2.160	874	2.267	1.489

Cuadro 3

ESTUDIOS PARA CLINICOS

Año	Radiología	Laboratorio	Fisioterapia	Cardiología
1.975	-----	15.476	-----	-----
1.978	2.735	-----	-----	-----
1.979	3.166	27.196	-----	-----
1.980	3.274	46.965	-----	-----
1.981	2.708	41.984	-----	-----
1.982	3.914	59.923	1.287	349
1.983	3.453	50.078	3.013	596
1.984	4.221	51.524	2.746	523

Para cumplir con la orientación del Hospital hacia un centro no exclusivamente antituberculoso y para adaptarlo a las nuevas necesidades, ha sido necesario destinar sumas cuantiosas para la reposición de equipos y de elementos, no sólo en lo que se refiere a elementos propios del trabajo de todos los días sino a la infraestructura misma del Hospital. Las calderas por ejemplo, que cumplieron admirable labor durante 30 años, están siendo cambiadas por otras nuevas que estarán en funcionamiento en los próximos días. Tres nuevas salas de Cirugía inauguradas hace 3 meses reemplazaron la Sala antigua original y nuevos equipos quirúrgicos, de laboratorio y de Rayos X se han puesto a la disposición de los médicos para el mejor cuidado de los pacientes. Esto ha representado una inversión de muchos millones de pesos, que se ha logrado hacer **cuidando siempre el dejar intacto el capital de la Fundación y empleando sólo, en forma juiciosa, las rentas propias de la Institución.**

Los sistemas de atención médica en Colombia comenzaron a cambiar en 1949 al establecerse en el país el Instituto de Seguros Sociales. Ya desde antes, en su famosa conferencia de 1905 sobre el "Socialismo de Estado" en el teatro Municipal de Bogotá, el General Uribe Uribe había señalado la necesidad de "reemplazar el sistema de hospitales, hospicios y establecimientos semejantes con otro mixto en que se combine la iniciativa privada con la asistencia pública para procurar salud y crédito a los vergonzantes a fin de liberarlos del pordioseco que los abate y desmoraliza".

A los 35 años de establecido el Seguro Social, el Instituto tiene una población afiliada de cerca de tres millones de personas y crece a un ritmo superior al 30% que sobrepasa al ritmo de crecimiento de población y de la fuerza laboral, reduciendo la población asalariada no cubierta. Para los afiliados la esperanza de vida al nacer es de 63 años, cuando era sólo de 47 hace tres decenios. Los proyectos de cobertura en desarrollo permitirán afiliar a los familiares de los

trabajadores en el área de Bogotá y Cundinamarca en los próximos doce meses, por lo que necesita el Instituto en esas regiones de un suficiente número de camas hospitalarias e instalaciones médicas para atender esos nuevos grupos de población incorporados.

Al asumir el amparo contra las contingencias de invalidez, vejez y muerte durante la presidencia del doctor Carlos Lleras Restrepo y al destinar un 10% de las reservas de esos riesgos para el Fondo Nacional Hospitalario, este se constituyó en un mecanismo de apoyo muy importante para las instituciones hospitalarias. Pero a tiempo que se establecía el Fondo, el Seguro modificó en parte su política de utilizar para los afiliados solamente sus clínicas propias e inició una nueva contratación y compra de servicios a entidades hospitalarias de diversa índole, universitarias o no, que por otra parte atendían enfermos, de beneficencia o privados, de la comunidad general. Al vincularse el Instituto a esas entidades comprando servicios y empleando camas hospitalarias mediante contratos rentables para esas entidades, el Instituto hizo valedera la tesis postulada por esos días de que el Seguro no solo tenía responsabilidad para sus afiliados sino también con la comunidad en general.

Hoy en día el Instituto tiene más de 6.000 camas hospitalarias y de ellas más de la mitad son contratadas con hospitales y clínicas, que no podrían cubrir sus gastos totales de funcionamiento sin los contratos establecidos con el Seguro Social. En la actualidad las clínicas y hospitales en general, que tienen contratos con el Seguro Social, son los únicos que pueden conservar una adecuada solvencia económica. Tuve la fortuna de iniciar esa política y de haber firmado en mi calidad de Director General del Instituto el primer contrato con una clínica privada de Bogotá hace 16 años y veo con satisfacción que la política no sólo se ha seguido sino que ha sido vigorosamente impulsada, especialmente durante la gestión administrativa del doctor Hernando Zuleta Holguín.

Hace varios años el Hospital San Carlos y el Seguro Social tuvieron los primeros contactos, que en su oportunidad pude discutir ampliamente con la Junta Directiva de la Academia Nacional de Medicina. Finalmente el año pasado se formalizó un primer contrato que permite al Instituto tener en el Hospital San Carlos un buen número de pacientes, que reciben no solamente atención médica en el campo de la neumología, sino también en el terreno de la medicina y cirugía generales, a nivel de hospital intermedio. En la actualidad se están estableciendo contratos o convenios con otras entidades, lo que permite una utilización más adecuada y mayor de las disponibilidades hospitalarias que la que habíamos tenido anteriormente.

Un reciente estudio económico del Hospital San Carlos mostró que hasta el año de 1983 la Fundación cubría el 97% de los gastos hospitalarios ocasionados por los pacientes a su cuidado. A partir de 1984 y en lo que va del presente año, los contratos celebrados con el Seguro y otras entidades sufragan las necesidades del Hospital en algo más del 50%, pero los gastos de mantenimiento en drogas, alimentación, elementos hospitalarios, sueldos y prestaciones sociales y servicios públicos se han elevado tan considerablemente que las rentas de que dispone la Fundación deben invertirse en forma total en procura de la salud de los enfermos, sin que queden remanentes que permitan incrementar el capital. La Junta Administradora actual, al igual que las precedentes, ha tenido siempre como directrices el no descapitalizar la Institución y el emplear totalmente las rentas en beneficio de los enfermos a su cuidado. Esos objetivos han sido logrados.

En el año que va desde mayo de 1984 hasta mayo de 1985, el Hospital ha contado con la dirección del doctor Luis José Villamizar, cuya vigorosa personalidad, experiencia profesional y altruismo se han hecho sentir en los nuevos desarrollos del Hospital y en la planificación del futuro.

Tenemos plena conciencia de la necesidad de crear una más sólida infraestructura neumológica, que le permita al Hospital estar en línea de avanzada en el campo científico. Y para eso es preciso modernizar las estructuras administrativas de la Institución, que si en otra época fueron adecuadas, hoy deben mejorar sustancialmente para estar acordes con los nuevos desarrollos y necesidades. El Hospital que incorporó hace varios años a su cuerpo científico los médicos, enfermeras y bacteriólogas rurales, tiene como meta futura el convertirse en universitario. Esta será la mejor posibilidad que se ofrezca para elevar el nivel científico.

Toda esta labor de varios lustros no hubiera sido posible sin la desinteresada e importante labor del cuerpo médico y para-médico que en funciones administrativas o de trabajo al lado del enfermo han contribuido en la medida de sus capacidades y con su entusiasmo y esfuerzo a crear y mantener esta hermosa realidad; a todos ellos y a todo el personal que en diferentes posiciones presta y ha prestado su contribución de

trabajo, quiero rendir hoy emocionado homenaje de gratitud. Pienso que en la serenidad del más allá don Gustavo Restrepo Mejía puede considerarse satisfecho de su obra.

Señor Presidente: He querido presentar ante la Academia de Medicina el panorama general del Hospital San Carlos, una entidad sin ánimo de lucro, creada gracias a la filantropía y al sentido de bien de un espíritu noble. He señalado la evolución científica de la Institución, los desarrollos hasta ahora alcanzados y lo que se espera lograr en el futuro. En lo personal, me ha sido grato colaborar en la Junta Administradora que hoy integran los doctores Agustín Ferreira, Augusto Restrepo Saray, Alvaro Espinosa y quien habla. He intervenido personalmente en la orientación médica del Hospital y en el desarrollo del mismo en áreas anteriormente no exploradas como la cardiología, la fisiología pulmonar y la fisioterapia, en la vinculación de médicos, enfermeras y bacteriólogas rurales, en la firma de convenios con entidades como el Centro Médico de los Andes, de la Fundación Santa Fe y en el estudio de proyectos concretos de nuevos desarrollos hospitalarios hechos en el pasado con la firma Grube Asociados, la misma que intervino en el proyecto del Centro Médico de los Andes. Me ha sido particularmente interesante intervenir también en los aspectos financieros con la mira de no descapitalizar la Institución, sino en lo posible mejorar las rentas que se invierten totalmente en beneficio de los pacientes. Mis antecedentes como Director General del Instituto de Seguros Sociales me sirvieron ampliamente para producir la idea inicial y contribuir después a su desarrollo hasta alcanzar la etapa que he mencionado con algún detalle en esta oportunidad. Y cuando se logre plenamente que el Hospital se transforme en universitario, ese será otro aspecto de mi más particular afecto y en el cual he colaborado en la medida de mis fuerzas.

Con satisfacción puedo decir que he participado en las actividades de la Fundación Hospital San Carlos con entusiasmo, dedicación e interés desde el día en que su antecesor en la Presidencia, el Profesor César Augusto Pantoja, tuvo a bien designarme para desempeñar el cargo de representante del Presidente de la Academia ante la Junta Administradora de la Institución.