

# EL PULSO

Periódico  
para el sector  
de la salud

MEDELLÍN, COLOMBIA

AÑO 3 N° 31

ABRIL DELAÑO 2001

ISSN 0124 - 4388

VALOR \$ 1.500

e-mail: [elpulso@elhospital.org.co](mailto:elpulso@elhospital.org.co)

## Administradoras de Riesgos Profesionales

### El "riesgo" de caer en un colchón de cifras

La universalidad, la solidaridad, la eficiencia cuestan. Muchos se preguntan si están siendo utilizados de manera provechosa *todos* los dineros del Sistema de Riesgos Profesionales. Existen, como lo consigna EL PULSO en sus páginas interiores, valiosos esfuerzos, no obstante es "riesgoso" hacer un balance complaciente del Sistema pues son evidentes sus carencias y no pocas las inquietudes. Inquietudes que hacen pensar si la apuesta por la seguridad social no se está jugando con una mala baraja. Numerosas personas opinan que se privilegia el negocio del aseguramiento antes que la seguridad social. ¿Se tiene presente que los dineros son de la seguridad social y a ella deben retornar por buenos cauces? Más allá de los vistosos mensajes publicitarios está la brilla gris desde la que se observan restos de un aparente naufragio, en el que el ahogado no es sólo el trabajador sino el sistema de salud, al que le ha tocado subsidiar en buena medida al

sistema de riesgos profesionales. El solo diagnóstico del origen profesional de los eventos apenas comienza a incrementarse.

De otra parte, analistas consultados expresan que se está abandonando la discusión técnica sobre la salud ocupacional. Valdría la pena insistir en que no sólo se debe atender la enfermedad o el accidente profesional, sino evaluar los procesos productivos con rigor, escuchar, formar y hacer participar a los trabajadores, elaborar perfiles de riesgo... La prevención no puede formar parte de la iconografía inútil de la seguridad social que, a veces, parece un mal museo. Tampoco, dicen, puede ser vacío el propósito de aumentar la cobertura. Aunque no es fácil que se cotice en un país donde crecen la mala remuneración, los contratos a término fijo, la incertidumbre laboral, el desempleo, el subempleo, la subcontratación y otras subpalabras que nos ponen a hablar un mal idioma: el de la inequidad.



Foto: Patricia Velásquez

### Minas antipersonales, la muerte a un paso



10

Según la Unicef en Colombia pueden existir más de 70.000 minas antipersonales distribuidas en 162 municipios de 24 departamentos. Narraciones de la guerra que vuela la salud en mil pedazos.



### Crecen exportaciones de servicios médicos

7 Gracias a la iniciativa de algunas entidades de salud

de Medellín, se desarrolla una estrategia exportadora de servicios que, además de ingresar nuevos dineros al país, sirve de modelo para programas similares en Bogotá y Cali.

### Los trasplantes y la esquiva cobertura del POS



8

En la Cámara de Representantes será radicada la ponencia favorable al proyecto de ley 89 del año dos mil, "por el cual se adoptan definiciones respecto a enfermedades crónicas terminales", iniciativa del Representante a la Cámara por Antioquia, Manuel Ramiro Velásquez.

### Marilyn Monroe "Una hermosa niña"



Foto: C.L.B.

"Quien piense que la chica es otra Harlow o una prostituta, está loco. Marilyn tiene algo. Es una hermosa niña. No lo digo por lo obvio, tal vez demasiado obvio. No es una actriz, en absoluto, en el sentido tradicional. Lo que ella tiene, esa presencia, esa luminosidad, esa inteligencia, nunca podría salir a relucir en el escenario. Es algo tan frágil, tan sutil, que sólo la cámara puede captarlo. Es como un colibrí en vuelo: sólo la cámara puede congelar su poesía." Esto decía Constance Collier una de las principales actrices shakesperianas que, además, fue maestra a Gretha Garbo, Katherine Hepburn, Audrey Hepburn y Vivian Leigh, entre otras. "Marilyn, mi pequeño problema", comentaba. Adaptación de un relato del escritor norteamericano Truman Capote.

PÁG. 13

### Economía a la salud y salud a la economía

Numerosas personas atribuyen la falta de cobertura a la crisis económica y se cree que basta con inyectarle salud a la economía o, simplemente, esperar a que retorne un crecimiento económico sostenido. Sin embargo, desde el Centro de Investigaciones Económicas de la Universidad de Antioquia, se recomienda explorar la relación entre afiliación y algunas

variables económicas, de manera que se ponga a prueba la relación empleo y salud. ¿Qué ocurre, por ejemplo, cuando se presentan señales de recuperación de la economía a costa de un viraje de la dinámica del empleo, que conlleve la generación de empleo mal remunerado e inestable? Estos y otros interrogantes en EL PULSO.

PÁG. 15



Foto: Patricia Velásquez

### EPS de Indígenas ¿una oportunidad a medias?

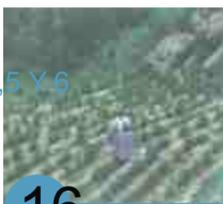
Luego de una concertación con algunas autoridades indígenas, el Gobierno nacional autorizó la conformación de EPS indígenas para atender el régimen subsidiado en esta población. El decreto 330 despierta gran interés, siempre y cuando no se pierdan de vista las especificidades culturales de las comunidades en materia de salud. También existen dudas sobre las reales posibilidades de que poblaciones tan dispersas puedan cumplir con los requisitos exigidos para su conformación, entre ellos, contar a partir del 26 de febrero del 2002 con un mínimo de 20.000 afiliados indígenas.

PÁG. 9

### En discusión IVA de licores a la salud

La controversia se centra en el incumplimiento del artículo 60 de la Reforma Tributaria consagrada en la Ley 488. Este señala que "el impuesto sobre las ventas determinado en la venta de licores destilados de producción nacional, ya sea directamente por las licoreras departamentales, o por quienes se les haya concedido el monopolio de producción o de distribución de esta clase de licores, debe girarse directamente a los fondos seccionales de salud, conforme con las disposiciones vigentes". Esto no se está aplicando.

PÁG. 10



16

### Tisana de coca calienta el mercado

Primer proyecto sobre aromática de coca en Colombia. 150 familias paeces procesan la bebida en el Cauca, con la ayuda de la Presidencia de la República.

### Alerta Exceso de flúor en aguas de municipio antioqueño



12

Una de las hipótesis es que la contaminación de las aguas de consumo en Yondó se debe a la utilización de químicos propios de la extracción petrolífera efectuada por Ecopetrol, asunto que aún no está comprobado.



11

### Modelo de recurso humano en salud

Investigación sobre modelo de oferta y demanda de profesionales adelantada por el Ministerio de Salud y la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

### EDITORIAL ¡ Ni riesgos !

4

El Sistema de Seguridad Social es joven y en muchos aspectos está por mejorar. Esto es lógico, particularmente en un empeño tan grande, que compromete a todo el país y a toda la gente. Sin embargo uno de los aspectos que hay que mirar con detenimiento, es cuál debe ser el destino final de los dineros que le llegan al Sistema, específicamente a las ARP, por la vía de los aportes. Los dineros que no son invertidos en salud, creemos firmemente que deben ser propiedad del Sistema y por tanto deben regresar a él, sin perjuicio, por supuesto, de que se evalúe muy juiciosamente la posibilidad de bajar los aportes. Excluyendo el precio del componente de seguro de esta actividad, ella no puede valer más de lo que cueste, ni riesgos.

## Las ARP y el Sistema de Riesgos Profesionales

# La "seguridad"

¿La inseguridad y fragilidad normativa es otro nudo en el camino?

En medio de estos interrogantes surge una pregunta que lanza la discusión a los sinuosos caminos de las cifras ¿Es rentable para las ARP trabajar en un país violento, en el que se multiplican los riesgos con sólo salir a estas calles, en las que matan 72 personas cada día y 26 mil al año? Para las ARP la situación amenazante del país es uno de los principales factores que las vulnera de manera fuerte y afirman que es muy costoso trabajar en un país con tan altos niveles de riesgo. También, afirman las ARP, representa mucho dinero, para solo mencionar un caso, el alto nivel de lesiones por accidentes de tránsito en Colombia, donde cada diez minutos hay un herido y cada 69 minutos hay un muerto por esta causa. ¿En qué invierten las ARP? Se les han atribuido excesivos gastos administrativos y no han faltado las incómodas contabilidades que hacen sus críticos. En 1996, las prestaciones asistenciales representaban sólo un 3% de las primas emitidas, en 1999 alcanzaron un promedio de 7.9%. Varias personas consideran que estos bajos promedios se deben a que el Sistema de Salud, en buena parte, ha subsidiado al Sistema de Riesgos Profesionales, entre otras cosas por el desconocimiento generalizado de un sistema joven, en el que las competencias y responsabilidades son confusas y en el que, como se dijo, ni siquiera se ha hecho un debido diagnóstico de la enfermedad profesional y el accidente de trabajo, que pasan tantas veces como eventos corrientes, no profesionales.

¿Hay suficiente vigilancia y control? Esta responsabilidad que ejercen, cada uno en su área, el Ministerio de Trabajo, la Superbanca y el Ministerio de Salud, ha sido muy cuestionada. En particular, la labor del Ministerio de Trabajo que además, excesivamente centralizada como está, es de un hermetismo difícil de romper y las regionales no sueltan un solo dato sin la aprobación de la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales en Bogotá. Se sabe que hay evasión y elusión por parte del empleador y los otros actores del Sistema, y sobre las inconsistencias de los registros de información existe gran expectativa, entre otras cosas, por las mejoras que hará el Registro Único de Aportantes, RUA, que se pondrá próximamente en marcha. ¿Se dificultan los pagos en el Sistema de Riesgos Profesionales? El lío de las cuentas -trasunto de casi toda discusión en la actualidad- y el desplazamiento de responsabilidades a la hora del pago por atención a los afiliados al Sistema, concentra gran inconformidad. En palabras de los funcionarios de los Departamentos de Facturación de la Fundación Santa Fe de Bogotá, o de Hospitales como el Universitario San Jorge de Pereira o el Pablo Tobón Uribe de Medellín, el desbarajuste mayor tiene origen en un vicio que algunos tratan de volver virtud: la manipulación del trámite. Los reportes del accidente no siempre se hacen, la calificación del origen presenta divergencias de difícil resolución entre IPS, EPS y ARS, la inseguridad normativa en ocasiones cambia las reglas del juego para hacer los cobros y, no falta tampoco, el abuso del propio trabajador.

El 53.35% de los trabajadores afiliados, al tercer trimestre del 2000 según Fasecolda, están en ARP privadas y el 46.65% en el ISS. Del ISS, la ARP es el único negocio que funciona bien, dice la Escuela Nacional Sindical, y argumenta que esto ocurre entre otras cosas, porque sus responsabilidades las traslada al Sistema de Salud, por el subregistro existente de la enfermedad profesional y el accidente de trabajo. Pero son numerosas las versiones y EL PULSO quiso dar espacio a la pluralidad frente a un tema tan polémico. Presentaron sus posiciones Suratep, la primera ARP del país con 690.096 trabajadores afiliados según sus propias cifras hasta la fecha -677.487 a septiembre del 2000 según Fasecolda- y Colmena Riesgos Profesionales, la segunda, con 423.755 afiliados a septiembre del 2000. Los trabajadores, la academia, la empresa empleadora, los prestadores de servicios de salud, ayudaron a hacer una primera exploración sobre estos asuntos que comprometen el trabajo, la salud y, al decir de la desacompañada política nacional del trabajo, "la posibilidad de desarrollo". ¿Qué es desarrollo? No enfermarse por descaro, dijo un señor en la punta de una fila para hacer lo que ya es forzosa costumbre: reclamar algún derecho.

El programa Rehabilitación Integral, del Comité de Rehabilitación de Antioquia pretende, desde 1998 formar líderes sensibles frente a los derechos y los deberes de los discapacitados, que sean, además, capaces de gestionar recursos y de realizar labores de prevención. Hasta ahora el Comité ha capacitado en el Departamento 75 Agentes de Cambio en Rehabilitación Integral, con participación comunitaria, quienes en el 2001 tienen el propósito de establecer una red de grupos organizados.



# ¿madre de todos los vicios?

## Primas emitidas ARP privadas

ARP	Julio	Agosto	Septiembre
Agrícola	230.451.418	259.512.197	271.694.368
Alfa	501.218.457	420.175.894	421.054.962
Aurora	2.173.069	2.221.794	2.253.648
Bolívar	2.600.499.500	2.229.002.185	2.500.236.600
Colmena	5.371.965.000	5.418.648.000	5.614.031.000
Colpatria	3.399.658.826	3.219.912.940	3.222.328.958
Colseguros	2.593.075.836	2.157.538.109	2.538.466.188
Equidad	483.464.000	477.066.800	533.317.900
Estado	28.576.000	64.203.000	33.632.000
Ganadera	752.995.924	751.695.138	846.560.260
Liberty	506.707.296	551.158.179	618.836.924
Previsora	1.473.125.639	1.358.545.900	1.237.681.825
Royal & Sunalliance	261.021.895	256.868.784	252.765.422
Suratep	6.126.000.000	6.146.000.000	6.087.000.000
<b>Total</b>	<b>24.330.932.860</b>	<b>23.312.548.920</b>	<b>24.179.854.075</b>

Datos consolidados hasta el tercer trimestre de 2000. (Fasecolda)

## Costos de las prestaciones asistenciales y económicas, ARP privadas

Año	1996	1997	1998	1999
Pagos P. Asistenciales (millones)	2.211.9	9.128.8	13.266.9	18.074.9
% primas emitidas	3.0	6.6	7.3	7.9
Pagos P. Económicas (millones)	7754.7	33.033.98	46.088.9	65.060.1
% primas emitidas	10.4	23.7	25.4	28.4
<b>Total</b>	<b>13.4</b>	<b>30.3</b>	<b>32.8</b>	<b>36.3</b>

(Fasecolda)

Se coincide en afirmar que aún están bajos los porcentajes que se invierten en pagos asistenciales y en pago de prestaciones económicas, como se observa en el cuadro que los relaciona con el valor de las primas emitidas. Algunos atribuyen esta situación a que, por desinformación y desconocimiento, el Sistema de Salud ha subsidiado al Sistema de Riesgos Profesionales, asumiendo los costos que, por cubrimiento de enfermedad profesional, accidentes de trabajo etc, le correspondían al joven Sistema de Riesgos. Otros afirman que el Sistema de Riesgos no ha intervenido suficientemente para modificar esta situación irregular que, de alguna manera, le beneficia.

## Número de trabajadores afiliados a ARP privadas

ARP	Julio	Agosto	Septiembre
Agrícola	26.686	27.024	27.461
Alfa	53.966	50.609	49.360
Aurora	617	618	629
Bolívar	369.618	376.923	387.868
Colmena	437.972	430.864	423.755
Colpatria	418.827	422.637	419.459
Colseguros	159.751	157.312	163.163
Equidad	93.151	90.204	96.487
Estado	7.695	7.067	7.662
Ganadera	72.644	72.934	73.734
Liberty	45.204	48.480	52.776
Previsora	60.693	57.611	58.571
Royal & Sunalliance	14.259	13.833	14.017
Suratep	652.111	633.043	677.487
<b>Total</b>	<b>2.413.194</b>	<b>2.419.159</b>	<b>2.452.429</b>

Datos consolidados hasta el tercer trimestre de 2000. (Fasecolda)

## Número de empresas afiliadas a ARP privadas

ARP	Julio	Agosto	Septiembre
Agrícola	380	429	490
Alfa	1.110	1.128	1.113
Aurora	24	25	25
Bolívar	12.883	13.176	13.543
Colmena	10.058	10.249	10.440
Colpatria	6.638	7.040	7.162
Colseguros	1.466	1.481	1.505
Equidad	21.300	20.337	22.245
Estado	233	241	257
Ganadera	733	773	783
Liberty	509	548	574
Previsora	784	792	868
Royal & Sunalliance	256	258	265
Suratep	8.818	8.916	9.037
<b>Total</b>	<b>65.393</b>	<b>68.307</b>	<b>71.800</b>

Datos consolidados hasta el tercer trimestre de 2000. (Fasecolda)

## Colmena Riesgos Profesionales

# "El sistema de riesgos es para un país de otra época"

Las lesiones por violencia están desangrando al Sistema. Compañías internacionales se niegan a reasegurar el riesgo profesional en Colombia.

Creada por la Fundación Social como compañía de seguros de vida en 1994, Colmena Riesgos Profesionales inició coberturas el primero de febrero de 1995 y es la segunda ARP de Colombia en número de afiliados. Tiene, hasta el segundo semestre del año anterior y según cifras de Fasecolda, 423.755 trabajadores afiliados. Algunas cifras de sus estados financieros, a julio de 2000, revelan que el total de activos ascendió a \$99.541.201.385; el patrimonio se elevó a \$16.846.557.074 y el portafolio de inversiones ascendió a \$71.779.836.538. Cuenta con unas reservas por valor de \$73.575.769.372 para proteger y garantizar el pago de las prestaciones asistenciales y económicas a sus afiliados. El reaseguro con que cuenta es por valor de \$ 84.212.700.000.

Para el doctor Javier Darío Palacio Vélez, Subgerente técnico-médico de Riesgos Profesionales Colmena y Presidente de la Asociación Colombiana de Medicina del Trabajo capítulo Antioquia, existen varios aspectos que es preciso tener en cuenta a la hora de examinar, en un sentido general, la situación de las ARP en un país como Colombia.

• Es cierto que la cobertura no ha aumentado como debería, el movimiento que se ha dado es, más bien, el de una redistribución de los trabajadores afiliados a la ARP del ISS a las ARP privadas, que tienen alternativas atractivas para ofrecerle a los empresarios. Pero la verdad es que el crecimiento en cobertura no supera el 20% o 25% en relación con lo que se tenía antes. En esto influyen muchos factores, entre ellos el hecho de que no se ha reglamentado debidamente la afiliación del trabajador independiente, en un país en el que esta población va en ascenso. Los subempleados, informales, desempleados, quedan sin protección. El Sistema de Salud tiene un régimen subsidiado, pero el de Riesgos Profesionales no y a ellos, por voluntad propia, les queda muy difícil afiliarse. Además, si se fueran a afiliarse con base en un salario mínimo y en una tarifa mínima, sería muy ruinoso para las ARP, pues el riesgo es muy alto y la prima no daría siquiera para los gastos administrativos. Hoy por hoy vincular un trabajador independiente, sin que suceda ningún accidente durante el año de cobertura, deja pérdidas superiores a lo que cotiza. El sector agropecuario, por ejemplo, uno de los que más mano de obra ocupa, por los bajos salarios y por lo disperso de la población, queda sin afiliarse en gran parte.

• Frente al comentario de algunos que consideran excesivos los gastos administrativos de las ARP, el doctor Palacio expresó que eso fue cierto en un comienzo pero, insistió en que se ha logrado un control, al menos en las ARP privadas, llegando a estar a la altura de los parámetros internacionales, es decir por debajo del 16% del monto de la cotización. El sistema fue diseñado para un país de otra época. Hoy por hoy, contrario a lo que la mayoría de las personas creen, las ARP no están dejando márgenes de rentabilidad interesantes. En accidentes de trabajo no se ha disminuido, en estos cinco años, de manera impactante. El problema mayor de las ARP es el de la situación de violencia del país. Los muertos que ocurren por el conflicto social están desangrando al sistema.

• Aparte de los costos sociales que genera, una muerte violenta, los costos económicos para las ARP son enormes. Una pensión puede costarle a una ARP hasta mil millones de pesos, con un agravante, que es la retención de las reaseguradoras internacionales

para reasegurar el riesgo profesional en Colombia.

• Si el país mejora desde el punto de vista social, las ARP sí podrían ser rentables, aunque las ronda siempre el fantasma de la enfermedad profesional, que si se diagnosticara masivamente representaría unos costos altísimos. Uno se pregunta ¿Por qué en el Sistema de Pensiones y en el de Salud, se ha logrado seducir inversión extranjera y en el de riesgos profesionales no? Por todo lo anteriormente dicho.

• El problema general del Sistema de Riesgos Profesionales es el riesgo que representa el país.

• La ley establece que, cuando un trabajador se accidenta, la EPS es quien le debe prestar toda la atención asistencial, pero en la práctica eso, o no se ha dado, o se da con una calidad de atención muchas veces deficiente, que, para ser sinceros, es casi siempre la calidad del POS. Por eso muchas ARP han establecido IPS alternas, propias, para la atención de sus trabajadores, con una calidad de medicina prepagada. La inmensa mayoría de los trabajadores no acuden a su EPS, sino a una red alterna que la ARP ofrece por convenios celebrados con las mejores IPS existentes. La sola falta de oportunidad de la atención, característica en el Sistema de Salud, ocasionaría lesiones más costosas para el trabajador y para la ARP.

• La inestabilidad normativa ha desalentado la inversión extranjera y ha afectado al Sistema.

• Los costos de siniestralidad para la mayoría de las ARP están muy cercanos al 60% de las cotizaciones, el peso grande lo tienen las muertes por violencia social y los accidentes de tránsito, que son muy costosos. Esperamos volver rentable el aseguramiento, pero por ahora no lo es. En la tragedia de Machuca, luego del atentado contra un oleoducto, el 90% de los desplazados los trasladó por vía aérea Colmena, aún sin que fueran sus afiliados, como se comprobó después y esa capacidad de respuesta frente a una emergencia cuesta. Lo mismo que la atención en el exterior, etcétera.

• La promoción y prevención, es cierto, debe mejorar.

• La evasión existe, aunque cada vez los empresarios son más conscientes de que un accidente laboral puede acabar una empresa que esté desprotegida. Pero más que la evasión afecta la mora en la cancelación de los aportes.

• Hay un grado altísimo de desconocimiento en la comunidad médica sobre el Sistema de Riesgos, generando una serie de traumas al paciente y al Sistema. Por ejemplo, el médico está capacitado para emitir el concepto médico frente a una sordera, pero no le corresponde decir que es sordera profesional, pues este concepto debe estar respaldado en estudios ambientales y no conviene hacer un manejo irresponsable o apresurado de la definición de estas enfermedades, que sólo puede hacer un médico del trabajo. También califican la pérdida de capacidad laboral o la invalidez muchas veces irresponsablemente.

• Contrario a lo que piensan muchos, el accidente de trabajo no está tan subregistrado, pero en enfermedad profesional el subregistro sí es alto y en el país no está reglamentado claramente quién y cómo se asumen los costos.

• Existen avances y crece el interés por estos temas, prueba de ello es el éxito de la Semana de la Salud Ocupacional que se organizó, con carácter internacional, en Medellín el año anterior.

Por: Ana Ochoa  
Periodista, Medellín



Se mueve el sector de las Empresas Promotoras de Salud. Una nueva EPS aparece en Bogotá para operar nacionalmente. Se denomina Salud Vida S.A y sus principales accionistas son la Fundación Médico Preventiva para el Bienestar Social, la Clínica Médico Quirúrgica Bogotá, la Clínica Médico Quirúrgica Medellín, Inversiones Silva Roa, Inversiones Roa Arenas.

# EL PULSO

Abril del Año 2001 -

## Debate

ARP deben repensarse

### Rasgos y riesgos de un diálogo puramente financiero

“La actividad preventiva desapareciendo”.

El abandono del trabajo técnico en promoción de la salud y prevención de la enfermedad es uno de los indicadores más contundentes de la irregularidad y la distorsión de sentido existentes en el sistema de riesgos profesionales. El doctor Alejandro Sanín, investigador y docente, miembro del Comité Seccional de la Salud Ocupacional en Antioquia y ex director de la ARP del Seguro Social, expresó a EL PULSO que, a medida que el trabajo técnico pierde espacio, desaparece el único argumento que quedaba para demostrar la importancia de un sistema que, al parecer, está propiciando un diálogo en términos más que todo financieros, en el que, en un sentido general, se pagan unas cotizaciones y se retribuye en servicios. Servicios que, muchas veces, ni siquiera tienen que ver con salud ocupacional. La verdad es que, entre otros aspectos preocupantes, está el bajo desempeño en materia de promoción y prevención. En el Sistema la responsabilidad de la ARP se limita cada vez más a responder por la atención de lesiones, indemnizaciones, etcétera, sin intervenir a fondo en temas de repercusión a largo plazo. Tal vez esto ratifica la hipótesis compartida por muchos de que lo que importa es únicamente hacer una labor de aseguramiento, la cual debe ser atractiva, además, en términos de rentabilidad. La norma dice que el 5% de las cotizaciones tiene que destinarse al diseño de actividades de promoción y prevención, a la investigación, a la generación de modelos... ¿se está haciendo con rigor ese trabajo? El deterioro transcurre de manera progresiva y sin que a nadie “le talle”, pues no falta la empresa que, en épocas de crisis como la actual, tiene otras prioridades antes que hacer este tipo de inversiones; lo mismo que las ARP, muchas de las cuales consideran que este trabajo técnico, además de no hacer falta puede dejarse de lado para ahorrar, de paso, unos dineros... todo esto bajo el **permisivo sistema de vigilancia y control**. El Ministerio de trabajo es laxo, no tiene infraestructura y pretende hacer seguimiento, vigilancia y control con dos inspectores de seguridad. Mientras esta autoridad no se ejerza a cabalidad, las empresas no se comprometerán a tener un programa de salud ocupacional adecuado, ni las ARP se esforzarán por hacer un trabajo con hondura.

¿Qué otros temas aparecen como conflictivos? Haciendo una enumeración general, los siguientes son aspectos de necesario análisis:

- **Disminución de la cobertura:** La población colombiana con un vínculo laboral completo es todos los días menor, el desempleo se incrementa, el trabajador independiente aumenta... las dos vertientes que podrían nutrir la cobertura, no operan. Se trata de la afiliación voluntaria de estos **trabajadores**

- **Independientes y la afiliación obligatoria de los estudiantes en práctica,** que es otro aspecto que se debe evaluar. Además no se han reglamentado, con excepción de los estudiantes de áreas de la salud que entran a hacer sus prácticas en instituciones con convenios docente-asistenciales. Aunque en este punto también se genera controversia, pues ¿quién paga esa afiliación? A las universidades les corresponde asegurar los estudiantes pero muchas de ellas, que viven sólo del costo de las matrículas, deben incrementarlas para hacer esta cobertura y en definitiva es el estudiante quien sale pagando, lo que va en contra de las disposiciones legales que, en teoría, lo eximían de esta obligación.

- Sobre el tema de la afiliación voluntaria de los trabajadores independientes que, como se dijo anteriormente, no se ha dado en las proporciones deseadas, es preciso también revisar la normatividad, reglamentar lo referente a salarios base de cotización; estudiar la manera cómo se establecería la profesionalidad especialmente de los accidentes de trabajo pues, entre otras cosas, el que reporta el accidente es el mismo “empleador” y beneficiario y, en este proceso complejo tal vez se requiera una verificación adicional.

- No se han logrado los propósitos claves del sistema: Incrementar la cobertura, incrementar la equidad en la atención y hacer un uso racional de los recursos existentes. Y es que el sistema de riesgos ni siquiera fue concebido con rigor en la Ley 100. Basta mirar el escueto capítulo tercero para detectar su precariedad. Luego salió un decreto que lo único que modificó fue la competencia, dejando entrar en el negocio a las empresas privadas.

- Se ha birlado la norma que prohibía que las ARP tuviesen **sitios propios para atender accidentes de trabajo**, debido a que existía un sistema de atención externo suficientemente grande para prestar esas atenciones. No obstante, por razones comerciales, a las ARP también les interesa tener su propia infraestructura.

- Existe un **subregistro de la enfermedad profesional**, pero no por que no existan herramientas para hacerse. ¿Cuánta sería la enorme carga financiera que les representaría a las ARP el diagnóstico real de la enfermedad profesional en Colombia? El superávit que algunas han tenido podría convertirse en déficit.

- Los comités seccionales de salud ocupacional y todos los demás **mecanismos participativos** son importantes para el sistema, pues hacen una valiosa asesoría y en muchas ocasiones son motores de importantes proyectos. No siempre funcionan de manera óptima, pero, existen casos en los que se ha cumplido una buena labor.

### Suratep

Hace falta conocimiento por parte de la comunidad empresarial y médica acerca del Sistema de Riesgos Profesionales.

Suratep, según sus directivas, presenta resultados tangibles: 600.000 trabajadores fueron capacitados el año anterior a través del Plan General de Capacitación. Se evitaron accidentes de trabajo a más de 112.000 trabajadores, lo que representa una reducción del riesgo. Se aportaron más de 2'230.000 de días productivos si comparamos con el sistema tradicional. \$ 331.000 millones se le ahorraron a la productividad del país. No obstante, estos resultados positivos se reciben con aceptación, pero también con reserva, en medio de una opinión pública inquieta, entre otras cosas, por las limitaciones evidentes que presenta todo el Sistema de Riesgos Profesionales en un país como Colombia, en el que la cobertura está rezagada, la violencia desgarró la seguridad y la vida laboral y, desde las oficinas se vive y se planea para otro país, prueba de ello es que el trabajo en promoción y prevención está lleno de iniciativas positivas pero fallidas y de propuestas a medio camino.

Suratep es la primera Administradora de Riesgos Profesionales privada del país, con una participación del 27.9% del mercado. Tiene unos 690.096 trabajadores afiliados. Y ha llegado a brindar cobertura en más de mil poblaciones de Colombia. Sus directivas expresaron a EL PULSO que el modelo de intervención de Suratep está orientado a trabajar de manera integral los aspectos preventivos, de atención en salud y la gestión administrativa que debe realizar la empresa frente al Sistema de Riesgos. Los productos de Suratep que apoyan los procesos preventivos tales como el Plan Básico Legal, el Modelo Cero Accidentes y el Plan de Emergencias, se interrelacionan entre sí con los servicios del Laboratorio de Higiene, Cisterna (Centro de Información de Sustancias Químicas, Emergencias y Medio Ambiente), Ariadna (Software en Salud Ocupacional) y Plan General de Capacitación.

La Línea Salvavidas atiende al personal de las empresas frente a cualquier eventualidad, igualmente le ofrece información de los productos y servicios de Suratep las 24 horas del día. El Modelo Integral Suratep ha pretendido, de manera conjunta con la empresa afiliada, obtener resultados efectivos en el desarrollo del Programa de Salud Ocupacional, brindar la atención adecuada a sus empleados y facilitar los procesos administrativos de la empresa, con servicios complementarios como son el Suaporte Virtual, la Orden de Descuento de Incapacidades, la Red Punto de Pago y el Servicio Internet. Insisten sus directivos en que Suratep está calificada con AAA, por la sociedad calificador de riesgos Duff & Phelps por su capacidad de pago de siniestros, lo que significa que se encuentra en capacidad para responder a los compromisos con todos los afiliados; y se hace énfasis en que lo han logrado gracias al manejo prudente y responsable de los recursos y a una disminución importante en la accidentalidad gracias a los programas de prevención.

Así mismo, se hizo énfasis en que Suratep es la única ARP con certificación ISO 9001.

Frente a temas tan controvertidos como el de la cobertura y otros, los siguientes son comentarios que permiten, desde la visión de una ARP, examinar el panorama:

1. **Baja cobertura:** Las cifras generales del sistema demuestran que la cobertura en número de afiliados ha sido creciente desde que empezó a regir la ley 100. No obstante, en Colombia hay cerca de 16 millones de personas como población económicamente activa, pero sólo 4.2 millones están afiliadas al Sistema General de Riesgos. Esto en gran

**No hay registro de la historia laboral en las empresas que son las responsables de proveer información de la existencia o no del riesgo.**

### Violencia y accidentes de tránsito desbordan capacidad de prevención

medida se debe a la informalidad de la economía.

2. **Sin reglamentación trabajadores independientes:** El decreto Ley 1295 del 94 establece en el capítulo 2, artículo 13 parágrafo b, que los trabajadores independientes pueden ser afiliados en forma voluntaria de conformidad con la reglamentación que expida el Gobierno nacional. Reglamentación que hasta la fecha no ha sido expedida lo que impide a las Administradoras dar cobertura a los independientes. No existe una cifra en el sistema que permita tener un cálculo estimado de las personas que se encuentran sin cobertura.

3. **Registro Unico de Aportantes y la importancia de mayor control:** Para el Sistema General de Riesgos Profesionales existen, según lo dispuesto por la Ley, varios órganos de vigilancia y control. La Superintendencia Bancaria, es el ente competente para “el control y vigilancia de las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales, en relación con los niveles de patrimonio, reservas, inversiones, y el control financiero, sin perjuicio de las demás funciones asignadas de manera general a la Superintendencia Bancaria para las labores de inspección y vigilancia respecto de las entidades vigiladas”. Otras instituciones encargadas de la vigilancia y control del Sistema son: la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, que vigila y controla todos los aspectos relacionados con la administración, prevención, atención y control de los riesgos profesionales que adelantan las entidades Administradoras de Riesgos Profesionales y el Ministerio de Salud, que es quien ejerce el control y vigilancia de la prestación de los servicios de salud en los términos establecidos en el Libro II de la Ley 100 de 1993. Seguramente existen algunas empresas que practican la evasión o la elusión de las cotizaciones a los sistemas de la seguridad social, por lo que creemos que un buen control se realizará si el Registro Único de Aportantes RUA es implementado en el país.

**Suratep afirma que, desde 1995 hasta el año 2000, ha logrado reducir la tasa de accidentalidad de sus empresas afiliadas de un 10% a un 4.4%.**

4. **Colombia, país violento y multiplicador de riesgos:** Suratep informó que, desde 1995 hasta el año 2000, ha logrado reducir la tasa de accidentalidad de sus empresas afiliadas de cerca de un 10% a un 4.4%. Estas cifras son comparables a las de países con altos estándares de seguridad. Sin embargo, existe hoy en día una desviación de los niveles de siniestralidad representada en casos relacionados con la violencia y el tránsito. Es importante aclarar que la violencia y, en alguna medida, los accidentes de tránsito, desbordan la capacidad de intervención de las Administradoras de Riesgos Profesionales en actividades de prevención.

5. **Responsabilidades confusas:** A propósito de los accidentes de tránsito, las responsabilidades por la atención son confusas y no falta la pregunta ¿Quién para qué? ¿Hasta dónde va el SOAT, hasta la ARP, y hasta dónde la EPS? ¿Cómo observan ustedes esta confusión, a qué se debe y tienen sugerencias para salir de ella? El problema que se presenta en este punto es básicamente por la falta de información sobre el manejo del SOAT. En la ocurrencia de un accidente de tránsito, en primera instancia, la Ley determina que los costos asistenciales corren por cuenta del SOAT hasta 800 salarios mínimos a partir de los cuales de acuer-

do con el origen del accidente (accidente de trabajo o común) cubrirán el excedente de los costos asistenciales por ARP si es accidente de trabajo o EPS si es común. Por otro lado, las prestaciones económicas por incapacidad que genere el accidente las cubre la ARP si es accidente de trabajo o EPS si es común.

6. **Desconocimiento de la salud ocupacional:** ¿Qué dificultades han encontrado en la relación con las EPS? ¿Existen demoras en la atención u otros tropiezos que les hayan hecho pensar a ustedes en tener una red alterna de atención? ¿Consideran que la comunidad médica conoce debidamente el Sistema de Riesgos Profesionales o en ocasiones, entorpece el proceso, calificando de manera imprudente el origen del evento, etcétera? Estas preguntas tienen un mismo punto de origen. La persona que presenta un accidente de trabajo o una enfermedad profesional llega directamente a ser atendido por una IPS de la red de convenios que tiene Suratep o a la EPS a la que se encuentre afiliado el trabajador. En las IPS hay médicos de alta preparación desde el punto de vista clínico es decir desde la práctica de la medicina general o de sus especialidades, sin embargo la mayoría no contó con entrenamiento en temas de salud ocupacional que les permita orientar la calificación y atención de un accidente de trabajo o enfermedad profesional. Para ello Suratep ha implementado programas de capacitación en riesgos profesionales dirigidos al personal de la salud que labora en las IPS contratadas de manera tal que su labor se facilite al momento de recibir, atender y orientar a los pacientes lesionados como consecuencia de un evento de origen profesional. Esto ha sido de gran aceptación no sólo en el ámbito institucional sino en el ámbito de los trabajadores de la salud quienes se ven enriquecidos al mejorar sus conocimientos, sus resultados en la atención y su relación médico-paciente. Ahora bien, es lógico que en la definición de profesionalidad de los eventos se encuentren discrepancias entre las entidades que cubren uno y otro riesgo, es decir entre ARP y EPS, pero el diálogo ha sido la mejor herramienta para generar las soluciones, que ajustadas a la ley, deben darse a los usuarios. Sin embargo cabe decir que debemos fortalecer espacios como los amigables componedores, que tienen como objetivo encontrar acuerdos ágiles, pero con una argumentación clara desde lo médico y jurídico, acercándonos a nuestro objetivo de trabajo en equipo como integrantes activos de un Sistema de Salud, evitando enfrentamientos desgastantes para el usuario y el Sistema. En cuanto al tema del diagnóstico de la enfermedad profesional en Colombia creemos que estamos en un proceso de ajuste donde existen grandes oportunidades de mejoramiento que cobijan no sólo el área médica sino las definiciones jurídicas y los registros empresariales del factor de riesgo. En el ámbito médico y jurídico debemos resaltar las deficiencias en las historias clínicas, la definición de profesionalidad en enfermedades de origen multicausal, la ausencia de determinación de límites máximos permitidos para ciertos factores como los ergonómicos, entre otros. Entre ausencia de registros de la historia laboral desde las mismas empresas quienes son responsables de proveer la información de la existencia o no del factor de riesgo. Los sectores productivos han cambiado en sus procesos y tecnologías generando cambios en sus mapas de riesgos que no han sido documentados y por lo tanto dificultan la determinación del origen de una enfermedad.

7. **¿ Es rentable un negocio de este tipo en un país como Colombia?** El margen que presenta el sistema como un todo es cercano al 4%. Esto debido principalmente a que Colombia está muy afectado por la violencia y los accidentes de tránsito y esto les genera a las ARP costos que no deberían asumir y que repercuten en sus estados financieros. Las ARP estamos convencidas de que para lograr nuestro gran compromiso social debemos ser rentables para así poder cumplir con la mejor calidad de vida y los ambientes laborales sanos.

### Tasas de siniestralidad, ARP privadas

Año	1995	1996	1997	1998	1999
# de AT*	4.605	36.654	67.367	78.513	93.944
Tasa accidentalidad %	1.87	4.45	4.99	4.57	4.5
#EP	0	32	75	131	288
tasa morbilidad (por C/10000)	0	0.39	0.56	0.76	1.4
# de muertos	8	46	208	229	229
Tasa mortalidad Por C/10000	0.33	0.56	1.54	1.33	1.33
# inválidos	1	7	18	45	70
Tasa de invalidez (por C/10000)	0.04	0.08	0.13	0.26	0.3

Fasecolda AT: Accidentes de trabajo / EP: Enfermedad profesional

## EDITORIAL

## Cartas a la Dirección

### ¡Ni riesgos!

Cuando se habla de seguridad social inmediatamente viene a la mente el tema de la salud. Aunque, en realidad, salud es uno de los tres grandes capítulos de la seguridad social, en el fondo este sesgo tiene sentido, pues tanto lo que está relacionado con pensiones como con riesgos profesionales es del ámbito de la salud.

Considerando concretamente el tema de las empresas Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), que son un próspero negocio, y conocida la existencia de los excedentes que ellas arrojan, cabe preguntarse si en realidad ¿hay una correspondencia entre los aportes que se les hacen a ellas y lo invertido a su vez por ellas en acciones de salud en favor de las empresas aportantes?

Descontado el costo por el riesgo que asumen las ARP por concepto de las indemnizaciones, que es donde debería estar el negocio, y teniendo en cuenta los excedentes que resultan luego de cumplir la tarea en prevención de accidentes de trabajo, asesoraría en mejoramiento de las condiciones laborales, estímulo y refuerzo a actividades sanas, queda flotando en el pensamiento la idea de que el dinero no invertido por ellas en programas, y que por tanto hace parte de sus utilidades, debería retornar al Sistema de Seguridad Social.

Se escucha con frecuencia decir a las empresas que ellas esperan más de las ARP. Cada una tendrá sus propias expectativas, pero en general esperan más acciones y menos propaganda a su favor; más programas y más específicos, con mayor presencia, mayor cooperación y más participación para alcanzar lo deseado; más que un mero seguimiento de indicadores, las empresas quieren ver en las ARP más a un aliado, a un amigo, a un socio con quien desarrollar acciones para que al trabajador, a la propia empresa y a la misma ARP les vaya mejor. Todos quieren ver esto en ellas, más que un ente al cual hay que cotizarle por obligación y a regañadientes rendirle cuentas y cancelarle montos muy importantes sin que se vea que por su propia intervención hay mayor progreso en la calidad de vida laboral, para no contar con el impacto que pudiera lograrse en la calidad de los productos, en eficiencia de la empresa, en los costos y en la generación de desarrollo. Las empresas no quieren seguir asumiendo los riesgos y a la vez pagar por ello, como en algunos casos sucede.

El Sistema de Seguridad Social es joven y en muchos aspectos está por mejorar. Esto es lógico y es natural que suceda, particularmente en un empeño tan grande, que compromete a todo el país y a toda la gente. Sin embargo uno de los aspectos que hay que mirar con detenimiento, es cuál debe ser el destino final de los dineros que le llegan al sistema, específicamente a las ARP, por la vía de los aportes. Los dineros que no son invertidos en salud, creemos firmemente que deben ser propiedad del Sistema y por tanto deben regresar a él, sin perjuicio, por supuesto, de que se evalúe muy juiciosamente la posibilidad de bajar los aportes. Excluyendo el precio del componente de seguro de esta actividad, ella no puede valer más de lo que cueste, ni riesgos.

## Los hospitales públicos de Antioquia

Doctor Jorge Diego Acosta Correa

Médico ESE Hospital San Vicente de Paúl, Caldas, Antioquia

Los hospitales públicos del Departamento de Antioquia viven actualmente una aguda crisis financiera, causada por el desajuste general del Sistema de Seguridad Social en Salud y agravada por el déficit en los recursos departamentales. Déficit que limita drásticamente las atenciones electivas a los usuarios de II y III nivel del Sisbén vinculados y subsidiados.

Cualquiera podría pensar que para superar esta situación, basta con asignar mayores recursos nacionales y recuperar aquellos provenientes de la venta de licores y de los aportes de la Beneficiencia, incrementando a su vez los contratos de las ESE con la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, su mayor pagador de servicios por facturación, puesto que se ha establecido que no habrán más aportes de oferta mediante la firma de convenios de desempeño. Dicho de otra manera, que estamos ante una situación coyuntural que podría resolverse en 3 ó 4 meses con la recuperación de las finanzas departamentales y unos aportes nacionales extraordinarios.

Sin embargo, aunque se requieren mayores aportes, incrementando el monto de contratos, a corto y mediano plazo, el asunto es más complejo y está signado por problemas estructurales, relativos al papel que desempeñan éstas y todas las entidades públicas en el sistema y los mecanismos de contratación estipulados, porque a pesar de haberse realizado varias reestructuraciones

con recortes de personal y de oferta de camas, de los cambios significativos en gestión y administración de las modalidades de contratación, del éxito en varias de ellas en reducir costos y gastos, mejorando la eficiencia y la calidad en su operación (procesos que aún no han culminado y que han tenido un desarrollo desigual) acompañadas de un mercadeo aceptable, en los dos últimos años, el horizonte, en lugar de aclararse, se muestra cada vez más oscuro y se agota la eficacia de las medidas que se han estado tomando para conjurar la crisis renovada.

La transformación de un mayor volumen de usuarios del régimen vinculado al subsidiado y la libertad que se otorgaría para contratar a tarifas inferiores a las del Manual Tarifario, más la centralización de las rentas provenientes de los juegos de azar, agregan mayores dificultades a tan comprometida situación.

Después de muchos ajustes y desajustes va aclarándose que el quid del problema reside en el papel mismo que les están asignando a estas instituciones cuando las colocan en iguales condiciones a cualquier hospital o clínica privada sin que se establezca la diferencia entre el ámbito de lo público y el de los particulares, sus diversas dinámicas, sus diferentes objetivos, fuentes de financiación, poblaciones objeto y modalidades de actuación. Por ello, las ESE compiten entre sí y con las privadas en situación de desventaja según criterios del

Bucaramanga, marzo 12 de 2001

Doctor  
Julio Ernesto Toro Restrepo  
Director Periódico EL PULSO

Cordial saludo

He encontrado en la publicación textos importantes sobre diferentes temas del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Debido a la documentación tan completa que tienen los artículos se han convertido en material de colección para un buen número de personas que, como yo, estudiamos alguna profesión del área de la salud. ¿Es posible conseguir números anteriores? Entiendo que se publicó un especial sobre el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Ese número en particular me interesa. Espero que me puedan colaborar. Dejo mis datos personales para hacer contacto con ustedes. Mil gracias y ánimo con tan valiosa labor.

Atentamente, Juan Carlos Serrano

Bogotá, marzo 3 de 2001

Doctor  
Julio Ernesto Toro Restrepo  
Director Periódico EL PULSO

Un cordial saludo. Me complace felicitarlo por la calidad y seriedad de la publicación y el manejo de los temas.

Conoci un número dedicado al tema de salud mental, de septiembre del año anterior. Estamos interesados en divulgarlo en el Ministerio de Salud entre las direcciones generales que tienen competencia sobre el tema.

Me gustaría que nos facilitaran algunos ejemplares de ese número y, por otra parte, desearía estudiar con ustedes la posibilidad de que nos envíen la publicación a este despsacho.

Atentamente Sofya Gutiérrez Matallana  
Profesional especializada. Despacho Viceministro de Salud

## Metrosalud se está muriendo

Hace tres años, cuando iniciaba su mandato el Alcalde Juan Gómez Martínez, se presenció en Medellín un intenso y prolongado debate sobre el futuro de la Empresa Social del Estado Metrosalud. La iniciativa del Alcalde, presentada al Concejo Municipal como el recordado proyecto de acuerdo 13 de 1998, buscaba la división de Metrosalud en diez o varias ESE, estrategia que fue sostenida con mucho ahínco por el secretario de salud de turno y contó con el apoyo oportunista de algunos concejales y de una firma privada que puso en juego su ética y prestigio con un estudio cuyos resultados no resistieron prueba técnica.

En aquella ocasión presenté una reflexión académica, *Metrosalud: ¿mejor 10 que 1?*, atendiendo así la invitación de los concejales encargados de tramitar el proyecto y planteando algunos interrogantes y cuestiones económicas e institucionales para orientar el debate, los mismos que tuve la oportunidad de abordar con mayor profundidad al ejercer el cargo de jefe de planeación de la ESE durante quince meses. Al concluir esa experiencia, en octubre de 1999, expuse con plena convicción y lamentando el trasfondo político y los intereses económicos en juego que era *mejor uno que diez*.

Pero al mismo tiempo que argumenté las bondades de la unidad de empresa, llamé la atención sobre la necesidad de emprender ajustes institucionales y fortalecer la gestión en torno a las variables de mayor impacto determinadas por el entorno y

sobre las cuales descansa la sostenibilidad de la ESE. Era consciente de que se requerían grandes esfuerzos y compromisos de muchos agentes involucrados, en especial del sector político, los empleados y los gremios y asociaciones que los representan, al mismo tiempo que era necesario persistir en cambios sobre la cultura organizacional y la red de servicios.

Sin embargo, hoy se renueva el debate sobre el futuro de Metrosalud y ahora el problema no es de número o escogencia múltiple sino de probabilidad: uno o cero, vida o muerte. En realidad, la pasada administración lanzó una cortina de humo que dejó suspendida la transformación y dejó en interinidad la dirección de la ESE durante varios meses, ubicando al final un gerente que se recordará por el caos y la falta de gestión en que ella quedó sumida. De manera que el Alcalde Luis Pérez Gutiérrez recibe la ESE en unas condiciones críticas, pero es importante llamar la atención de que no se muestran señales claras sobre el tratamiento que en general dará a la salud en la ciudad.

*¡Metrosalud se está muriendo!* de manera prematura y por causas prevenibles. Su cerebro está agotado y emite señales que hacen divagar al moribundo, lo cual resulta de la alta rotación, la fragmentación y los vínculos políticos de su cuerpo directivo, conformado en la mayoría de los casos por personas sin el perfil adecuado a las exigencias de la ESE y quienes responden a intereses distintos a los de la misma. Es lamentable que el sistema político local siga ocasionando traumas severos con la presencia o permanencia de personas que no le hacen bien a la ESE, bien por negligencia y falta de preparación, o bien porque su misión podría estar dirigida en forma directa a menguar las capacidades de respuesta del paciente. Podría entonces decretarse una muerte cerebral.

La presión arterial y otros signos vitales también presentan serias dificultades y agravan la situación anterior anunciando la ocurrencia de infartos sucesivos. En efecto, los flujos de información, insumos y recursos al interior de la ESE ocasionan un serio colapso que amenaza la continuidad en la prestación de servicios. Además, las extremidades del paciente no presentan ningún movimiento y dan cuenta de una semiparálisis en las unidades hospitalarias y los centros de salud.

Por último, un asunto dramático que debe preocupar más a los médicos, si es que este paciente tiene quién lo atienda, se refiere a la ausencia de reflejos: no hay respuesta a la serie de estímulos que se transmiten y es así como cada uno de los funcionarios y usuarios de los servicios están echados a su propia suerte. Parece pues que no hay salvación y en cualquier momento desaparecerán por completo los signos vitales o, en todo caso, permanecerá la muerte cerebral por mucho tiempo.

En medio de esta situación, me resisto a creer que el paciente desee la eutanasia y creo que más bien realiza una lucha muy fuerte por recuperarse. Sin embargo, se requieren varias medicinas e intervenciones para sobrevivir, las cuales esbozo a continuación en torno a tres conjuntos de especialidades:

**Cambio institucional.** Para permitir el funcionamiento de Metrosalud y su permanencia en mejores condiciones a las actuales, se requiere un acuerdo institucional al cual concurre de manera especial el sector político de la ciudad y se rescate el buen sentido de lo público, de manera que se establezcan restricciones que impidan la inestabilidad y el manejo caprichoso de la ESE. Dentro de los puntos para alcanzar este acuerdo que sería liderado por la Alcaldía, destaco:

-Recomposición de la Junta Directiva, con una revisión del perfil de sus miembros y eliminando la participación del secretario de salud, quien debe especializarse como comprador de la ESE y en tal sentido no es conveniente que participe en este organismo máximo.

-Otorgar y poner en práctica mayores funciones a la Junta Directiva, relacionadas con las líneas de autoridad y el flujo de recursos, como sería el caso de la elección de directores de las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud -UPSS-. Estos, por su parte, contarían con mayor autonomía en cuanto a personal y presupuesto, con un organismo asesor conformado por empleados técnicos y un representante de la comunidad.

-Elección de gerente con absoluta transparencia, exponiendo las propuestas de gestión de los candidatos a través de un foro abierto y evaluando periódicamente la opción seleccionada para definir su permanencia en la ESE.

-Definir unos perfiles muy exigentes y formas de ascenso para ocupar los cargos directivos, los cuales deben agruparse en cuatro áreas: planeación, subdirección científica, jurídica y administrativa.

-Conformar el consejo técnico, conformado por directivos y los directores de UPSS, organismo que tendría a su cargo la definición de algunas normas y planes y daría debates y estudios previos a los asuntos más trascendentales de los que debe ocuparse la Junta Directiva.

-Por último, este acuerdo estaría impulsado por la capitalización de la ESE y la definición de compromisos de gestión muy claros para los próximos tres años, incluyendo en ellos una adecuada reestructuración corporativa y de la red de servicios, iniciando inmediatamente con la serie de decisiones aplazadas en este frente.

**Acuerdo laboral.** Los empleados y las diversas organizaciones que los acompañan, en especial las asociaciones médicas y el sindicato, pueden hacer mucho para salvar a la ESE

Jairo Humberto Restrepo

Economista. Director del Centro de Investigaciones Económicas de la U de A.

y para ello es necesario admitir que en buena parte se están pagando las consecuencias del populismo practicado en 1995 mediante un aumento de salarios que ahora no puede sostenerse, de manera que la estabilidad laboral puede lograrse a cambio de menores remuneraciones. Dentro de las opciones a considerar destaco especialmente:

-La concertación de salarios para los próximos tres años, pactando mediante convención aumentos inferiores a la inflación (0% en 2001, 4% en 2002, 6% o IPC en 2003) acompañados de bonificaciones para compensar la pérdida de poder adquisitivo.

-Definición de escala de salarios para asignar remuneración inferior a empleados nuevos, en función de su formación y experiencia, con aumentos anuales basados en su antigüedad y productividad.

-Reducción parcial de las prestaciones no consagradas en la ley, parte de cuyo ahorro conformaría un fondo especial para capacitación.

**Ciudadanía.** Otro sector sobre el cual descansa la posibilidad de revivir a Metrosalud está representado en las comunidades que reciben sus servicios. Aunque puede argumentarse que estas solamente demandan una buena atención y ello puede lograrse a menores costos contratando con una red privada, es importante tener presente que esta opción solo se ocupa de los servicios rentables desde el punto de vista económico y no ofrece las facilidades de la red pública para legitimar la acción estatal. En consecuencia, es importante llamar la atención de las comunidades para obrar en torno a dos acciones fundamentales: por una parte, apoyar a la ESE en la búsqueda de recursos y en los cambios necesarios en cuanto a la organización de la red de servicios; y, por la otra, ejercer un control social riguroso que, además de garantizar el derecho a la atención, propicie la prestación de los servicios en condiciones de eficiencia y con calidad.

Estas ideas constituyen un aporte para pensar la crisis actual y no perder el horizonte, aprovechando siempre las enormes oportunidades que ofrece Metrosalud y considerando que como empresa social cumple dos papeles que deben ser armónicos: por un lado, es un mecanismo especial para garantizar el acceso de la población pobre a los servicios de salud y, por el otro, es una empresa pública que debe operar en condiciones de eficiencia y ofrecer una rentabilidad social. Cada aspecto merece ser ampliado, discutido y complementado con la serie de propuestas que se encuentran en la mente de cada una de las personas involucradas y en los ciudadanos independientes que se preocupan en general por mejorar las condiciones de vida en la ciudad.

La genética hace resonar de nuevo los ecos de la historia científica. España, con su reconocido Museo de las Ciencias Príncipe Felipe de Valencia, vuelve sobre los pasos del Premio Nobel de Medicina en 1959, Severo Ochoa, quien descubrió la enzima PNPAsa, con la que se contribuyó a descifrar el código genético. La herencia científica de su trabajo se hace sentir en el Centro de Biología Molecular que lleva su nombre. Entre historias de su época de andanzas con Lorca, Buñuel y Dalí, revive la fascinante personalidad de quien efectuó estudios de la síntesis extracelular de RNA, la química de la contracción muscular y el papel de la vitamina B1 en el metabolismo cerebral, entre otros.

## Administradoras de Riesgos Profesionales

**“Una enfermedad mortal para las empresas es el costo excesivo de la atención médica”**

Edward Deming

Para el doctor Nicolás Duque, director del Departamento de Salud Ocupacional de Sofasa, es importante aclarar que un departamento de salud ocupacional en una empresa tiene como prioridad la prevención y no sólo la atención médica de los pacientes. Podríamos decir, agregó, que los factores críticos de éxito o de evaluación de un departamento de salud ocupacional son la prevención de enfermedades de origen profesional, la prevención de accidentes de trabajo, la reducción de los índices de ausentismo por enfermedad común, el cumplimiento de la legislación en materia de salud ocupacional y la prestación de un servicio adecuado y oportuno. Todo lo anterior está estrechamente relacionado con la productividad de la empresa. A manera de ejemplo: un ausentismo elevado por accidentes o enfermedades puede llevar a que una producción no se entregue a tiempo a un cliente, o se ve afectada la calidad del producto al tener que reemplazar una persona enferma que sea experta en algún oficio específico por otro no tan experto... de ahí que la buena o mala gestión en salud ocupacional puede afectar la competitividad de las empresas en un mundo globalizado y como lo decía Edwards Deming -pionero de la calidad, que revitalizó la industria japonesa- «una de las siete enfermedades mortales de las empresas son los costos excesivos de la atención médica de los empleados».

Para dar cumplimiento o intervenir esos factores críticos de éxito, es necesario desarrollar diferentes actividades o programas, dependiendo de los factores de riesgo (físicos, químicos, de carga física, movimientos repetitivos, factores psicosociales, eléctricos, etcétera) de la empresa, que se determinan a través de un panorama de riesgos y de las condiciones de salud de la población trabajadora.

### La calificación del origen del evento y otros tropiezos:

Aunque no se puede generalizar, desafortunadamente, existe un desconocimiento de la comunidad médica en el tema de riesgos profesionales y en la calificación del origen del evento sea enfermedad profesional o accidente de trabajo. Esto tiene que ver, entre otras causas, con la formación de algunas facultades de medicina, que no tienen dentro de su pênsum el tema de la medicina laboral o del trabajo o la prevención de riesgos ocupacionales. Algunas EPS e IPS, a su vez, no poseen como política el entrenamiento y la capacitación a su personal médico sobre el diagnóstico de la enfermedad profesional. Persiste dentro de la cultura de no pocos médicos, la prioridad de la atención y manejo de la enfermedad más no de la prevención y le restan importancia o desconocen el origen de las enfermedades o accidentes ocupacionales. Todavía se considera que la prevención es para los salubristas y epidemiólogos. A manera de ejemplo: una fractura de cadera es muy buena para un ortopedista porque le genera ingresos, pero muy mala para una empresa, para una persona o para el mismo Sistema de Seguridad Social, por los costos directos e indirectos de tipo económico que genera una persona incapacitada.

Este desconocimiento obviamente afecta al empleado, porque lo confunde en el origen de su enfermedad y, en muchos casos, lo previene contra la empresa o la

## Visión desde una empresa

profesional en Colombia, comparado con otros países que tienen mejor infraestructura en riesgos profesionales ¿Por qué? Por lo mencionado anteriormente con respecto a la formación del personal de salud, las EPS, IPS y las ARP. Es claro que a varias entidades involucradas en el Sistema de Riesgos Profesionales no les interesa el diagnóstico de la enfermedad profesional. Considero sin embargo que no se debe seguir buscando las consecuencias (enfermedad profesional) de la exposición a los riesgos ocupacionales, se debe más bien, en mi opinión, fortalecer las disciplinas de higiene y seguridad industrial o ergonomía que buscan la prevención, el control o la atenuación de los factores de riesgo para que no aparezca la enfermedad profesional y «desmedicalizar», si se puede llamar así, los riesgos profesionales. Por ejemplo son muchos los interesados en la atención de una lumbalgia como enfermedad profesional: el médico general, el ortopedista, el fisiatra... pero pocos los interesados en los aspectos ergonómicos que pudieran evitar esta enfermedad. Igualmente debemos fortalecer el pênsum de las facultades de administración e ingeniería en prevención de riesgos, control total de pérdidas, ergonomía... pues estos profesionales serán los encargados del manejo de los procesos productivos o de servicios en las empresas.

### Las cuentas, las responsabilidades y demás puntos de controversia

Es claro que los gastos de atención, rehabilitación y pago de incapacidades e indemnizaciones de la enfermedad profesional y el accidente de trabajo los asume la ARP y los de la enfermedad común la EPS, la dificultad se presenta en la calificación del origen o si existe la combinación de las dos enfermedades relacionadas en un solo órgano. Considero que algunas ARP, han instalado su propia infraestructura de atención en salud, debido a dificultades de diferente índole en la atención por parte de las IPS o EPS como son:

- La diversidad de EPS atomiza la atención y el control administrativo.
- No hay criterios claros en la calificación del origen de la EP (Enfermedad Profesional) o el AT (Accidente de Trabajo)
- No existe el personal profesional especialista requerido en todas las IPS
- No hay protocolos estandarizados de manejo para algunas patologías por todas las EPS que garanticen un adecuado tratamiento (medicina basada en la evidencia)

• No se hace en algunas EPS seguimiento a las incapacidades o a la rehabilitación de las personas, para que retornen rápidamente al trabajo.

### Entre el control y el descontrol

La labor del Ministerio de Trabajo ha sido importante y actualmente con su política de protección de la salud al trabajador, desea darle un manejo más integral a la gestión en riesgos profesionales, en donde intervienen las ARP, las universidades, los gremios empresariales y los mismos trabajadores. Sin embargo merece revisarse la reglamentación, que no existe, para la evaluación de los programas de salud ocupacional en las empresas, con el fin variar la tasa de cotización por riesgos profesionales al Sistema. Esto es un seguro en donde el que no haga gestión adecuada en prevención de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, debe pagar un monto mayor al Sistema, y el que muestre resultados en la prevención de los riesgos, pague menos. Empresas como Sofasa, EEEP de Medellín, Coltejer, Fabricato, Cerveceria Unión, Andercol y otras que vienen mostrando una buena gestión en salud ocupacional, pagan lo mismo en su clase de riesgo que las empresas que hacen escaso o poco tipo de control de sus riesgos ocupacionales. Esto no es justo y desestimula muchas veces al empresario, que esta comprometido con la salud ocupacional, porque de una u otra manera no beneficia sus estados financieros.

En términos generales la tendencia mundial en éste momento, es administrar la salud ocupacional con estándares a través de las normas British Standar 8800 o las OHSAS 18001, igualmente como se hace la gestión de la calidad a través de las normas ISO 9000 o la gestión ambiental con las normas ISO 14000, en donde debe existir como primera medida un compromiso de la gerencia, una política, un sistema de organización, planeación e implementación, seguido por una verificación y auditoría de la gestión en riesgos profesionales.

**“Empresas que vienen mostrando una buena gestión en salud ocupacional, pagan lo mismo en su clase de riesgo que las empresas que hacen escaso o poco control de sus riesgos ocupacionales. Esto es injusto y desestimula.”**



Foto: Muricio Gómez

**“A varias entidades involucradas en el Sistema de Riesgos Profesionales no les interesa el diagnóstico de la enfermedad profesional”.**

## Fundación Santa Fe de Bogotá

## Afiliación de practicantes no admite tregua

El doctor José Navas, director de la División de Educación de la Fundación Santa Fe de Bogotá, entidad privada que funciona en Colombia desde 1972, manifestó a EL PULSO la necesidad de comprometer al sector de la salud con la afiliación rigurosa de los estudiantes de práctica a la protección en riesgos profesionales, debido a la constante exposición a que se ven sometidas estas personas. El caso de la fundación Santa Fe, agregó, es uno de los muchos ejemplos que demuestran la importancia de contar con el respaldo de las universidades para hacer este cubrimiento. Sólo por convenios docente-asistenciales rotaron en la Fundación, durante el año anterior, alrededor de 250 profesionales. Preocupa también la problemática desprotección de aquellos que tienen vínculos con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, no por contrato sino por honorarios. ¿Estarán debidamente protegidos? La formación de cooperativas de profesionales es un buen recurso para que estas personas no queden en el aire. Un avance general en protección debe darse sin vacilaciones y no sólo en el área de prácticas en la salud sino en todas, afirmó a su vez el director de Salud Comunitaria del Hospital, doctor Eduardo Rincón. Como docente que es de seguridad social en Universidades como la Javeriana, El Bosque y el Rosario, insistió también en la necesidad de formar a los estudiantes de todas las profesiones en materia de deberes y derechos y sugirió, además, examinar con detalle algunos aspectos conflictivos del sistema, entre ellos:

• El no reporte de riesgos de trabajo o accidentes profesionales por parte de algunas empresas.

• Los períodos de carencia.

• La desinformación de las empresas.

• La definición de qué es y qué no es un accidente de trabajo.

En el departamento de Facturación de la Fundación Santafé, la doctora Marleny Gutiérrez expresó que, cuando no hay claridad sobre las responsabilidades en el pago, la IPS resulta muy afectada porque, un sólo paciente que llegue a la Fundación representa costos generalmente altos. Agregó que todo es más complejo cuando el usuario no viene a la consulta con la documentación que certifica su accidente de trabajo y, si queda clasificado como un accidente o enfermedad corriente, la EPS se ve en problemas para hacer el recobro. La determinación de responsabilidades es particularmente dispendiosa con los accidentes de tránsito, pues llegar a una conclusión clara sobre los pagos, aceptada por todos los responsables, no es nada fácil.

## La percepción de los trabajadores

## El énfasis está en el NO

Para la doctora Carmen Pico, directora del programa Salud-Trabajo de la ONG Escuela Nacional Sindical, son numerosas las negociaciones que se le hacen al trabajador en materia de protección de riesgos profesionales. Los siguientes son aspectos de necesaria reflexión:

1. El sistema de riesgos profesionales se centra en la administración de los recursos, en el aseguramiento del accidente de trabajo y enfermedad profesional y hace muy poco énfasis en la promoción y prevención.

2. El aumento de cobertura es muy pobre, cerca de tres cuartas partes de los trabajadores y trabajadoras de este país están excluidos del Sistema. Sólo están protegidos o asegurados los empleados del sector formal, en especial los de la gran industria, porque en la pequeña industria la desprotección es grande y ni qué decir del sector informal que queda totalmente por fuera. Resultan muy afectados, por ejemplo, los trabajadores rurales y del área agroindustrial, en regiones como Urabá; así como numerosos trabajadores de la construcción.

3. La evasión de los aportes por parte de los empleadores es significativa. De otro lado, a diferencia de lo que ocurre con el Sistema de Salud, en el Sistema de Riesgos Profesionales no existe la solidaridad para los que no puedan acceder voluntariamente al sistema. Y la solidaridad es fundamento esencial de la seguridad social.

4. La escogencia de la ARP sigue siendo decisión del empleador y muchas veces los dueños de las grandes empresas son los mismos que los de las ARP. Estos resultan entonces ser juez y parte,

teniendo control total del Sistema. Así, las ARP y las empresas muchas veces ocultan los problemas o los subvaloran, para evitar contratiempos o choques entre ellos. Esto puede atentar contra la calidad del aseguramiento.

La eficiencia en la administración de los recursos este cuestionada, también por los altos costos que las ARP tienen en publicidad, mercadeo y administración.

Cada vez es menor el reporte de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, pero no porque no existan, sino porque no hay registro. Esto sobrecarga el sistema de salud, porque las enfermedades profesionales quedan clasificadas como comunes, sin cargo a las ARP. Por eso es que, como ocurre en el Seguro Social, el único negocio que funciona es el de la ARP, mientras que el de salud no se recupera.

Es problemático que la ley sea tan vaga pues, como el aseguramiento es un negocio, permite que muchas veces importe la rentabilidad únicamente.

No conviene que la ARP decida qué es y qué no es enfermedad profesional, a la vez califica el evento y al mismo tiempo lo paga.

El Área Salud - Trabajo de la Escuela Nacional Sindical, promueve un replanteamiento, desde la visión del trabajador, de la concepción general de salud-enfermedad, pues el criterio médico tradicional debe analizarse ya que no siempre es el único que aporta. La Escuela afirma tener esfuerzos valiosos, a pesar de las dificultades de un país en el que sólo el 6% de la población laboral está sindicalizada.

La Organización Andina de Salud, conformada en 1971 en la ciudad de Lima con un claro objetivo integracionista de los países de la región, tendrá como nuevo director ejecutivo, desde abril del año 2001 hasta el año 2003, al Ex viceministro de Salud, doctor Mauricio Alberto Bustamante, quien renunció a su actual cargo. De los principales proyectos de cooperación entre los países del área andina se destacan las alianzas estratégicas para el impulso de la investigación, el desarrollo de la telemedicina, el fortalecimiento del área de comunicación y salud, la puesta en marcha de un banco virtual de políticas saludables y la integración e intercambio de experiencias en las reformas al sector salud.



## Central Unitaria de Trabajadores

### Aportes de la CUT para construir una política de salud y trabajo

# Los dineros de la seguridad social son recursos públicos

El Departamento de Recursos Naturales, Medio Ambiente y Seguridad Social de la CUT compartió con EL PULSO los siguientes aportes para construir una política nueva sobre el tema, enfatizando además en el establecimiento del día 28 de julio como Día Nacional de la Salud de los Trabajadores, en recordatorio de la muerte de más de 72 trabajadores en los túneles de la represa del Guavio.

Los siguientes son apartes de sus reflexiones:

#### La situación de los trabajadores en Colombia

La salud en el trabajo no está representada únicamente por las enfermedades profesionales y accidentes de trabajo que pueden presentar los empleados de empresas del sector formal de la economía. Es necesario ampliar la mirada al análisis del comportamiento de los procesos productivos como determinantes de la salud-enfermedad, dentro y fuera de las empresas. Por eso, al hablar de la situación de salud de los trabajadores y trabajadoras es necesario abordar los problemas de desempleo y subempleo, junto con las condiciones de trabajo y salud en las empresas. Así mismo, es importante considerar el impacto de la violencia del país sobre la salud laboral, así como las implicaciones de la internacionalización de la economía en este campo.

#### 1. La salud de los desocupados

Uno de los problemas críticos es el de la desocupación. En el manejo de las cifras oficiales se suele omitir la forma en que se considera el desempleo, el cual se refiere a aquellas personas que en el período en estudio no participaron en ninguna actividad productiva, refiriéndose más bien a los desocupados. Por lo tanto los trabajadores del sector informal, no son considerados desempleados a pesar de no tener un empleo como tal. La cuantificación del fenómeno de desempleo tendría un incremento considerable si incorporaran todos los que carecen de la protección que la institución emplea en las sociedades occidentales, y que no se refiere únicamente al ingreso.

#### 2. La Salud laboral de los trabajadores informales e independientes

La precariedad del desarrollo de los procesos productivos formales en el país ha llevado a que un número importante de personas busque el autoempleo. Este fenómeno se ve reforzado por las políticas de flexibilización laboral de las dos últimas dé-

cadadas, que ha expulsado a miles de trabajadores de las empresas formales, incentivando la subcontratación y el trabajo a término fijo. Las condiciones más difíciles se presentan en las unidades productivas informales, caracterizadas por carecer casi por completo de capital, vincular como principal fuerza de trabajo al grupo familiar y ocasionalmente a un grupo reducido de empleados, desarrollar sus actividades por fuera de la normatividad vigente, en sitios poco adecuados, sin horarios establecidos, ni mínimas condiciones de protección frente a los factores de riesgo para la salud. Esto no ha tenido la atención que merece. Hasta el momento es un grupo de población excluida del Sistema General de Riesgos Profesionales, frente al cual se ha previsto desarrollar acciones desde el sector salud a través de los Planes de Atención Básica.

#### 3. La salud en el trabajo del sector formal de la economía

Las principales acciones para intervenir la salud laboral se concentran en el sector formal de la economía. Se espera que, al menos en este ámbito, el reconocimiento de la situación y la respuesta adecuada existiesen. En forma breve esta es la situación de la salud en este sector.

- *Perfiles de factores de riesgo:* La caracterización del desarrollo de los procesos productivos ha sido poco estudiada en el país, si bien es importante resaltar estudios adelantados por sindicatos y empresarios con el apoyo de la Administradora de Riesgos Profesionales del Instituto de Seguros Sociales y el Ministerio de Trabajo. En el sector primario de la economía, las actividades agrícolas presentan una polarización entre una gran cantidad de campesinos cuyos problemas de salud han sido poco reconocidos e intervenidos y un sector agroindustrial dedicado principalmente a la exportación, en el que se han desarrollado mayores acciones. Los principales problemas detectados se relacionan con el uso del cuerpo y la presencia de contaminantes del ambiente. La minería presenta un comportamiento similar, con unas pocas empresas de gran tamaño y orientadas a la producción de minerales para el mercado internacional en el campo del carbón, el ferroniquel y el oro, y una gran cantidad de empresas de mediano y pequeño tamaño, con poco desarrollo de las medidas de seguridad y salud en el trabajo. Hay mínimos estudios en el campo pecuario y forestal.

En el sector secundario se reconocen empresas vinculadas a multinacionales, en donde se cuenta con algún desarrollo de la gestión en salud ocupacional. Hay estudios en sectores como el metalmeccánico, textil, construcción y petroquímico. Se

puede considerar que la incorporación de nuevas tecnologías en la producción industrial viene siendo limitada, y que el factor de riesgo que sigue predominando es el ruido, ligado a la proliferación de maquinaria electromecánica. Sin embargo, se carece de un estudio nacional que establezca la dimensión del problema.

El sector terciario de la economía ha crecido en las últimas décadas, y ha contado con una incorporación heterogénea de nuevas tecnologías y cambios organizacionales. Los sectores de comunicaciones y bancarios son los más representativos de estos cambios. A pesar de que se detectan diversos problemas que afectan la salud, los referentes a la carga mental son los predominantes.

En general, a pesar de concentrar la mayor parte de recursos económicos y humanos en salud laboral, el sector formal carece de un análisis de perfil de factores de riesgo en el país.

- *Perfil de daños a la salud:* El diagnóstico de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo en el país ha sido considerado bajo por el Ministerio de Salud, tanto por problemas de capacidad de los profesionales, como por desconocimiento de empresarios y trabajadores de la importancia de la calificación del origen de estos daños. Los esfuerzos normativos recientes por incentivar un mejor diagnóstico del origen de los eventos todavía no refleja un aumento de la capacidad de diagnóstico del problema. Esta situación es más dramática si se tiene en cuenta que los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales no son los únicos daños a la salud que se debieran estudiar, siendo necesario ampliar la mirada a la enfermedad general ligada con el trabajo y al desgaste en la salud por condiciones de trabajo deteriorantes.

La ausencia de un sistema de información en salud laboral y el poco desarrollo de los programas de vigilancia epidemiológica, contribuyen al desconocimiento del perfil de salud de los trabajadores y trabajadoras colombianos.

#### 4. El impacto de la violencia en la salud de los trabajadores

Resulta importante incluir la violencia como determinante de la salud, dado que el escalamiento de la guerra afecta al conjunto de la sociedad al punto de convertirse en el principal problema de salud pública. El análisis de la manera cómo los problemas de violencia están afectando la salud laboral ha sido poco abordado, si bien se puede registrar un interés del sector asegurador privado por presionar cambios en la normatividad conducentes a reducir derechos a los trabajadores y familiares afectados por la violencia. Se requiere no sólo la voluntad de los sectores sociales por superar la actual situación de conflicto interno, sino también cimentar una paz duradera sobre el aporte a la justicia social, para lo cual la seguridad social debe dejar de ser un negocio y cumplir su verdadera función social.

#### 5. La salud en el trabajo y los procesos de globalización

El impacto de la apertura económica sobre la producción nacional ha sido devastador, en términos de cierre de empresas y crisis de los sobrevivientes, con los consecuentes procesos de reestructuración para disminuir costos. Además de contribuir a la desocupación y el subempleo, la participación del país en la internacionalización de la economía conlleva el deterioro de las condiciones de trabajo para el conjunto de la población trabajadora. Adicionalmente, el impulso de zonas especiales para incentivar la inversión extranjera, debilita el poco control ejercido por el Estado en este campo.

Es necesario reconocer que simultáneamente se presentan algunas oportunidades para incentivar la salud laboral, con base en el desarrollo del sistema de normas internacionales en los campos de calidad (ISO 9000), producción limpia (ISO 14000) y salud ocupacional (ISO 18000), así como en el impulso a códigos de conducta y sellos de calidad, que buscan presionar desde los consumidores del norte una mayor responsabilidad de empresas (especialmente multinacionales) frente a los impactos de su producción en los países del sur, tanto en aspectos ambientales, como sociales y laborales.

#### La respuesta social a la problemática de la salud en el trabajo

Esta respuesta ha atravesado diferentes etapas, siendo inicialmente desconocido el derecho de los trabajadores a gozar de un ambiente de trabajo sano así como el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales cuando se presentan daños a la salud derivados de las condiciones de trabajo. El Código Sustantivo de Trabajo y la organización del seguro social obligatorio de riesgos profesionales en el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, son piedras angulares para garantizar la cobertura de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, complementadas con la reglamentación en materia de salud ocupacional a partir de la Ley 9ª de 1979. Sin embargo, todavía estamos distantes de contar con un marco normativo adecuado y unas políticas precisas en el campo de la salud laboral. La promulgación de la Ley 100 de 1993 y el Decreto Ley 1295 significan la puesta en marcha del Sistema General de Riesgos Profesionales, que por momentos ha llevado a equívocos en relación con la protección de la salud en el trabajo, al confundir el sistema de aseguramiento con las medidas de control necesarias para proteger la salud en el trabajo.

Hoy el énfasis está más en la organización del mercado de aseguramiento que en la protección de la vida y la salud de los trabajadores, colocando un precio a la misma en el marco de un negocio. Para los trabajadores es claro que la vida y la salud no tienen precio y no se venden, por lo que es urgente revisar las bases del modelo de Seguridad Social de Riesgos Profesionales, y recuperar la integralidad de las acciones de control de factores de riesgo y atención a la salud de los trabajadores como acción de salud pública bajo responsabilidad de patronos, Estado y trabajadores, eliminando la intermediación financiera que no sólo ocasiona un gasto inoficioso, sino que desdibuja las responsabilidades de los actores de la seguridad social.

La actual organización no garantiza los principios constitucionales de **universalidad, solidaridad y eficiencia** en materia de seguridad social en riesgos profesionales. En relación con la universalidad, se encuentra excluida del aseguramiento en riesgos profesionales cerca de las tres cuartas partes de la población trabajadora en el país, tanto por elusión de algunos patronos, como por falta de reglamentación para la vinculación de trabajadores independientes e informales. La solidaridad no se encuentra prevista para los riesgos profesionales, especialmente en relación con el apoyo a los sectores sin capacidad de pago para ingresar al Sistema. La **eficiencia** también se encuentra cuestionada, debido a los altos costos en propaganda y administración en que deben incurrir las ARP para competir en el mercado.

A esto se podrían añadir otros problemas en el ámbito de la **equidad, la calidad, la integralidad y la participación** en el Sistema General de Riesgos Profesionales. Los problemas de equidad se evidencian en la distribución desigual de los recursos del Sistema entre los sectores público y privado, en cuanto el Instituto de Seguros Sociales a pesar de contar con el 60% de los trabajadores afiliados y el 93% de las empresas, recibe tan solo el 52% de las cotizaciones. Igualmente en el pago de siniestralidades, sobre el ISS recae el 78% de las mismas. En relación con la calidad, el Sistema General de Riesgos Profesionales carece de información adecuada y se ha documentado un claro subregistro de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo que incluso ha tendido a aumentar con la puesta en marcha de las ARP privadas. La calidad también está cuestionada en este Sistema, vista a partir de la falta de integralidad de las acciones de educación, información, fomento, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Se carece de una clara política de **promoción y prevención** en materia de salud en el trabajo. No se ha aprobado el Plan Nacional de Salud Ocupacional y las acciones en esta materia por parte de las ARP carecen de vigilancia y control adecuados. Frente a la participación en el Sistema, las pocas investigaciones hechas en relación con los Comi-

tés Paritarios de Salud Ocupacional, dan cuenta de la mínima operatividad de la mayor parte de los mismos. Los Comités Locales, Seccionales y Nacional, han tenido un papel limitado, dado el escaso respaldo y orientación a su labor. El Consejo Nacional de Riesgos Profesionales ha sido marginal y su carácter de órgano asesor le resta posibilidades para jugar un papel más decisivo. Se requiere de manera prioritaria acoger las normas internacionales de seguridad y salud en el trabajo, precisando las acciones que deben ser desarrolladas en la empresa y los alcances de los servicios de salud que tienen que organizar. Es preciso sacar la salud de los trabajadores de la lógica economicista del aseguramiento en riesgos profesionales, ubicándola como un valor en sí mismo, de tal forma que se priorice su protección. La discusión del proyecto de Ley de Salud Pública dejó en evidencia la necesidad de actualizar la normatividad en salud ocupacional, como parte de la salud pública, siendo necesario revisar también el modelo de aseguramiento para garantizar la financiación de las prestaciones económicas y asistenciales en riesgos profesionales, dentro de un nuevo esquema que garantice la universalidad, la solidaridad y la eficiencia.

#### Construcción de una política

Debe partirse de los siguientes criterios:

La participación de los trabajadores es importante en todos los ámbitos que afectan su salud.

La salud de los trabajadores debe ser integral, universal y solidaria.

Se debe proteger el medio ambiente.

Todo enmarcado en el principio del mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo. La participación de los trabajadores debe contemplar desde la cotidianidad de la labor en la empresa, hasta la definición de las normas y políticas que orientan la respuesta social a la problemática. Cada esfera tiene formas diferentes de participación que implican una posibilidad de decidir. Esta participación no se debe reducir a invitar a los trabajadores a tener una mejor salud o a vincularse a un Comité Paritario, sino también en la posibilidad de ser el protagonista de su salud y bienestar, y por lo tanto ser decisivo en los procesos de trabajo para que ellos sean saludables para su salud y para la sociedad. En el desarrollo de la política de la Central también se contempla incidir en la transformación y reorientación del Sistema General de Riesgos Profesionales, en los siguientes aspectos: elevar al Consejo Nacional de Riesgos Profesionales al papel de Dirección permanente del Sistema, teniendo como base de acción la concertación para el mejoramiento de la protección de la salud de los trabajadores. Definir de manera clara el papel de los actores del Sistema, dándole más importancia al papel de los trabajadores y empresarios, disminuyendo el papel preponderante de las aseguradoras. Lograr que los recursos del Sistema, como parte de los dineros de la seguridad social, sean considerados **recursos públicos que no se pueden destinar a actividades diferentes a las que compete a la protección de la salud de los trabajadores.**

Además buscar el fortalecimiento del sistema de calificación de la invalidez, para que sea transparente y accesible a los trabajadores, teniendo independencia de las administradoras de riesgos profesionales. Propiciar la revisión del manual único de calificación de la invalidez, que permita un justo reconocimiento de los derechos de los trabajadores. Desarrollar propuestas para la **ampliación de coberturas** en seguridad social a los trabajadores independientes e informales, bajo criterios de solidaridad, integralidad y universalidad, donde quien coloca el riesgo asuma la responsabilidad que le corresponde. Desarrollar planes de promoción de la salud y prevención de los riesgos profesionales, con la participación de los trabajadores. Fortalecer la formación en tres niveles: educación hacia el conjunto de los trabajadores para que se asuma la protección de la salud sin delegarla; formación de los representantes de los trabajadores en los comités paritarios; y la formación especializada de trabajadores en campos específicos.





La Asociación Colombiana de Medicina Interna, la Sociedad Colombiana de Cardiología y la Asociación Médica Colombiana desarrollan cada año con éxito sus denominadas "Jornadas de Confraternidad". Esta vez el punto de encuentro fue la ciudad de Cali, con el tema: salud, creatividad y violencia. En el debate participaron profesionales del sector de la salud, así como intelectuales, artistas y simples observadores de esta mixtura de conocimientos que ofreció maneras de entender los misteriosos mecanismos de la enfermedad en una sociedad contradictoria.

# EL PULSO

Abril del Año 2001 - 1

## La muerte a un paso

Corresponsal, Bogotá

Los 162 municipios con zonas minadas en el país corresponden al 22% de la superficie del territorio nacional, que equivale a 248.216 kilómetros cuadrados.

Israel es un niño de 12 años. Por azar del destino una mina antipersonal estalló en sus manos, perdió los brazos y los ojos. Hoy, tres años después, sólo recuerda el color azul y trata de rehacer su vida en otro país.

"Yo era bonita cuando chiquita, mejor dicho, antes de pararme en esa mina, ahora estoy muy fea, pues quién me va a querer sin una pierna y con la cara toda llena de cortadas. En mi niñez me imaginaba que cuando fuera grande quería ser como mi mamá: tener hijos, esposo y trabajar en el campo... ¡No! ahora cómo, aquí botada en la cama, si ni siquiera puedo estudiar".

Cientos de historias como ésta se repiten diariamente en nuestro país. De acuerdo con la Unicef, se estima que en Colombia pueden existir más de 70.000 minas antipersonales (MAP) distribuidas en 162 municipios de 24 departamentos, afectados por la presencia o sospecha de minas antipersonales.

El departamento que más pueblos afectados presenta es Antioquia, con 32 municipios. En la lista le siguen Bolívar y Santander con 17 y 14 municipios respectivamente. El grado de problemática que se vive en los municipios depende de variables como la superficie del territorio afectado y la población que habita en zonas de riesgo. Dos de los departamentos que tienen afectados más del 50% de sus municipios son Guaviare y Arauca, que en términos absolutos están menos afectados si se les compara con la situación de Antioquia, Bolívar y Santander, por el número de habitantes y por su extensión.

Los 162 municipios con zonas minadas en el país corresponden al 22% de la superficie del territorio nacional, que equivale a 248.216 kilómetros cuadrados. En 1999 fueron desactivadas alrededor de 370 minas antipersonales y se calcula que otras 100 explotaron, causando la muerte de seres humanos y animales. Se estima que el número de víctimas de minas antipersonales en Colombia es de aproximadamente 800. Sin embargo, de acuerdo con los estudios adelantados por la Unicef, la realidad puede duplicar este número, porque el país carece de un sistema de información con capacidad para actualizarse. Sistema que permitiría además sentar las bases para definir las prioridades en cuanto a atención médica, mecanismos de prevención etcétera.

### Víctimas inocentes

Hoy los niños son las víctimas inocentes de la guerra que se libra en Colombia, expresa Janeth Perry de Saravia, directora de la Fundación Pro Cirugía Reconstructiva, Cirec. "Comunidades de todas las regiones del país viven bajo la constante amenaza de las minas antipersonales, causando efectos como el desplazamiento forzado, el desempleo y la deserción escolar". Hace 25 años cuando nació esta fundación, con la participación de diez voluntarias, su objetivo era ayudar a las personas de escasos recursos económicos para que pudieran adquirir sus prótesis, porque eran

muy costosos y en la mayoría de los casos importadas. En aquella época, comenta, organizábamos desfiles de modas y concursos de muñecas para obtener el presupuesto necesario.

Los pacientes en su mayoría carecían de alguno de sus miembros a causa de malformaciones congénitas. Hoy, la situación es diferente. Cada día son más las personas víctimas de minas antipersonales, casi todos niños, jóvenes y hombres en edad productiva.

Las estadísticas indican que cuando se presenta una malformación congénita, la mutación sucede de la rodilla para abajo; con las minas o los tanques de gas se mutila gran parte de la pierna, con heridas abrasivas. Actualmente, Cirec cuenta con cerca de 18 profesionales de la salud, entre los que están médicos, ortopedistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, sicólogas y trabajadoras sociales, que adelantan un trabajo integral para no sólo proveer de la prótesis a sus pacientes, sino darles las herramientas necesarias para que se puedan reintegrar a la vida familiar, social y laboral.

Dice la doctora Perry de Saravia que "en el taller diseñamos prótesis con productos nacionales, de



Foto: Patricia Velásquez

muy buena calidad y, lo más importante, durables y con precios accesibles a la mayoría de la población. Además tratamos en lo posible de buscarles un empleo y hacemos un seguimiento de su desempeño físico y psicológico."

## La Convención de Ottawa

La Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada en diciembre de 1996, adoptó una resolución con 156 votos a favor, ninguna en contra y diez abstenciones, que instaba a los gobiernos del mundo a buscar de manera perentoria un acuerdo internacional para la prohibición total de las minas antipersonales. Este llamado avanzó un primer paso hacia su concreción en la llamada Convención de Ottawa. Colombia firmó este tratado en el 2000, y a finales del mes de febrero de este año se reunió con el ánimo de ratificar los compromisos adquiridos.

Entre otros objetivos de la Convención están: la destrucción de las reservas de minas antipersonales en un plazo de cuatro años desde el momento de la firma del tratado; a partir de su adhesión al acuerdo, los países deberán entregar un informe en el que conste el total de existencias en reserva y la localización exacta de zonas sembradas con MAP. De igual manera, deberán proveer asistencia tanto en información y prevención como en rehabilitación a la población civil.

Los países firmantes del acuerdo fueron Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Saint Vincent & the Granadines, Saint Kitts and Nevis, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela.

A pesar de la ratificación del Gobierno a la Convención de Ottawa, Colombia es el único país americano en el que siguen empleándose minas antipersonales, según un informe de la Campaña Internacional contra las Minas (CIM). El uso, producción y almacenaje de las minas antipersonales está prohibido por la Convención de Ottawa, pero el año pasado fueron empleadas en 20 guerras en el mundo, por once gobiernos y por unos 30 grupos guerrilleros.

Es importante aclarar que no todos los territorios afectados por la presencia de minas pueden ser denominados 'campos minados'. En la mayoría de los casos denunciados en Colombia, las minas son distribuidas sin patrones específicos, en cantidades muy variables y sin ningún tipo de señalización. Este tipo de estrategia para la siembra de minas puede llegar a ser mucho más peligrosa que un campo minado, puesto que hace imposible precisar la cantidad y ubicación de las minas, y por tanto, dificulta las labores de desminado.

**A pesar de la ratificación del Gobierno a la Convención de Ottawa, Colombia es el único país americano en el que siguen empleándose minas antipersonales.**

## En discusión, pago del IVA por licores a la salud

Colombia es un país de leyes, pero muchas de ellas no se cumplen a cabalidad porque siempre aparece quien las interprete de forma diferente a la establecida para evitar su cumplimiento. Así ocurre con la norma que reglamenta el pago del IVA de los licores nacionales a los Fondos Departamentales de Salud, motivo por el cual Antioquia dejó de recibir durante el año 2000 cerca de \$6.000 millones.

La discusión se centra en el artículo 60 de la Reforma Tributaria consagrada en la Ley 488 del 24 de diciembre de 1998. El mencionado texto señala que "... el impuesto sobre las ventas determinado en la venta de licores destilados de producción nacional, ya sea directamente por las licoreras departamentales o por quienes se les haya concedido el monopolio de producción o distribución de esta clase de licores, debe ser girado directamente a los Fondos Seccionales de Salud, conforme con las disposiciones vigentes sobre la materia...".

Para el doctor Juan Guillermo Maya Salinas, Secretario de Salud de Antioquia (Dssa) la norma existe, "pero no se está aplicando". Según el funcionario, la salud del Departamento dejó de recibir el año pasado por lo menos \$6.000 millones, pues algunos distribuidores de licores consignaron el respectivo IVA a la Dirección de Aduanas e Impuestos Nacionales (Dian). "Estamos impulsando el cumplimiento de la Ley; es decir, que el distribuidor de licor consigne directamente el IVA al Fondo de Salud y no a la Dian, como ocurre hoy en día", sostuvo Maya Salinas. Esa propuesta significa que, por ejemplo, los grandes supermercados que le compran directamente el producto a la Fábrica de Licores y Alcoholes de Antioquia (FLA) tendrían que hacer el trabajo de adicional de disgregar del valor del IVA general que le cancelan a la Dian lo correspondiente a los licores nacionales, con el fin de consignarlos en el Fondo. "Esa aplicación traería grandes beneficios para la salud de los antioqueños, pues no sólo aumentan los recursos sino que se mejora el flujo de caja de la Dssa", precisó el director de la Seccional. "Algunos distribuidores aplican la norma y nos pagan el IVA, pero otros no, debido a los requerimientos que les hace la Dian, entonces aplican la ley del menor esfuerzo para evitar explicaciones a la Dian de que lo consignaron en el Fondo", expresó Maya Salinas.

El problema que se presenta con los pagos del IVA de aquellas empresas distribuidoras de licor a la Dian es que esos recursos ingresan a fondos comunes de la entidad y no son girados a la salud. El director del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, doctor Julio Ernesto Toro Restrepo, advirtió que es necesario el ofrecimiento de garantías a los distribuidores para que el pago del IVA del licor se haga directamente a los Fondos Departamentales de Salud sin ningún problema. "Está claro que ese dinero es para la salud, entonces se requiere una reglamentación o un concepto de autoridad competente para dimitir las diferencias jurídicas", propuso Toro Restrepo.

**El problema que se presenta con los pagos del IVA de aquellas empresas distribuidoras de licor a la Dian es que esos recursos ingresan a fondos comunes de la entidad y no son girados a la salud**

La Corte Constitucional sigue poniendo en primer plano el tema del derecho a la salud y el acceso a la protección. Son muchas las sentencias que reivindican la posición de los usuarios, como la de un reciente caso en que la EPS Sánitas y el Fosyga deberán cubrir el tratamiento de quimioterapia de una mujer a la que se le practicó cirugía por un tumor en un ovario, pero, a raíz de exámenes posteriores le fue recomendada quimioterapia. La EPS afirmó que sólo cubriría el 11%, equivalente al número de semanas cotizadas pero la Corte ordenó que la EPS debe brindar dicho tratamiento y solicitar al Fosyga la suma excedente. Recordó que, por encima de la normatividad, el Estado debe proteger los derechos a la vida y la salud de la demandante.



## Proyecto de ley No. 89

# Los trasplantes y la esquivada cobertura del POS

Por Patricia Vargas  
Periodista, Medellín

Para los primeros días de abril en la secretaría de la Comisión Séptima de asuntos laborales de la Cámara de Representantes, será radicada la ponencia favorable al proyecto de ley 89 del año dos mil, "por el cual se adoptan definiciones respecto a enfermedades crónicas terminales", iniciativa del Representante a la Cámara por Antioquia, Manuel Ramiro Velásquez Arroyave y que tiene como ponente al parlamentario liberal Héctor Arango Ángel.

En otras palabras, se trata de hacer algunas modificaciones en la manera cómo el modelo de salud colombiano asume los trasplantes, considerados por la Ley 100 como enfermedades ruinosas o catastróficas. Con estas modificaciones se intenta incluir los trasplantes de hígado, pulmón y páncreas en el Plan Obligatorio de Salud, pues hasta el momento sólo están cubiertos por el POS los trasplantes de corazón, riñón y médula ósea.

El calificativo de enfermedad ruinosas y catastrófica dado a los trasplantes confirma que el Sistema de Seguridad Social los consideró con una mirada económica y no médica, mandando al cuarto de San Alejo el juramento de salvar la vida humana en forma incondicional, pues quienes aspiran a un trasplante deben recorrer el más tortuoso de los caminos antes de lograr que su EPS lo apruebe. La mejor demostración de ello son las 11 tutelas que debieron instaurar

igual número de colombianos contra las Empresas Promotoras de Salud sólo para lograr en el último año un trasplante hepático en la Unidad de Trasplantes del Hospital San Vicente de Paúl de Medellín.

### Sensibilización

Cuando hace 3 años el Representante a la Cámara Manuel Ramiro Velásquez Arroyave presentó síntomas de una enfermedad que no identificaba, comenzó paralelamente el camino de ser uno de los cientos colombianos que buscan otra oportunidad de vida saludable, a través de un trasplante. Después de dos años de agotar tratamientos para una glomerulonefritis, no le quedaba otra opción que someterse a la delicada intervención quirúrgica que le aportaría un nuevo riñón. El congresista contó con la suerte de encontrar en su hermano Federico el donante idóneo y de contar con la asistencia de los especialistas del grupo de trasplantes de la Universidad de Antioquia y del Hospital San Vicente de Paúl.

Dos días antes de internarse para su operación, el primero de febrero del año pasado, asiste al sepelio de un íntimo amigo, Jorge Darío García Aristizábal, quien fallece por la falta de un trasplante de hígado. La tardanza en la autorización del trasplante de la EPS, se convirtió en el camino que aseguró el fin a sus días.

En recuperación, el congresista le solicita al Ministerio de Salud, a través del Presidente Pastrana, que se hagan los ajustes necesarios a la ley 100, pues además de considerarlo ruinoso y catastrófico el trasplante, retrocede la intervención hepática a una etapa "experimental", justificando así la negativa de las EPS a realizarla. Frente a esta solicitud "el Ministerio de Salud y todos sus funcionarios se hicieron los de la vista gorda", afirma el dirigente político.

### La propuesta

El proyecto de ley 89 de 2000 no sólo propone incluir los trasplantes en el Plan Obligatorio de Salud. También transforma el lenguaje con el cual el Sistema califica actualmente las "enfermedades ruinosas y catastróficas" donde se incluyen los trasplantes, y les da la denominación de "enfermedades crónicas terminales" definiendo además el tratamiento para las mismas. Incluye terapias para el cáncer con radio y quimioterapia, diálisis para insuficiencia renal, trasplante renal, de hígado, de páncreas, de médula ósea, de córnea y del corazón, tratamiento para el sida y sus complicaciones, tratamientos quirúrgicos para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central, de origen genético o congénitas, tratamiento médico quirúrgico para traumas mayores, terapia en unidad de cui-

dados intensivos, y reemplazos articulares.

Tiene exclusiones como las cirugías estéticas con fines de embellecimiento, las terapias de infertilidad, tratamientos no reconocidos por la comunidad médica científica y/o que se encuentren en etapa experimental, las terapias de várices con fines estéticos y hasta la terapia individual y el psicoanálisis.

### La justificación

Es difícil, por no decir imposible, afirmó, determinar el número de personas que han fallecido esperando un trasplante. Si los pacientes lograron avanzar en pasos como el llamado protocolo para la intervención quirúrgica, también deben aguardar a la aparición del órgano compatible y lo que es más difícil: la autorización de su EPS para la cirugía.

Ni las tutelas, ni el inmediato cumplimiento al que obliga el fallo cuando favorece al paciente, han logrado salvar las vidas de muchos de los pre-trasplantados. Mientras una gran cantidad de personas fallecieron a la espera de un trasplante de corazón, otro número significativo de quienes lo lograron, enfrentan ahora el problema de conseguir que cada año se les practique una biopsia. Son numerosos los que llevan hasta tres años sin lograr este procedimiento post-quirúrgico que permite determinar el estado del órgano transplantado, y permite tomar los correctivos ne-

cesarios para garantizar el éxito de la operación.

Según la Asociación Nacional de Trasplantados, sólo en Antioquia unas 400 personas se encuentran en lista de espera de un nuevo riñón. Los obstáculos no únicamente son por la falta de un donante, pues hay un gran avance en la conciencia y la cultura de la donación. Hoy son pocos los órganos que se pierden por la falta de autorización de los familiares del potencial donante. Como limitante mayor aparece nuevamente la falta de autorización de las EPS.

Desde 1973 cuando comenzó el programa de trasplantes en Medellín, se han realizado dos mil de riñón, quince de hígado, ocho de riñón/páncreas, más de cien de corazón, y tres de pulmón. La supervivencia en buena parte de los casos es prueba de los éxitos alcanzados por el programa. Viven aún, por ejemplo, pacientes con trasplantes renales de hace 23 años; y en la doble intervención de páncreas y riñón hay dos personas que luego de 10 años de efectuada la operación ni siquiera necesitan insulina.

En cuanto a costos, mientras un trasplante de corazón puede requerir hasta de 50 millones de pesos, el de páncreas oscilaría entre 32 y 35 millones.

### La esperanza

Coinciden los entrevistados por EL PULSO en que la ley 100 es

discriminatoria, excluyente y arbitraria, al consagrar legalmente quienes son las personas que pueden acceder a un trasplante, dejando por fuera del POS a quienes necesitan un trasplante de hígado, pulmón y/o páncreas. A esto se le suma la interpretación impredecible que hacen las EPS de la Constitución Nacional, pues si bien la carta magna consagra el derecho fundamental a la vida y a la salud, estas terminan por decidir de qué no se pueden enfermar los colombianos. Así protegen el patrimonio de las Empresas excluyendo los trasplantes más costosos.

No cabe duda, afirmaron, de que se violan principios fundamentales como el de la igualdad, la justicia social, y de la solidaridad. Con un legitimador como el parlamentario Manuel Ramiro Velásquez Arroyave, es posible que el proyecto 89 salga adelante en el Congreso, porque en las otras ocasiones la presión de los grupos económicos dueños de las EPS, ha obstaculizado cualquier posibilidad de que una propuesta de esta magnitud sea realidad, afirmó el congresista.

Centenares de personas hacen votos para que el bien intencionado proyecto, no encuentre las zancadillas ampliamente conocidas en los vericuetos parlamentarios, y finalmente pueda materializarse ésta, que es una verdadera esperanza de vida para numerosos seres humanos.



El Ministerio de Salud, en cumplimiento del Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad 1999-2000, ha destinado \$2.984 millones para atender a la población discapacitada, principalmente a los vinculados y los afiliados al régimen subsidiado, a quienes el POS no les cubre las ayudas técnicas, ni les ofrece los servicios de rehabilitación integral que requieren. Seccionales de Salud de 32 departamentos recibieron 1.963 millones para la adquisición de ayudas técnicas esenciales para rehabilitación. Los \$1.021 restantes se destinaron a 12 hospitales del país, para adquisición y dotación de equipos diagnósticos y/o terapéuticos.

# EL PULSO



Abril del Año 2001 - 1

## EPS para los indígenas o una oportunidad a medias

Por: Olga Lucía Muñoz  
periodista, Medellín

La mayoría de personas está de acuerdo en que la posibilidad de crear EPS indígenas es un paso adelante para fortalecer el régimen subsidiado. La minoría étnica recibe la medida con beneplácito y se establecen requisitos mínimos para que el proceso no muera. Pero algunos opinan que, una vez más se "acomoda" a los indígenas en instituciones que no son propias y no se consultaron sus propuestas ni particularidades culturales en materia de salud, a pesar de que la decisión surge, al parecer, de un proceso concertado con ellos.

El decreto 330 del 27 de febrero del año 2001 nace del acuerdo entre la Presidencia de la República, los Ministerios del Interior, Hacienda y Salud, autoridades indígenas encabezadas por la Organización Indígena de Colombia—ONIC—y los directivos de las 65 ESS indígenas que existen actualmente; en él se establece que los cabildos y/o autoridades indígenas tradicionales, podrán conformar EPS siempre y cuando cumplan con ciertos requisitos, como contar a partir del 26 de febrero del 2002 con mínimo 20.000 afiliados indígenas, sin exceder de un 10% de afiliados no indígenas, y después del 1° de abril del año 2003 tendrán que acreditar mínimo 50.000 afiliados; en capital social tendrán que acreditar el equivalente a 250 salarios mínimos (unos \$71'120.000), con aportes de las comunidades, donaciones y excedentes que logre capitalizar. El decreto permite también que las ESS indígenas ya conformadas puedan transformarse en EPS indígenas, de manera que aquellas que desaparecieron con el decreto 1804/99, podrán acogerse a esta reglamentación para subsistir.

El coordinador de afiliación del Ministerio de Salud, Marlon Zapata Quintero, explicó que estos requisitos son indispensables para garantizar la sostenibilidad económica de las EPS creadas y la oportuna prestación de servicios, considerando los elementos socioeconómicos, culturales y las características geográficas de los pueblos indígenas, además de fortalecer la medicina tradicional y sus métodos de prevención y prácticas curativas. La propuesta del Gobierno es consistente, pero veamos la otra cara.

### Directrices del Sexto Congreso Indígena Departamental

Reunido en Medellín en el año anterior, el Congreso decidió que en primer término hay que buscar la afiliación de toda la población indígena al Sistema de Salud colombiano; en segundo lugar, se propuso buscar una ARS que negocie la inversión de la lógica occidental frente a la prestación de los servicios de salud, o sea, priorizar la organización de brigadas de salud periódicas que vayan hasta las comunidades a ofrecer servicios y no esperar a que sean las comunidades las que tengan que buscarlos; también, que exista un equipo extramural o móvil, que permanentemente esté rotando el servicio de salud entre las comunidades, y que se conforme un equipo de promotores indígenas, al cual se le brinde capacitación y asesoría permanente para que sean ellos los encargados de hacer y priorizar las acciones de prevención y promoción de la salud en las comunidades.

Otro criterio del Congreso es el fortalecimiento de la medicina tradicional, con promoción de la investigación conjunta con botánicos indígenas, para darle a esta práctica el status que perdió en la confrontación cultural que desdibujó la identidad indígena.

Frente al decreto que autoriza las EPS indígenas se ve cómo se consideran de manera vaga estas propuestas.

### En Antioquia no es aplicable, dice la Consejería para Asuntos Indígenas

El gerente encargado de la Consejería, Sergio Arango Arcila, afirma que la reglamentación ofrece una enorme posibilidad a los pueblos indígenas para desarrollar EPS que eventualmente se acomoden a sus características socioculturales y geográficas; sin embargo, también explica que en Antioquia existen particularidades que dificultan la aplicabilidad de la norma, tales como la exigencia de 20.000 indígenas afiliados al inicio del proceso y la dispersión geográfica de esta población.

En Antioquia existen entre 22.000 y 23.000 indígenas (no hay cifra exacta, ya que una de las dificultades ha sido la imposibilidad de realizar un censo preciso), que se encuentran asentados en el suroeste, Urabá, occidente, el bajo Cauca antioqueño, el norte y el nordeste, en una situación que atentaría contra la viabilidad financiera de una sola ARS indígena para todo el Departamento. La pregunta de fondo que se hacen las autoridades indígenas y la Consejería, es sobre la viabilidad de desarrollar toda una infraestructura administrativa y de servicios para una población tan dispersa, por la multiplicación de costos. Además, la exigencia de los 50.000 afiliados en abril del año 2003, reduce aún más la viabilidad de la EPS indígena antioqueña, porque entonces tendrían que buscarse indígenas no antioqueños (de Chocó, o Córdoba...) para cumplir la regla, lo que dificultaría el servicio y dispararía costos. El capital necesario para la EPS puede conseguirse, pero ¿qué sentido tendría invertirlo si la empresa no es viable?

Agrega Arango Arcila que en Antioquia no existen ESS indígenas que puedan convertirse en EPS, y que los indígenas acceden al servicio de salud a través de ARS no indígenas. Según estadísticas el 65% de esta población es afiliada al régimen subsidiado, pero ello no garantiza la entrada al servicio, por la lejana ubicación de los territorios indígenas. Ellos están en municipios como Murindó, Frontino lejano, Frontino lejano, Dabeiba lejano, Vigía del Fuerte, a una distancia de 1, 2 o 3 días de camino desde la cabecera municipal, lo que implica que el acceso de ese 65% afiliado es en realidad poco; vale anotar que hasta abril 2000, estaban afiliados 10.884 indígenas en Antioquia.

Hasta ahora, se atienden los indígenas en viajes periódicos del Programa Aéreo de Salud a las comunidades. Los partos y otros casos son atendidos con medicina tradicional y las enfermedades crónicas permanecen sin tratamiento alguno; los enfermos de extrema gravedad son llevados al casco urbano con gran esfuerzo de la co-

munidad y los pacientes graves o con dolencias de alto costo, son remitidos a Medellín. En esta ciudad tienen alojamiento y alimentación gracias a un convenio con las Hermanas de la Madre Laura y reciben atención especializada en hospitales de tercer nivel.

### No es rentable en Antioquia, dice la OIA

El vicepresidente de la Organización Indígena de Antioquia—OIA—, Guillermo Tascón González, celebró que el Estado colombiano reconociera esa relativa autonomía de los indígenas y su conocimiento para articular la medicina tradicional con la medicina occidental; sin embargo, indicó que en Antioquia no se le apostará a la conformación de una EPS indígena, por la dispersión geográfica de la población, por la situación de conflicto social en medio de la cual viven atrapadas estas comunidades y porque sería difícil reunir los 20.000 afiliados iniciales y más aún los 50.000 para el año 2003.

Para evitar trabajar a pérdida y con tantos riesgos, la OIA es partidaria de que las EPS "caponías" o de los blancos a las cuales ya están afiliados, les sigan prestando los servicios, pero propone que se tengan en cuenta las particularidades de cada grupo. Explica Tascón González, que hasta ahora ha sido muy fácil para las EPS escudarse en la ley para restringir o incluso negar servicios a esta población, sin considerar las características especiales de los pueblos indígenas.

La OIA explica que puede obtenerse el capital para la EPS indígena, pero que no se asumirá una aventura financiera por falta de viabilidad, ni se entrará al juego de otras EPS que en detrimento del bienestar de sus afiliados y beneficiarios, mantienen y defienden su margen de rentabilidad. Reiteró Tascón González, que la mayoría de los indígenas cuando están enfermos, acuden primero a su médico tradicional y sólo cuando ven que

no tienen posibilidad de curarse, que la dolencia les ha cogido ventaja o que se trata de pacientes terminales de cáncer, leishmaniasis, paludismo o leucemia, si acuden a la medicina occidental; además, la lejanía hace que en estos casos o en los de accidentes y atentados, los enfermos pierdan mucha sangre en los largos recorridos hasta la cabecera municipal, e incluso que pierdan la vida en el trayecto. La población indígena de Antioquia está afiliada a toda clase de ARS y no está censada ni diferenciada por grupo étnico (niños, jóvenes y ancianos) ni por sexos, aunque se parte de la premisa de que son 117 comunidades dispersas en 29 municipios, la más grande de ellas en Cristianía con 1.500 habitantes; se presume que un 60% de la población indígena es de mujeres, envueltas en problemáticas madre-solterismo, matrimonios tempranos, abandono de hogar y de hijos, y maltrato, sin contar con la llegada de indígenas de

otros departamentos que someten a mujeres y niños a la mendicidad.

### ¿Y el resto del país?

De una población indígena cercana al millón de personas, 503.938 estaban afiliados en abril del 2000 al régimen subsidiado, y el grueso de esta población se concentra en departamentos como Cauca, Nariño, Guajira, Putumayo, Cesar, Córdoba, Tolima y Caldas; en cada uno de ellos están afiliados más de 20.000 indígenas, pero sólo Cauca, Nariño y Guajira tienen más de 50.000 afiliados, requisito mínimo para las EPS indígenas en el año 2003.

La concentración en grupos numerosos de indígenas favorece la efectiva conformación de estas entidades o la transformación de las ESS indígenas existentes en EPS indígenas; sin embargo, vale volver a preguntar: ¿Hasta qué punto se consultan allí las particularidades de la medicina tradicional dentro de un esquema occidental? .

LABORATORIOS FRESENIUS  
20 cms X 14cm

## Crecen exportaciones de servicios médicos

# Colombia: destino saludable

Por Marcela Monge Gómez  
Periodista

Como regalo de Navidad, Elba Eugenia Santos decidió realizarse una cirugía estética para reducirse el busto. Su vida cambió, no porque ahora se sienta mejor con su cuerpo sino porque tuvo una reacción alérgica a la anestesia que le aplicaron, lo que le ocasionó una grave lesión en su hígado. Con sólo 35 años Elba comenzó a depender de los cuidados de médicos y enfermeras. Sólo un trasplante podía aliviarla, pero había un problema: ella vive en República Dominicana y allí no se realizan este tipo de operaciones. Su hermano, que es médico, comenzó a buscar dónde podían operarla. Miami y Filadelfia, en Estados Unidos, y Cuba fueron las primeras opciones. Sin embargo, descubrió que en el Hospital San Vicente de Paúl, de Medellín, se realizaban con éxito estas intervenciones y que su precio era bastante inferior al de sus otras alternativas. Por su delicado estado de salud fue trasladada de urgencia a Medellín el 11 de febrero y en menos de 48 horas se consiguió el hígado que le dio la posibilidad de seguir viva.

Todos los días llegan a Colombia pacientes de diversos países latinoamericanos, que como Elba, necesitan realizarse tratamientos

que requieren de atención médica de gran complejidad. Conscientes de la capacidad tecnológica y del alto grado de especialización de los médicos en Medellín, un grupo de entidades del sector de la salud comenzó a estructurar en 1997 el programa Salud sin Fronteras con el ánimo de crear un portafolio de servicios para promocionarlo en los países del Caribe y la Región Andina, donde no se realizan procedimientos de alta complejidad.

### Calidad de exportación

Con el apoyo de Proexport, el programa se inició en firme en agosto de 1999. Desde entonces se han realizado misiones comerciales a otros países y se han diseñado varias estrategias para darse a conocer en el mercado internacional y lograr convenios con aseguradoras. En el ámbito de la medicina internacional Medellín es reconocida como pionera en Latinoamérica en el área de trasplantes, con más de 27 años de experiencias exitosas en

trasplantes renales, más de 12 años en los de corazón y 10 años en los de hígado y médula ósea. También se practican trasplantes de pulmón y de córnea. Salud sin Fronteras reúne la calidad y la experiencia en atención médica de El Hospital Universitario San Vicente de Paúl, las clínicas: Medellín, Cardiovascular Santa María, El Rosario, Las Américas y de Oftalmología de San Diego. Además de trasplantes, el programa ofrece a través de estas entidades servicios especializados de diagnóstico y cirugía cardiovascular, neurología, oftalmología, cirugía estética, pediatría, obstetricia, tratamientos integrales del cáncer y odontología estética.

También hacen parte del grupo de entidades: Susalud, que presta asistencia técnica en aseguramiento en salud; el Instituto de Ciencias de la Salud, CES, que promociona sus programas de pregrado en medicina, odontología e ingeniería biomédica, así como sus diferentes programas de posgrado y diplomados en diferentes especialidades; y Emer-

Servir Antioquia S.A., vuelve a estar en el centro de la atención. Esta reconocida compañía de servicios médicos y paramédicos está ahora catalogada como la mayor sociedad creada en Medellín y su Área Metropolitana, multiplicándose así la atención creciente que ha tenido desde hace meses debido a su polémica labor de intermediación entre EPS e IPS.

gencia Médica Integral, EMI, que presta el servicio de transporte médico especializado.

Para la economista María Elena Duque, jefa de la Oficina de Evaluación de Proyectos del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, pertenecer a Salud sin Fronteras es importante para su Institución porque la posiciona internacionalmente al tiempo que exporta sus servicios, ampliando de este modo su mercado. Al mismo tiempo, resaltó la importancia de ofrecer bienestar a las personas en cuyos países no existe medicina de alta tecnología.

Por su parte, la comunicadora social Clara Inés Gómez, de la Clínica Las Américas, indicó que para Medellín este proyecto es muy beneficioso pues contribuye a fortalecer su imagen internacional de ciudad saludable, con gran nivel tecnológico y un alto grado de orientación al servicio.

También indicó que para lograr altos niveles de satisfacción en los pacientes extranjeros, las instituciones que participan en el programa se han preparado para adquirir una cultura exportadora, desarrollando modernos sistemas de información y entrenando a su personal en la prestación de servicios a personas de otras procedencias.

### Tipos de pacientes

Los pacientes atendidos a través del programa Salud sin Fronteras proceden principalmente de países como Venezuela, Panamá, Ecuador, Aruba, El Salvador, Estados Unidos, Jamaica, República Dominicana, Canadá, Curazao, Guatemala y Costa Rica.

La doctora María Elena Duque explicó que los pacientes contactan a las diferentes instituciones a través de la página web de Salud sin Fronteras, las aseguradoras o por medio de los médicos de su país y de otras personas que ya fueron atendidas en Medellín. Resaltó que en el caso del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, la mayoría de las personas de Venezuela contactan a esta entidad por medio de la Asociación de Transplantados Amigos Venezolanos del Hospital Universitario San Vicente Paúl.

El 90% de los pacientes que llegan al Hospital Universitario San Vicente de Paúl, donde se realizan principalmente trasplantes, son particulares; mientras que el 90% de quienes llegan al Instituto de Cancerología de la Clínica Las Américas son remitidos por aseguradoras.

### Modelo nacional

Durante su primer año, el programa Salud sin Fronteras exportó más de US\$ 1.000 millones, y en octubre de 1999 Analex le otorgó el Premio Nacional de Exportadores, en la modalidad de "Mejor Proyecto Exportador". Estos logros, sumados al hecho de ser una experiencia pionera en el país en el tema de la exportación de servicios de salud, han convertido a Salud sin Fronteras en un programa modelo para que en Bogotá y Cali de desarrollen experiencias similares. Gracias al avance de esta actividad en Colombia, la exportación de servicios de salud es uno de los que mayor crecimiento ha registrado en los dos últimos años.

### Bogotá exportadora

Salud Capital es el nombre del programa de exportación de servicios de salud de Bogotá que reúne a 16 clínicas e instituciones

médicas con amplia experiencia en áreas como: oftalmología, cardiología, trasplantes, oncología, rehabilitación, odontología y cirugía plástica. Entre las entidades que hacen parte de Salud Capital se destacan la Clínica Barraquer, el Instituto de Córnea, la Clínica Country, el Instituto Nacional de Cancerología, la Fundación Santa Fe, la Fundación Cardio Infantil y el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt.

Este programa es liderado por la Cámara de Comercio de Bogotá y cuenta con el apoyo de la Alcaldía de Bogotá -que dentro de su Plan de Gobierno ha contemplado la exportación de servicios de salud-, El Ministerio de Comercio Exterior, Proexport, el Ministerio de Salud y la Cámara de Comercio Colombo Americana.

David Barriga, Jefe del Departamento de Comercio Internacional de la Cámara de Comercio de Bogotá, señaló que Bogotá cuenta con médicos altamente especializados y con una infraestructura médica que permite ofrecer atención en los niveles 3 y 4.

Salud Capital se estructuró el año pasado y sólo éste comenzó en firme con su labor comercial, por lo que aún no cuentan con cifras sobre el monto de las exportaciones o la cantidad de pacientes atendidos.

### El Valle de la salud

Con este nombre se promocionan los servicios médicos de seis entidades de salud de Cali. Aunque los acercamientos entre la Fundación Valle del Lili, el Centro Médico Imbanaco, la Clínica de Oftalmología, la Clínica de Occidente, Corpus & Rostrum y la Clínica Nuestra Señora de los Remedios, se iniciaron a finales de 1999, el programa arrancó en firme en octubre de 2000, cuando fue aprobado por Proexport. Desde su etapa de conformación, estas instituciones trabajan para obtener la certificación ISO 9000 y en la actualidad le han dado énfasis a la implementación de un protocolo para la atención de pacientes internacionales. El Valle de la Salud ofrece principalmente servicios en las áreas de Cardiología, trasplantes, neurocirugía, traumatología, cirugía plástica y oftalmología.

Hace un mes, Saúl Antonio Vietri, un venezolano de 54 años, recibió un nuevo riñón en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl. "Para mí ha sido como volver a nacer, porque llevaba 10 meses sin riñón y tenía que ir a diálisis 3 veces a la semana", manifestó Vietri. "Elegí a Colombia porque aquí conseguir un donante es mucho más fácil, y porque conocí personas que habían venido acá y me contaron lo bien que los atendieron, y bueno... aún están vivas".

Con testimonios como este, los programas de exportación de salud buscan, además de divisas, ofrecer bienestar a las personas que así lo requieren y resolver las dificultades que tienen en sus países de origen para acceder a niveles médicos tan especializados como los que ha alcanzado Colombia.

### En el año 2000 fueron atendidos 103 pacientes extranjeros en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín.

## Columna jurídica

Por Jorge Luis Jiménez  
Abogado

### Responsabilidad de los hospitales en la seguridad de los pacientes

Con alguna frecuencia se presenta para los administradores la necesidad de resolver la pregunta ¿hasta dónde llega la responsabilidad del hospital en relación con la seguridad del paciente?

Sobre este aspecto debemos identificar varias situaciones:

#### 1. Obligación de seguridad personal del enfermo

En desarrollo de esta obligación corresponde a las instituciones de salud, por intermedio del personal asistencial, velar por que el paciente no sufra ningún accidente durante su permanencia en la institución de salud y podemos enmarcar dentro de estas obligaciones la necesidad de generar todos los medios para que el paciente, por ejemplo, no sufra una caída de su cama durante su hospitalización, o que los procedimientos que han de realizarse correspondan efectivamente a lo que el paciente requiere para la recuperación de su salud.

Dentro de esta misma categoría de obligación podemos incluir la necesidad de vigilancia de aquellos pacientes que padecen enfermedades mentales, que obligan a extremar la diligencia y cuidado a fin de evitar que estos "escapen" de la Institución de salud, cosa bien es distinta es cuando el paciente en pleno uso de sus facultades mentales se evade de los hospitales, caso en el cual es su exclusiva responsabilidad lo que le suceda por fuera del Hospital.

#### 2. Obligación de protección por agresiones de terceros

Las instituciones de salud tienen la obligación de poner a disposición del paciente todos los elementos a su alcance y todo el conocimiento médico-científico que exista en el medio en procura de la recuperación de la salud perdida por el enfermo. Y es bien común que los ingresos por las urgencias se generen por la violencia y no pocas veces acuden los victimarios a las instituciones de salud a rematar a los heridos. La ley ha dispuesto la obligación a los directores de hospitales y clínicas o sus representantes a informar a las autoridades competentes sobre la presencia de lesionados donde se presume la comisión de un delito con el fin de que se inicien las investigaciones y pensamos que, de ser necesario, se generen las medidas de seguridad requeridas para la protección de estas personas.

El Ministerio de Salud expidió la Resolución 741 de 1997 con el fin de garantizar la seguridad, vigilancia, custodia, protección y cuidado de los usuarios de los servicios de salud, y dispone la obligación de generar medios que garanticen, o que por lo menos minimicen, las agresiones a los pacientes y el "robo" de menores y ordena además el establecer medidas que restrinjan el ingreso de armas a los hospitales. Cosa que, aparentemente fácil en el papel, no siempre lo es en la realidad.

Así podemos afirmar que si bien existe una responsabilidad en la institución de salud de avisar a las autoridades sobre la presencia de alguna persona que requiera protección también es deber del paciente y su familia informarlo a la institución de salud y a la autoridad estatal que deba cumplir con la obligación de vigilancia, pues es absolutamente imposible para los hospitales garantizar seguridad física en este aspecto.



Muchos recuerdan la retención, por parte del INVIMA, de más de un millón de dólares en productos farmacéuticos de contrabando en Barranquilla, o el desmantelamiento de un completo laboratorio de ampollas de Diclofenac falsificado en Bogotá, o los centenares de productos piratas confiscados a fabricantes clandestinos de medicamentos... Por estas y otras acciones, el INVIMA recibió en Praga un reconocimiento mundial a su lucha contra la falsificación de medicamentos. La distinción fue otorgada por la entidad europeo-norteamericana Reconnaissance International, dedicada a la protección de la calidad de los medicamentos.

# EL PULSO

Abril del Año 2001 - 1

## ¿Quiénes somos?

# Modelo de recurso humano en salud

Es impensable una reforma sustancial al Sistema de Salud en donde se deje de lado el desarrollo de su principal patrimonio: los profesionales.

Por Juan Diego Restrepo  
periodista

Colombia no sabe cuántos médicos tiene ni cuántas enfermeras; mucho menos conoce el número de odontólogos, bacteriólogos, y menos aún la cantidad de auxiliares. Conocer esas cifras es importante, tanto que, sin ellas, es imposible diseñar unas políticas públicas en salud acordes con las necesidades de la población. El Ministerio de Salud suscribió un contrato con la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, a través del Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo Económico, para desarrollar un modelo de oferta y demanda de recursos humanos en salud que permita brindar la información necesaria para diseñar, formular y ejecutar políticas de recurso humano ajustadas a los requerimientos de calidad, oportunidad, eficacia y eficiencia del sector.

La reforma sectorial en salud ha generado cambios en lo político, lo económico, lo jurídico y lo institucional, y, obviamente, en los profesionales de la salud: cambios en los sistemas de carrera, énfasis en los procesos de profesionalización, competencia del mercado laboral y de servicios, cambio en los regímenes laborales, y salariales. Además el Estado ha entrado en corrientes socioeconómicas caracterizadas por una disminución creciente de recursos, tanto humanos como físicos, con tendencia a la contratación de personal y de servicios.

En un primer informe, fechado el 31 de agosto de 2000, los investigadores afirman que "es imprescindible que la reforma del sector salud inscrita en la agenda gubernamental como política del Estado colombiano adopte proyectos de gestión de su recurso humano. Es impensable una reforma sustancial al sistema de salud en donde se deje de lado el desarrollo de su principal patrimonio: los profesionales".

El objetivo general del grupo de investigadores, encabezados por el doctor Germán González Echeverri, director ejecutivo del Proyecto, es lograr un modelo que contemple las propuestas de formación de recursos humanos, políticas de contratación laboral, plan de incentivos y modelo dinámico de gestión que garantice cobertura a las principales profesiones y cargos, que responda a la diversidad regional del país e incorpore a los ámbitos público y privado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Este proyecto, por tanto, puede considerarse como un hito para el Estado colombiano pues por primera vez dispondrá de soportes técnicamente eficaces y socialmente válidos para asegurar a los trabajadores de la salud y a la comunidad en general una oferta de servicios acorde a las necesidades reales de la nación.

## Bastantes interrogantes

En América Latina, y en general en el mundo, se han dado varios procesos de reformas a los sistemas de salud. Esos procesos en un principio se dieron en la estructura de los sistemas y más allá en la búsqueda de la eficacia y la eficiencia con equidad. Entonces se reorganizaron para que los dineros, manejados adecuadamente, reportaran beneficios a toda la comunidad.

En ese proceso de transformaciones, Colombia no fue la excepción. Implementó el Sistema General de Seguridad Social en Salud pero, después de un tiempo, los responsables del sector se han dado



Foto: Archivo

cuenta de que el recurso humano fue el gran olvidado y que, además del olvido, está sufriendo cambios graves, por ejemplo en materia de flexibilización de contratos laborales, desconociendo cuál es el impacto que eso ha tenido en salarios y, más allá, cuál será el efecto en la calidad del servicio.

Para el doctor González Echeverri, si entre el recurso humano de la salud hay desestímulos, si ser médico en este momento, por ejemplo, o ser enfermera, no es una profesión que seduzca por todos los factores —labor social, ingresos, bienestar, status— la gente no va a estudiar. "Puede que la gente continúe, pero cada vez va a disminuir la calidad porque no hay estímulos. Eso lleva a otro problema: ¿cuáles son los incentivos que debe tener el recurso humano para asegurar cantidad, calidad y distribución geográfica de tal forma que la comunidad tenga el recurso humano que requiera?", se pregunta González Echeverri.

Por eso, este proyecto podrá marcar el rumbo de las facultades y escuelas en cuanto a la formación del nuevo recurso humano que en salud requiere el país.

Pero los cuestionamientos van más allá. "Desde el 23 de diciembre de 1993, cuando entró en vigencia la Ley 100, no sabemos cómo está Colombia con respecto a su recurso humano. ¿Cuántos somos? No sabemos; ¿dónde estamos? tampoco sabemos", afirma el investigador. Las preguntas no se quedan ahí. Hay otras más que vinculan a la población, razón de ser del trabajo en salud. ¿Qué requiere la comunidad?.

Es indudable que los sistemas cambian y las necesidades en salud de la población también, por eso otra de las tareas del grupo de investigadores es determinar cuáles son los nuevos roles de los profesionales de la salud en Colombia.

Para resolver esos y muchos otros interrogantes, el Ministerio de Salud contrató tres proyectos más con diversas entidades del país.

El primero de ellos es la realización de un plan de largo plazo para el fortalecimiento de los recursos humanos, que será hecho por la Universidad Javeriana, Fedesarrollo y Family Health Foundation). El segundo proyecto es la elaboración de un plan multidisciplinario para la Modernización de la educación, capacitación y entrenamiento en salud, en manos de Consultoría y Gestión Cataluña. La acreditación de las instituciones de educación en entrenamiento en salud, que harán la Unión temporal Ascofame - Assalud - Aupha - CES, es el tercer proyecto contratado por el Ministerio.

## La búsqueda del modelo

En lo que respecta al trabajo de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, exis-

te el convencimiento de trabajar en la búsqueda de un modelo dinámico de oferta y demanda del recurso humano que se puede dar en un país en paz o en total guerra. "El esquema hay que pensarlo en forma dinámica porque el Ministerio nos pide desarrollar una metodología que nos permita, bajo diferentes escenarios, predecir cuál es el recurso humano que va a necesitar el país", asevera el investigador González Echeverri.

El estado actual de la investigación que adelantan los profesionales de la Facultad de Salud Pública aún no puede determinar con exactitud la situación, necesidades y proyecciones del recurso humano, advierte el director ejecutivo del proyecto. No obstante, ya hay algunas precisiones. La investigación previa ha ido definiendo que el país hay que abordarlo por regiones. Las necesidades de la Amazonía y el modelo de prestación de servicios en salud son muy distintas a los de la zona Andina o la costa Caribe. Aunque, en otro sentido, preocupa la diferenciación la diferenciación en las prácticas de salud que se ha establecido entre el campo y la ciudad. "Cuando un médico está en el área rural atiende partos, hace cirugías pequeñas, pero inmediatamente pasa a la ciudad queda inhabilitado para realizar esas prácticas porque ese ya es territorio de los especialistas", explica González Echeverri.

## Estado actual de la investigación

Hasta el momento, la investigación se encuentra en la fase de sistematización de los datos recolectados a través de diversas visitas a las direcciones seccionales de salud de los 32 departamentos, a las secretarías o direcciones municipales de salud de 140 municipios del país elegidos por su tamaño y a diversas IPS.

De otro lado, se están programando seis reuniones regionales, la primera de las cuales será en Cali el próximo 17 de abril, para que todas las personas del sector salud —formadores, empleadores, agremiaciones— analicen los datos que se tienen hasta ese momento en los cuatro proyectos contratados por el Ministerio de Salud y se discutan para unificar criterios. Lo que tiene muy claro el director ejecutivo del Proyecto, Germán González Echeverri, es que las políticas de desarrollo del recurso humano van a tener que ser trabajadas por el Ministerio de Salud y por los ministerios de Educación y Trabajo, así como por el Departamento Nacional de Planeación. "En conclusión, tiene que convertirse en una política de Estado, a la cual los gremios no pueden ser ajenos", concluye González Echeverri.

## Estructura de la investigación

La investigación Modelo de Oferta y Demanda del Recurso Humano en Salud en Colombia, que realiza la Universidad de Antioquia para el Ministerio de Salud, consta de cuatro componentes o subsistemas que son: Oferta en salud, demanda del recurso humano, metodología de planificación de recursos humanos en salud e incentivos.

**1. Oferta en salud.** Se estudiará la oferta del recurso humano en salud en lo relacionado con número, características y distribución. El país contará con un sistema de información de oferta de recurso humano actualizado, con políticas existentes para el desarrollo del mismo, se conocerán el número y las características de las instituciones formadoras y sus programas en salud. También se explorarán las relaciones entre el sector salud como empleador y el sector educativo como generador de la oferta.

**2. Demanda de recurso humano.** Al finalizar el proyecto el país dispondrá, entre otros productos, de la identificación de los perfiles demográficos y epidemiológicos por regiones, el inventario de cargos y su contrastación con los requerimientos óptimos; la identificación de la demanda histórica de servicios de salud en las regiones, la identificación de las necesidades de recurso

humano según los planes de beneficio, el inventario de cargos y su contrastación con los requerimientos óptimos; la identificación de la demanda de recurso humano acorde con los nuevos roles en el sistema, la contrastación de la demanda actual con la oferta disponible, y la estimación de los costos de la demanda actual.

**3. Metodología de planificación de recursos humanos en salud.** Este subsistema entregará un producto final clave que es el sistema integral de información de recursos humanos que permita orientar en el Sistema las acciones a corto y mediano plazo y ser soporte para el largo plazo. En este desarrollo el subsistema de metodología de la planificación aspira a proponer una política sobre recursos humanos aún con el mercado de libre demanda que existe en la actualidad, esta política posiblemente será la orientadora de la planificación.

**4. Incentivos** El Subsistema de Incentivos está diseñado para conocer los factores que deter-

minan la distribución geográfica de los recursos humanos de salud en Colombia y a partir de experiencias nacionales e internacionales y de la información recolectada, proponer al Ministerio de Salud en el período comprendido entre 2000-2002, en el marco de una política sostenible, sistemas de incentivos para la redistribución geográfica de los trabajadores de la salud, que contribuyan a su desarrollo laboral y personal y al cumplimiento de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia.

Igualmente, el Proyecto evaluará el problema en una muestra de instituciones (Direcciones Seccionales y Locales de Salud, Empresas Sociales del Estado, IPS, Empresas Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado), para indagar también los contraincentivos que enfrentan las instituciones para reclutar profesionales, tales como limitaciones financieras, locativas, tecnológicas, de legislación, etcétera.

## Exceso de flúor en aguas de Yondó, Antioquia

# Cuando el remedio se convierte en la enfermedad

Algunas conjeturas le atribuyen el problema al uso de químicos propios de la extracción petrolífera que hace Ecopetrol, sin embargo, esto no está comprobado.

Desde hace varios años se detectaron en Yondó, Antioquia, altas concentraciones de flúor en las aguas que abastecen la población, sin que hasta el momento se hayan adelantado medidas adecuadas para solucionar este problema que afecta de manera evidente la salud de los habitantes de este municipio del Magdalena Medio antioqueño.

Aunque los estudios sistemáticos sólo se efectuaron a finales de la década pasada, la exposición a este elemento existe desde hace por lo menos cuarenta años. Así lo afirma la odontóloga Rosa Virginia López, quien realizó un estudio sobre la prevalencia de fluorosis dental, o exceso de flúor en la población de Yondó, con la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia en 1996.

Los indicios más preocupantes de la fluorosis dental presente en Yondó se obtuvieron a partir de 1989, cuando el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud, realizaron un inventario nacional para determinar altas concentraciones en algunos lugares del país. Un año después, las mismas instituciones realizaron un estudio más riguroso en municipios que hubieran presentado una concentración mayor a 0.5 p.p.m. (partes por millón). El municipio que más alta concentración arrojó fue Rivera, en el Huila, con 1110 p.p.m. y una población afectada severamente por dicho exceso.

En 1991 y ya con indicios más claros, la regional Magdalena Medio decidió hacer un estudio aún más exhaustivo que le permitiera corroborar si la alta prevalencia de pigmentaciones dentales en la población de Yondó estaban asociadas al consumo excesivo de flúor. Se realizaron cuatro muestras en cuatro redes de conducción de agua potable en el municipio y dieron como resultado 0,6-0,8, 1,0 y 1,3 p.p.m. Dos de ellas bastante altas para el promedio adecuado de acuerdo con la temperatura de la región (Entre 0,6 y 0,8 p.p.m.)

## Estadísticas bastante preocupantes

Según Rosa Virginia López, el estudio realizado por ella corroboró la sobredosis de flúor con exámenes bioquímicos de muestras de orina y que arrojaron concentraciones entre 2,50 y 5,90 p.p.m. Además, se realizaron análisis de muestras de dientes que presentaron valores desde 155,1 a 1293,0 p.p.m en dientes temporales y 18,6 hasta 900,7 p.p.m. en dientes permanentes.

Estos valores son bastante preocupantes si se comparan con estudios internacionales que determinan fluorosis dental a partir de 2 p.p.m. en el agua de consumo y osteoesclerosis leve a partir de 5 p.p.m. en la orina. Además, según el estudio efectuado con la Facultad de Salud Pública de la UdeA, la prevalencia de fluorosis dental para todas las edades fue de 86,7%, 307 de las 354 personas examinadas. La mayor prevalencia se encontró en el grupo de diez a catorce años y la menor en los mayores de treinta años. Casi el cincuenta por ciento de la población estudiada tenía un grado moderado de fluorosis y un 12,2% tenía la enfermedad en grado severo.

Para Rosa Virginia López, una de las principales salidas al exceso de flúor en Yondó tiene que ver con la utilización de fuentes de agua que contengan un nivel óptimo de flúor (0,6 a 0,8 p.p.m.), para ello es necesario cambiar el sistema de abastecimiento y hacer monitoreos constantes de la misma. Otra medida sería la defluoruración parcial por medio de alumina activada, carbón animal o compuestos de magnesio, que son eliminados

posteriormente mediante el uso de tanques de sedimentación. Y por último, la mezcla con fuentes de agua con menos fluoruro que permita llegar al nivel óptimo.

Adicionalmente, el estudio recomienda declarar a Yondó en cuarentena con respecto a sales y dentífricos fluorados, medida que debería ser acompañada por una campaña de promoción de la salud oral que ponga en conocimiento a la población sobre la fluorosis y cómo prevenirla.

Finalmente recomienda una serie de medidas curativas que van dirigidas a atender a la población afectada por la fluorosis dental, buscando mejorar la apariencia de sus dientes y, así, la calidad de vida de la población.

## Del dicho al hecho

Cuatro años después de realizado el estudio es en realidad muy poco lo que se ha hecho para reducir la incidencia de la fluorosis dental en la población de Yondó. Según un inventario realizado por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, en 1998 la administración de ese municipio estaba adelantando estudios para determinar otras fuentes de agua, encontrándose una superficial distante cuarenta y seis kilómetros y que no pudo habilitarse por los altos costos de inversión necesarios. Paralelamente, Ecopetrol ofreció dos pozos de agua en sitios por definir. Sin embargo, a mayo

de ese año no se habían definido las fuentes que abastecerían a la comunidad.

Un año después, 1999, la Dirección Seccional de Salud realizó muestras de agua y las concentraciones encontradas en el municipio de Yondó, superaron nuevamente los valores admisibles, con un promedio de 2,39 p.p.m. El muestreo se repitió el año pasado en las fuentes de abastecimiento de la cabecera municipal de Yondó, encontrándose concentraciones con un promedio de 2,15 mg/l. En la red de distribución se realizaron seis análisis de los cuales tres dieron concentraciones superiores al valor admisible, con un promedio de 2,17 mg/l.

Paralelamente a ese último muestreo, la Administración Municipal de Yondó estaba gestionando la construcción de dos filtros de carbón activado, con recursos aportados por Ecopetrol. Los filtros tienen una capacidad de diez litros por segundo que según la Dirección Local de Salud no es suficiente para las dos fuentes de abastecimiento. Frente a esto se está implementando como alternativa una bomba para acelerar el proceso, que según la Dirección Seccional de Salud no ofrece grandes resultados pues el agua continúa regándose.

EL PULSO intentó comunicarse en repetidas ocasiones con la directora local de Salud, Gloria Cecilia Restrepo, con el fin de conocer el estado actual de las medidas destinadas a solucionar la situación que aqueja a este municipio del Magdalena Medio, sin respuesta alguna. Adicionalmente, queda la duda sobre otros efectos del exceso de flúor sobre la salud de la población, diferentes a la fluorosis dental. De hecho, en un aparte del Plan de Gestión Ambiental de Corantioquia, realizado en 1998, expresa que los índices de osteoporosis en la población de Yondó está asociada al consumo excesivo de flúor.

Otra de las dudas tiene que ver con las causas de la alta concentración de flúor en la zona. Algunas conjeturas apuntan al uso de químicos propios de la extracción petrolífera, sin embargo, esto no se puede comprobar hasta tanto no salgan los resultados de un estudio contratado por Corantioquia a la Universidad Nacional con un costo de cien millones de pesos. Según Aurelio Hernández, coordinador de la sede de Corantioquia en Yondó, ya se están tomando muestras y hasta el momento no es muy clara la relación entre el flúor y la explotación minera. Otra de las causas puede ser la misma naturaleza del suelo, pues las fuentes de abastecimiento de Yondó son bastante profundas.

En fin, sólo hasta finales de año se podrá conocer la responsabilidad real de Ecopetrol en este caso, sin embargo, la población de Yondó no da espera, e independientemente de las causas, es necesaria la atención inmediata de su problema de salud pública.



Foto: Patricia Velásquez

## El flúor, bueno pero no tanto

la región donde se le consume. Así, en una zona cuyo clima oscile entre los 10 y los 12 grados centígrados, se puede consumir desde 0.9 hasta 1.7 p.p.m. (partes por millón), mientras que otra con una temperatura entre 26 y 32 grados, sólo se recomienda entre 0.6 y 0.8 p.p.m.

En Colombia la fluoruración para reducir la caries dental se inició por medio del agua potable, sin embargo, al encontrarse algunos índices de fluorosis dental o exceso de flúor en los seres humanos, además de las dificultades operativas y de cubrimiento en algunas regiones, se decidió regular, a partir de 1984, la administración de este elemento por medio de la sal de cocina.

Adicional a ello, en el país se realizan campañas de autoaplicación de fluoruros en niños, quienes son los que más asimilan este elemento en sus dientes y organismos. A principios de los 90 la Uni-

versidad de Antioquia realizó una serie de estudios en la que se demostró que al aplicar una solución de fluoruro al 2% para enjuague en niños y adultos este elemento no permanecía en la cavidad bucal sino que pasaba al sistema y se podía detectar en la orina en grandes concentraciones.

Esto puede tener consecuencias en zonas en las que no se tiene claro el índice de consumo y aplicación de fluoruros, sobre todo si se tiene en cuenta que el exceso de flúor puede generar intoxicación aguda, por la ingestión excesiva de fluoruros y crónica, por la ingestión no adecuada de a través de largos periodos de tiempo. El segundo de los casos es el más común y puede producir desde alteraciones fisiológicas leves hasta enfermedades graves e incapacitantes.

Según estudios hechos a partir de casos de fluorosis dental, los efectos pue-

den ir desde la reducción de la caries dental por una concentración de 1 p.p.m. en el agua de consumo, hasta el retardo de crecimiento por una cantidad de 100 p.p.m. en el agua. También puede producir fluorosis dental, que ocasiona pigmentaciones y deterioro de los dientes, a partir de 2 p.p.m. y osteoesclerosis leve si se detectan 5 p.p.m. en la orina de las personas que lo consumen.

El primer caso de fluorosis dental en Colombia se detectó en Manizales en 1972 por medio de un estudio para probar los resultados de la fluoruración de las aguas del acueducto de esa ciudad. En esa ocasión un 25% de las personas estudiadas presentaron problemas de esmalte en los dientes por causa del exceso de flúor en sus organismos. Al año siguiente se repitió el estudio en niños de 11 años y un 98% de ellos tenían fluorosis en mayor o menor grado.

## Simposio Internacional Avances en resonancia magnética

Liderado por el Instituto de Alta Tecnología Médica de Antioquia, la quinta versión de este encuentro, el más relevante en su género, tiene énfasis en columna, cabeza y cuello, y convoca a los profesionales del país de las distintas especialidades del área de la salud.

La sede del V Simposio será Cartagena de Indias entre el 8 y el 9 de junio próximo. Los asistentes podrán conocer los últimos desarrollos e investigaciones presentadas por personalidades como el Doctor Mahmood F. Mafee, profesor y jefe del Departamento de Radiología de la Universidad de Illinois, Chicago; el Doctor Randy J. Jinkins, profesor y jefe del Departamento de Investigaciones en Neuroimágenes de la Universidad de Hahnemann, Filadelfia; el Doctor Miguel Angel López Pino, radiólogo en resonancia magnética, de la Clínica de Nuestra Señora del Rosario de Madrid; la Doctora Martha Ballesteros, neurorradióloga del Miami Children's Hospital, por citar algunos de los invitados.

Con el apoyo de le Hospital Universitario San Vicente de Paúl y la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, el V Simposio tiene como objetivo divulgar los avances en resonancia magnética e imágenes diagnósticas y darlas a conocer a especialistas como ortopedistas, fisiatras, otorrinolaringólogos, neuroradiólogos, neurólogos, pediatras, radiólogos, entre otros. De esta manera, el Simposio se propone como el espacio ideal para intercambiar experiencias con expertos en el tema y para conocer trabajos realizados en otras partes del mundo.

## Invitación abierta

El hecho de que la medicina se conciba hoy como una profesión multidisciplinaria, amplía la convocatoria del Simposio a especialistas de diversas áreas de la salud. "Es una propuesta para que los equipos de diversas disciplinas tengan elementos para hablar el mismo lenguaje y aunar esfuerzos en beneficio de los pacientes", en opinión de uno de los organizadores.

La resonancia magnética como sistema diagnóstico ofrece ventajas importantes sobre otros métodos, al punto que ha reemplazado a algunos de ellos. Cada edición del Simposio tiene un énfasis, y para esta ocasión las ponencias se centrarán en los temas de columna, cabeza y cuello.

**El Simposio es una gran oportunidad para que los especialistas conozcan los avances y los alcances de la resonancia magnética y de las imágenes diagnósticas, como una manera de optimizar los recursos físicos, técnicos y humanos, en beneficio del paciente.**

## CULTURAL

### Marilyn Monroe

# Una hermosa niña

“Es la mujer más triste que jamás he conocido”, dijo de Marilyn Monroe su esposo, el dramaturgo Arthur Miller, mientras ella, acosada por su fragilidad, se esforzaba por repartir el brillo engañoso de la diva bien dotada, la estrella que cautivaba por tener “eso”, el *sexappeal* hecho a la medida frívola de las taquillas de Hollywood. Adaptación de una historia del escritor norteamericano *Truman Capote*, gran amigo de la actriz.

**Tiempo: 28 de abril de 1955**

**Escena: La capilla de la funeraria Universal en la avenida Lexington y la calle cincuenta y dos, Nueva York.** Un interesante grupo representativo se apretuja en los asientos: celebridades, en su mayoría, del ambiente teatral, cinematográfico y literario internacional presentes todos en homenaje a Constance Collier, la actriz Inglesa, que murió el día anterior. Nacida en 1880, Miss Collier comenzó su carrera como corista de teatro y variedades, pasando de allí a convertirse en una de las principales actrices shakesperianas de Inglaterra (y novia, de por vida, de Sir Max Veerbohm, con quien nunca se casó, siendo tal vez por esa razón la inspiración de la travesía e inconseguible heroína de la novela de Sir Max, *Zuleika Dobson*). Después de un tiempo emigró a los Estados Unidos, donde se convirtió en una importante figura en el teatro de Nueva York y en el cine de Hollywood. Durante las últimas décadas de su vida vivió en Nueva York; allí daba clases de teatro de alto nivel: sólo aceptada profesionales como estudiantes, y por lo general profesionales que ya eran “estrellas”. **Katherine Hepburn** fue su alumna permanente. Otra **Hepburn, Audrey**, fue igualmente una de las protegidas de la Collier, igual que **Vivian Leigh** y, unos meses antes de su muerte, una neófito a quien Miss Collier llamaba “mi problema especial”:  
**Marilyn Monroe.**

## Tiene “algo”

Marilyn Monroe, a quien conocí por intermedio de John Houston cuando dirigía *La Jungla de Asfaltu* la primera película en que Marilyn habló, pasó a ser protegida de Marilyn Monroe por sugerencia mía (...). Al principio a Miss Collier no le interesó conocerla, no veía muy bien, no había visto las películas de Marilyn y, en realidad, no sabía nada de ella, excepto que era una especie de bomba sexual de pelo platinado, de fama mundial. En fin, no parecía arcilla adecuada para la severa y clásica formación de Miss Collier. Pero yo pensé que podían hacer una combinación estimulante. Así fue. “Oh, sí”, me informó Miss Collier. “Tiene algo. Es una hermosa niña. No lo digo por lo obvio, tal vez demasiado obvio. No es una actriz, en absoluto, en el sentido tradicional. Lo que ella tiene, esa presencia, esa luminosidad, esa inteligencia, nunca podría salir a relucir en el escenario. Es algo tan frágil, tan sutil, que sólo la cámara puede congelar su poesía. Pero quien piense que la chica es otra Harlow, o una prostituta, está loco. Hablando de locura, es de eso que nos estamos ocupando: de Ofelia. Supongo que la gente se reiría de sólo pensarlo, pero realmente podría ser la Ofelia más deliciosa del mundo. Estaban hablando con Greta la semana pasada, y le mencioné a Marilyn como Ofelia, y Garbo dijo sí, que no creía, porque la había visto en dos películas, muy comunes y vulgares, pero que, de todos modos, dejaban entrever las posibilidades de Marilyn... ¡Greta! Tan desaprovechada! Y qué talento, bastante parecido al de Marilyn cuando se piensa. Por supuesto Greta es una actriz consumada, de máximo control. Esta hermosa criatura carece de todo concep-

to de disciplina y sacrificio. No sé por qué, pero me parece que no llegará a vieja. Es absurdo que lo diga, pero siento que morirá joven. Espero, ruego, que viva lo suficiente para liberar ese talento tan extraño y encantador que es en ella como un espíritu prisionero”.

Ahora Miss Collier ha muerto, y yo estaba en el vestíbulo de la capilla Universal esperando a Marilyn. Hablamos por teléfono la noche anterior y quedamos de sentarnos juntos en el servicio, que empezaría al medio día. Ya llevaba más de media hora de retraso. *Siempre* llegaba tarde, pero pensé que, por una sola vez, podía llegar a horario. ¡Por el amor de Dios! ¡Maldición! De repente llegó, pero no la reconocí hasta que me dijo:

MARILYN: Querido, perdóname. Pero como ves, me maquillé y luego pensé que no debería ponerme pestañas postizas ni pintarme los labios ni nada, de modo que me lavé la cara, y no sabía qué ponerme...

(Lo que se había puesto finalmente habría sido apropiado para la abadesa de un convento que asiste a una audiencia privada con el Papa. Tenía el pelo totalmente cubierto por un pañuelo de Chifón negro, un vestido negro suelto, largo, que parecía prestado, medias de seda negra que opacaban la rubia belleza de sus esbeltas piernas. Seguro que una abadesa no se habría puesto los zapatos de tacón altos, negros y vagamente eróticos que había elegido, ni los anteojos oscuros, de lechuzas, que tomaban dramática su palidez de vainilla de su fresca piel).

TRUMAN CAPOTE: Se te ve muy bien.

MARILYN: (Royendo una uña del pulgar, ya totalmente comida): ¿Estás seguro? Estoy tan nerviosa ¿Sabes? ¿Dónde está el baño? Si pudiera ir un momento...

TC: ¿A tomarte una píldora? ¡No! Shhh...ya ha empezado el panegírico.

(De puntillas, entramos en la capilla llena de gente y logramos ubicarnos en un espacio estrecho en la última fila...Durante todo este tiempo mi acompañante no cesaba de quitarse los anteojos para enjugar las abundantes lágrimas que brotaban de sus ojos azul grisáceos. Algunas veces la había visto sin maquillaje, pero hoy presentaba una nueva experiencia visual, un rostro que no había observado antes, y al principio no me dí cuenta de qué pasaba. ¡Ah! Era por el pañuelo de cabeza. Con el pelo oculto, el cutis sin cosméticos, parecía de doce años, una virgen pubescente recién admitida a un orfanato, que se lamenta por su suerte. Por fin la ceremonia terminó, y la congregación comenzó a dispersarse).

MARILYN: Por favor, sentémonos aquí. Esperemos a que se vayan todos.

TC: ¿Por qué?

MARILYN: No quiero tener que hablar con todo el mundo. Nunca sé qué decir.

TC: Siéntate aquí que yo esperaré afuera. Tengo que fumar un cigarrillo.

MARILYN: ¡No me puedes dejar sola! ¡Dios mío! Fuma aquí.

TC: ¿Aquí? ¿En la capilla?

MARILYN: ¿Por qué no? ¿Qué vas a fumar? ¿Marihuana?

TC: Muy graciosa. Vámonos.



Foto: C.L.B.

MARILYN: Por favor, hay un montón de fotografías abajo. Y por supuesto que no quiero que me saquen fotos con esta ropa.

TC: No te culpo.

MARILYN: Dijiste que se me veía muy bien.

TC: Y es verdad. Estás perfecta para el papel de la novia de Frankenstein.

MARILYN: Te estás riendo de mí ahora.

TC: ¿Te parece?

MARILYN: Te ríes por dentro. Y esa es la peor clase de risa.

(Frunciendo el seño: mordiéndose la uña del pulgar). En realidad, podía haberme puesto maquillaje. Todo el mundo estaba aquí maquillado.

TC: Incluso yo.

MARILYN: Hablando en serio. Es el pelo. Necesito tintura y no tuve tiempo. Todo fue tan inesperado. La muerte de Miss Collier ¿Ves?

(Se levantó un poquito el pañuelo para mostrarme una franja negra en la raya del pelo).

TC: Pobre inocente de mí. Yo que creía que eras una rubia auténtica.

MARILYN: Lo soy. Pero nadie es *natural*. ¿Por qué no te vas a la m...?



Foto: C.L.B.

TC: Bueno, ya se han ido todos. Vamos, levántate.

MARILYN: Esos fotografías están ahí todavía. Lo sé.

TC: Si no te reconocieron al entrar, no te reconocerán cuando salgas.

MARILYN: Uno me reconoció. Pero me metí por la puerta antes de que empezara a gritar.

TC: Debe haber una puerta posterior. Podemos salir por ahí.

MARILYN: No quiero ver ningún cadáver.

TC: ¿Por qué vamos a ver cadáveres?

MARILYN: Esto es una funeraria. Deben guardarlos en alguna parte. Lo único que me falta, entrar en un cuarto lleno de muertos. Ten paciencia. Iremos a alguna parte y te invitaré a tomar Champagne.

(De modo que nos quedamos sentados y Marilyn dijo: Odio los funerales. Me alegro de no tener que ir al mio. Sólo que no quiero funeral, sino que uno de mis hijos, si tengo alguno, tire mis cenizas al viento. Hoy no habría venido de no ser porque miss Collier me quería, se preocupaba por mi porvenir y era como una abuelita, una abuelita severa, pero que me enseñó muchas cosas. Me enseñó a respirar. Lo he aprovechado, y no sólo cuando actúo. Hay otros momentos cuando respirar es un problema...

Hablamos de actores y actuaciones: “Todos dicen que no sé actuar. Decían lo mismo de Elizabeth Taylor. Y se equivocaron. Estuvo magnífica en *Ambiciones que matan*. A mí nunca me darán el papel apropiado, algo que realmente quiera hacer. No me ayude el aspecto físico. Demasiado específico”; hablamos un poco de Elizabeth Taylor, quería saber si yo la conocía, y le dije que sí, y ella dijo, bueno, cómo es, cómo es *en realidad*, y yo dije, bueno, es algo parecida a ti, es muy franca y dice cualquier cosa, y Marilyn dijo vete a la m...y me dijo bueno, si alguien me preguntara cómo era Marilyn Monroe, cómo era Marilyn Monroe *en la realidad*, y le dije que tenía que pensarlo.

TC: ¿Te parece que podemos irnos de una vez? Me prometiste champagne ¿recuerdas?

MARILYN: Recuerdo pero no tengo dinero.

TC: Siempre llegas tarde y nunca tienes dinero. Por casualidad ¿no estás bajo la impresión de que eres la Reina Isabel?

MARILYN: ¿Quién?

TC: La Reina Isabel, la Reina de Inglaterra.

MARILYN: (Frunciendo el ceño): ¿Qué tiene qué ver conmigo?

TC: La reina Isabel nunca lleva dinero encima. No le está permitido. El vil metal no debe mancillar la palma de la mano real. Hay una ley o algo así.

MARILYN: Ojalá pasaran una ley parecida para mí.

TC: Sigue así y a lo mejor sucede...

MARILYN: Eh ¿tienes dinero?

TC: Unos cincuenta dólares.

MARILYN: Eso nos debe alcanzar para un poco de Champagne.

(Afuera, Lexington estaba vacía de sospechosos: nada más que inofensivos transeúntes. Eran como las dos de una linda tarde de abril, ideal para caminar. Deambulamos hasta la Tercera Avenida. Unos pocos dieron vuelta a la cabeza, no porque reconocieran a Marilyn como Marilyn sino debido a su atavío funerario. Ella rio con esa sonrisa suya tan especial, tentadora como cascabeles, y dijo: “A lo mejor siempre debería vestirme así, verdaderamente anónima”

Mientras nos acercábamos al bar de P.J. Clarke, dije que éste sería un buen lugar para tomar un refresco, pero Marilyn lo vetó. “Está lleno de idiotas de la publicidad. Y esa Dorothy Kilgallen, siempre está allí, emborrachándose ¿Qué les pasa a estos irlandeses? Chupan más que los indios”.

Me sentí obligado a defender a Kilgallen, que era algo amiga mía, y dije que en ocasiones podía llegar a ser muy graciosa. Marilyn dijo: Sea como sea, ha escrito cosas terribles acerca de mí. Todas esas me odian. Hedda, Louella. Sé que supuestamente uno debe acomodarse a eso, pero yo no puedo. Lo que dicen duele. ¿Qué le he hecho yo a esas brujas? El único que escribe cosas decentes de mí es Sindy Skolsky. Pero él es hombre. Los tipos me tratan bien. Como si fuera un ser humano. Por lo menos me otorgan el beneficio de la duda...”

Miramos las vidrieras de las tiendas de antigüedades. En una había una bandeja con anillos viejos. Marilyn dijo: “Ese es bonito. El granate con las perlas. Me gustaría poder usar anillos, pero no me gusta que la gente se fije en mis manos. Son demasiado gordas. Pero con los ojos que tiene ¿quién se va a fijar en sus manos? Me gusta bailar desnuda frente aun espejo y ver cómo se me mueven las tetitas. No son

feas. Ojalá no tuviera las manos tan gordas”.

En otra vidriera vimos un hermoso reloj de péndulo, lo que le hizo decir: “Nunca tuve un hogar. Una casa verdadera, con muebles míos. Pero si vuelvo a casarme, y gano mucho dinero, voy a alquilar un par de camiones y recorreré la Tercera Avenida comprando todo lo que se me antoje. Una docena de relojes de péndulo. Los pondré todos en un cuarto, y todos a la misma hora. Eso sería como un verdadero hogar ¿no te parece? ¡Eh! ¡Mira! ¡Enfrente!

TC: ¿Qué?

MARILYN: ¿Ves el letrero con la palma de la mano? Ahí deben leer el futuro.

TC: ¿Tienes ganas de entrar?

(Marilyn estuvo a punto de entrar, luego cambió de idea)

Marilyn: Hay veces que me gusta saber qué pasará. Pero después pienso que es mejor no saberlo. Me gustaría saber dos cosas, sin embargo. Una, si voy a adelgazar.

TC: ¿Y la otra?

MARILYN: Es un secreto.

TC: Vamos, vamos. Hoy no puede haber secretos. Hoy es un día de dolor, y los que sufrimos compartimos los pensamientos más recónditos.

MARILYN: Bueno, es acerca de un hombre. Hay algo que quiero saber. Pero no diré más. Realmente es un secreto.

(Y pensé: Eso es lo que tú crees. Ya te lo sacaré).

TC: Hablemos de tu amor secreto.

MARILYN: (Silencio)

TC: Silencio

MARILYN: (Risitas)

TC: (Silencio)

MARILYN: Conoces a tantas mujeres ¿Cuál es la mujer más atractiva que conoces?

TC: Barbara Paley. No tiene rival.

MARILYN: (Frunciendo el ceño): ¿Esa a la que dicen Babe? A mí no me parece una beba. La he visto en Vogue. Es elegante. Mirando las fotos uno se siente como una chancha.

TC: Le divertiría oír eso. Te tiene celos.

MARILYN: ¿Celos de mí? Te estás burlando de nuevo.

TC: No, está celosa.

**Continúa en la página 14**

## Viene de la página 13

MARILYN: Pero ¿Por qué?

TC: Por lo que dijo en los diarios una periodista...que su marido tiene un asunto contigo. William S. Paley. El mayor magnate de la televisión. Le gustan las rubias bien formadas, las morochas también.

MARILYN: Eso es un disparate. No conozco a ese tipo.

TC: Ah, vamos, vamos. Conmigo puedes ser franca. Este amante secreto es William S. Paley, ¿n' ést-ce-pas?

MARILYN: ¡No! Es un escritor. Él es un escritor.

TC: Eso es mejor. Ya vamos a alguna parte. De modo que tu amante es un escritor. Debe ser malísimo, o no te avergonzarías de decirme su nombre.

MARILYN: ...Cuéntame cuál fue tu mejor experiencia en ese sentido.

TC: ¿La mejor? ¿La más memorable? Mejor que contestes tú primero.

MARILYN: ¡Y dices que yo soy difícil! ¡Já! (Tomando champagne).

TC: ¿Joe no es malo. Juega bien al béisbol. Si fuera por eso, aún seguiríamos casados. Todavía lo amo. Es sincero.

TC: Los maridos no cuentan. En este juego.

MARILYN: (Mordisqueándose la lengua; pensando, realmente): Bueno, conocí a un hombre, medio pariente de Gary Cooper. Un corredor de bolsa, no gran cosa: sesenta y cinco años, usa anteojos gruesos... No sé qué era, pero... Bueno, vivo, tu turno.

TC: Olvídale. No tengo por qué contarte nada. Porque ya sé quien es tu maravilla oculta: Arthur Miller. Bajó los anteojos negros. Si las miradas mataran...)

MARILYN: Tartamudeando: Pero ¿Cómo? Quiero decir, nadie...Es decir, casi nadie...

TC: Siento haberte molestado

MARILYN: No estoy molesta.

TC: Pero lo estaba. Mientras pagaba la cuenta, fue al toilette. Deseé tener conmigo un libro para leer: tus visitas al toilette a veces duraban tanto como la preñez de una elefanta. Mientras pasaba el tiempo, me puse a pensar si estaría tomado píldoras tranquilizantes o estimulantes...Después de unos veinte minutos decidí investigar. A lo mejor se había tomado

MARILYN: Los perros nunca me muerden. Sólo los humanos ¿Cómo se llama?

EL HOMBRE: Fu Manchu

MARILYN (riendo): Oh, como en el cine. Qué amor.

EL HOMBRE: Usted, ¿Cómo se llama?

MARILYN: ¿Yo? Marilyn

EL HOMBRE: Eso pensé. Mi mujer no me creería. ¿Me puede dar un autógrafo?

(Sacó una tarjeta y un lapicero. Utilizado su cartera como apoyo, ella escribió: Que Dios lo bendiga, *Marilyn Monroe*).

MARILYN: Gracias

EL HOMBRE: Gracias a usted, voy a mostrar esto en la oficina.

(Seguimos hasta el borde del muelle, donde nos pusimos a escuchar el ruido del agua).

MARILYN: Yo solía pedir autógrafos. Todavía lo hago, a veces. El año pasado vi a Clark Gable sentado cerca de mí y le pedí que me firmara la servilleta.

Apoyada contra un poste de amarras, la observé, de perfil: Galatea oteando las distancias no conquistadas. La brisa le esponjaba el pelo. Volvió la cabeza hacia mí con gracia etérea, como si la hiciera girar la brisa).

TC: ¿Cuándo alimentamos a los pájaros? Yo también tengo hambre. Es tarde, y no almorzamos.

MARILYN: Recuerda, te dije que si alguna vez te preguntaran cómo era yo, cómo era, *en realidad* Marilyn Monroe ¿cómo contestarías esa pregunta? (Su tono era burlón, juguetón, sin embargo sincero, al mismo tiempo: quería una respuesta honesta). Apuesto a que dirás que era una palurda.

TC: Por supuesto, pero también les diría...

(Ya se iba la luz. Ella parecía desvanecerse con la claridad, mezclarse con el cielo, retroceder y ocultarse detrás. Yo quería alzar la voz por encima de los gritos de las gaviotas y preguntarle: "Marilyn, Marilyn, ¿por qué todo tuvo que salir así? ¿Por qué es una m...esta vida? )

TC: Yo diría...

MARILYN: No te oigo

TC: Diría que eres una hermosa niña.

una dosis letal, o cortado las muñecas. Encontré el baño de damas, y llamé a la puerta. Dijo: "Pasa". Estaba frente a un espejo mal iluminado. Pregunté: "¿Qué estás haciendo?" Ella contestó: "Mirándola". En realidad se estaba pintando los labios color rubí. Además se había quitado el pañuelo de la cabeza y peinado ese pelo brillante y finito que tenía).

MARILYN: Espero que te quede bastante dinero.

TC: Depende. No como para comprar perlas, si es tu idea de hacer las paces.

MARILYN: (riendo, nuevamente de buen humor. Decidí no volver a mencionar a Arthur Miller), No. Para un viaje en taxi, nada más...

Vamos a un lugar que me gusta. Ya verás cuando llegemos... vamos al muelle, nada más (feliz, riendo).

TC: ¿Y puedo preguntar por qué?

MARILYN: Me gusta. Huele a otro país, y puedo dar de comer a las gaviotas.

TC: ¿Qué les darás? No tienes nada.

MARILYN: Sí, tengo la cartera llena de bizcochitos chinos. Los robé del restaurante.

(Ya allí, las gaviotas que revoloteaban y se divertían, blancas contra el horizonte marino y el cielo veteado de vellones de nubes, diminutas y frágiles como encaje, pronto tranquilizaron su espíritu. Al bajar del taxi vimos a un hombre que llevaba a un perro chino de una correa... Al pasar junto a él, ella se detuvo a acariciar el perro).

EL HOMBRE: (firme y poco amistosamente): No debería tocar perros desconocidos. Especialmente a estos. Podrían morderla.

## Reconocimiento del Congreso de la República

# Un grupo, un acierto: calidad

El Representante a la Cámara, Manuel ramiro Velásquez Arroyave, entrega el reconocimiento al director del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, doctor Julio Ernesto Toro Restrepo; al Rector de la Universidad de Antioquia, doctor Jaime Restrepo Cuartas (a la izquierda); al director de la Unidad Renal, doctor Mario Restrepo Gómez (a la derecha) y al Jefe del Grupo de Trasplantes doctor Alvaro Velásquez. Foto Mauricio Gómez

La Unidad Renal y de Trasplantes del Hospital Universitario de Paúl de Medellín y la Universidad de Antioquia recibió del Congreso de la República la Orden de la Democracia Simón Bolívar, grado Cruz de Comendador. El representante a la Cámara, Manuel Ramiro Velásquez Arroyave, destacó en la ceremonia de entrega la importante labor de

servicio a la comunidad efectuada desde 1968 cuando las inquietudes, la audacia y la capacidad científica de un grupo de nefrólogos y cirujanos del Hospital, permitieron gestar la que hoy se considera la unidad renal más grande de América Latina, con logros tan significativos como el de haber efectuado, en 1973, el primer trasplante renal de un donante vivo en Colombia

y, en 1988, el primer trasplante simultáneo de páncreas y riñón en el país. Más de 2000 trasplantes realizados y aciertos como el de tener la red de consecución de órganos más fuerte del mundo, han consolidado el prestigio nacional e internacional de esta unidad, visitada cada vez más por pacientes de otros países.

## Suscríbase

"El Pulso y la Editorial de la Universidad de Antioquia, una alianza saludable para usted"

Suscríbase a **El Pulso** y obtenga los mejores descuentos en las últimas publicaciones de la colección médica de la Editorial de la Universidad de Antioquia.

### La oferta incluye:

Promoción 1: Libro Neurocirugía y suscripción al periódico El Pulso por un año \$ 79.000.00

Promoción 2: Libro Pautas de tratamiento en pediatría y suscripción al periódico El Pulso por un año \$ 44.800.00

Promoción 3: Libro Urgencias: guías de manejo y suscripción al periódico El Pulso por un año \$ 42.200.00

Consigne el dinero de la promoción seleccionada en la cuenta **Conavi 1053-7229522 a nombre de la Universidad de Antioquia**. Envíe el recibo de la consignación y este cupón al fax 2 63 44 75 de Medellín, o a la Calle 64 con Cra. 51D, Dirección General, Periódico El Pulso y a la vuelta de correo recibirá su pedido. Mayores informes, periódico El Pulso Tels: 2 63 78 10 - 2 63 43 96, y Editorial Universidad de Antioquia, Tels: 2 10 50 10 - 2 10 50 12.

Por favor, complete el siguiente formulario con sus datos personales:

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Documento de identidad: \_\_\_\_\_  
 Empresa: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la empresa: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

## SUSCRÍBASE

Periódico para el sector de la salud

Fecha de suscripción: \_\_\_\_\_

Nombre (s): \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

Ciudad y País: \_\_\_\_\_

Teléfono: Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Residencia: \_\_\_\_\_

Oficina: \_\_\_\_\_

Apartado Aéreo: \_\_\_\_\_

---

Forma de pago Efectivo  Cheque

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

Banco: \_\_\_\_\_

Cheque no.: \_\_\_\_\_

Usted puede realizar su consignación en cualquier ciudad del país, en las cuentas:

Banco Ganadero, cuenta no. 29900056-2

Banco Santander, cuenta no. 01004147-3

Favor enviar copia de la consignación al Fax: (4)263 44 75

---

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

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

## CLASIFICADOS

Anuncie en los clasificados del periódico **EL PULSO**

**TARIFAS ECONÓMICAS**

Mayores informes, teléfonos: (4)263 43 96 - (4)263 78 10

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

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

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

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

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



Hospital Universitario  
San Vicente de Paúl de  
Medellín

## Primera Jornada Cardiológica

El Hospital Universitario San Vicente de Paúl y sus departamentos de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, realizará los días 24 y 25 de mayo del presente año, la PRIMERA JORNADA CARDIOLOGICA, en el auditorio del centro comercial Sandiego de Medellín. Este certamen académico contará con la participación de expertos del Hospital, de la Universidad de Antioquia y de otras instituciones de reconocida prestigio; estará dirigido a médicos internistas, generales y otros especialistas y profesionales de la salud. La entrada será libre.

Por: Alfonso Mejía  
Médico cardiólogo HUSVP

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en la población adulta en el mundo. Nuestro país no constituye la excepción, sólo que aquí estas enfermedades son desplazadas a un segundo lugar por el fenómeno de la violencia que, Dios permita, podamos solucionar en un tiempo no muy lejano.

La enfermedad coronaria en sus diferentes modalidades: angina estable, angina inestable, infarto de miocardio y muerte súbita, hipertensión arterial, falla cardíaca, enfermedad cardíaca vascular y cardiopatías congénitas está clasificada dentro del las enfermedades mal llamadas catastróficas o ruinosas y representa grandes erogaciones económicas en el Sistema de Salud para ser atendidas. Muchas veces los pacientes se ven condenados a padecerlas dolorosamente hasta el final de sus vidas en una forma desconsoladora y deshumanizada, por la falta del presupuesto que permita un adecuado diagnóstico y tratamiento. Sobre todo las personas de más escasos recursos, que no pueden acceder a servicios públicos o privados. Consciente de esta situación, el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, dentro de su plan estratégico ha considerado la enfermedad cardiovascular como prioritaria en su desarrollo de programas de atención a la comunidad y, hace un año, se comprometió a reforzar su vocación de servicio. Ahora el Hospital cuenta con una moderna Unidad Cardiovascular y del Tórax, que se inauguró el siete de diciembre de 1999 con una planta física confortable y con todos los servicios de diagnóstico y tratamiento. Unidad de hemodinamia, ecocardiografía, pruebas de esfuerzo, holter, monitoreo de presión arterial, marcapasos, clínica de falla cardíaca, Tilt test, servicio de rehabilitación, cirugía cardíaca, unidad de cuidados intensivos e intermedios y área de hospitalización, todas ellas conforman un servicio atendido por un selecto grupo de profesionales de la salud.

Para conmemorar esta efeméride se ha organizado la primera Jornada Cardiológica que se efectuará los días 24 y 25 de mayo, en el auditorio del Centro Comercial San Diego. Allí los asistentes encontrarán los más recientes avances en el área de la cardiología diagnóstica, clínica y quirúrgica y, además, la presentación de una teleconferencia, con transmisión desde la unidad cardiovascular al recinto del evento. Colaborarán distinguidos profesionales de nuestra institución. Esperamos que el evento sea de buen recibo y motive a mantenerlo en forma institucionalizada, en la agenda de todos y cada uno de los interesados.

### TEMAS

#### CARDIOLOGÍA DIAGNÓSTICA:

Prueba de Esfuerzo, Ecocardiografía, Cardiología Nuclear, Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial - MAPA-

#### CARDIOLOGÍA CLÍNICA:

Insuficiencia Aórtica – Momento Médico VS Quirúrgico, Fuentes Embolígenas de Origen Cardiovascular, Hipertensión Arterial-Tratamiento, Falla Cardíaca-Tratamiento.

#### CIRUGÍA CARDIOVASCULAR:

Insuficiencia Mitral –Indicación Quirúrgica, Aneurisma y Disección de la Aorta Torácica, Revascularización Miocárdica sin Extracorpórea, Falla Cardíaca– Alternativas Quirúrgicas, Cirugía Endovascular: Estado del Arte, Riesgo Cardiovascular Quirúrgico en Cirugía no Cardíaca, Complicaciones Neurológicas Post-Cirugía Cardíaca.

#### CUIDADOS INTENSIVOS:

Monitoreo Cardiovascular, Síndromes Agudos Derechos, Reanimación Cardiopulmonar Avanzada, Disfunción Cardiovascular en Shock Séptico, Angina Inestable, Trombo Embolismo Pulmonar, Shock Cardiogénico.

#### TELECONFERENCIA:

Valvuloplastia con Balón, Angioplastia Coronaria, Valvuloplastia Mitral Quirúrgica .

Informes: 4-2637810, e.mail:  
comunica@elhospital.org.co

# OBSERVATORIO

## Economía a la salud y salud a la economía

Verónica Salazar Restrepo

Centro de Investigaciones Económicas, U de A

Para algunos analistas, la reactivación de la economía ayudará a superar el estancamiento en que se encuentra la cobertura de la seguridad social en salud en el país; en particular, permitirá incrementar el número de cotizantes en el régimen contributivo y, por tanto, aportar más recursos para financiar el régimen subsidiado. Detrás de esta idea, existe la creencia de que la falta de cobertura se atribuye a la crisis económica y que, en consecuencia, basta con inyectarle "salud a la economía" o, simplemente, esperar a que retorne un crecimiento económico sostenido. Sin embargo es conveniente, antes de comprometerse con un juicio de esta naturaleza, realizar un ejercicio en el cual se explore la relación entre afiliación y algunas variables económicas, de manera que se ponga a prueba la relación empleo y salud.

### ¿Empleo = Seguridad Social?

Es razonable pensar que existe una relación directa entre el número de ocupados y el número de cotizantes a la seguridad social. Efectivamente, si una persona se vincula al mercado laboral, se supone que percibirá ingresos que le generan capacidad de pago y por tanto puede incluir dentro de su canasta de bienes un seguro de salud que le cubra de los costos económicos de enfermar. De esta manera la ley 100 de 1993, en su artículo 157 literal A1 establece que *Los afiliados al régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y los jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago*. De manera contraria, si una persona queda desempleada reduce o pierde su capacidad de pago y, en consecuencia, al dejar de cotizar pierde su derecho a la protección del seguro.

Vemos entonces que existe una relación directa entre el empleo y la seguridad social. Pero, ¿qué ocurre cuando se presentan señales de recuperación de la economía a costa de un viraje de la dinámica del empleo, que conlleve la generación de empleo mal remunerado e inestable?. Llevaría esto a que la relación entre estas dos variables se modifique?. Para aproximarse al grado de sensibilidad de la afiliación a la seguridad social con respecto a la dinámica del empleo, en el marco de la evolución económica del país, es pertinente hacer una diferenciación de los resultados en momentos de crisis y de recuperación de la economía, y analizar si se mantiene la relación directa entre las dos variables. Es así como la evolución del número de ocupados en las siete principales áreas metropolitanas del país permite identificar dos momentos: uno de crisis, de 1998 a mediados de 1999, y uno de recuperación a partir de junio de 1999.

### En tiempo de crisis

El comportamiento de la economía entre marzo de 1998 y junio de 1999 fue de crisis: se presentó una caída en el número de personas ocupadas (3.5%), lo cual estuvo asociado al freno de la economía en términos de la generación de empleo y pérdidas de éste causadas por cierres de empresas y despidos masivos que se presentaron fundamentalmente en el sector y privado. Del mismo modo, el número de cotizantes se redujo durante este período en una cifra muy cercana a la disminución de los ocupados (3.8%), de manera que por cada punto porcentual en que se redujo el número de ocupados, los cotizantes en el régimen contributivo disminuyeron 1.085%.

### En tiempos de recuperación

Sin embargo, a partir de junio de 1999 y hasta septiembre del 2000 esta relación se comporta de manera diferente y es así como la dirección de ambas variables es contraria: los cotizantes disminuyeron (2.2%) y los ocupados aumentaron 5.8%. Esto significa que el aumento de los ocupados en 1% está asociado a una reducción de los cotizantes (0.38%). ¿Cómo poder explicar que la economía muestre señales de mejoramiento y ello no se refleje en un aumento directo de los aportantes al régimen contributivo?.

Una pista para responder este interrogante se encuentra en el tipo de empleo que sé esta

generando, el cual no permite la entrada directa de estas personas como cotizantes y más bien las puede llevar a vincularse al sistema como beneficiarios o adicionales, a permanecer por fuera del sistema o a buscar el ingreso mediante el régimen subsidio. Por ejemplo, en el cuadro se puede apreciar que de 100 nuevos ocupados en el año 2000, 23 son asalariados y 77 independientes, lo cual se aproxima a lo que la Organización Internacional del Trabajo –OIT– ha denominado como la población 80/20 (80 empleos informales 20 formales por cada 100 empleos nuevos).

Vemos entonces que en el grupo de los asalariados, que comprende a los empleados de la empresa privada y empleados del gobierno, han venido perdiendo peso a favor del grupo de los independientes y del grupo de otros, este último comprendido por los empleados del servicio doméstico y ayudantes familiares. Se aprecia entonces una recomposición del tipo de empleo de los ocupados, pasando de la formalidad a la informalidad.

Lo anterior, connota inestabilidad en el empleo, bajos ingresos y por tanto una disminución en la capacidad de pago, lo cual no genera incentivos a las personas para entrar al sistema como cotizante-independiente, por el alto ingreso base de cotización (dos salarios mínimos). Esta situación de aumento de la afiliación, causada solo por el aumento de los beneficiarios puede traer a largo plazo un desequilibrio financiero del sistema de salud, al reducirse o contenerse el monto de los ingresos e incrementarse el gasto. Directamente, también se afectaría la financiación del régimen subsidiado por la disminución el punto de solidaridad.

## Conclusiones

### Salud a la economía

Para salir del estancamiento en que se encuentra la cobertura de aseguramiento del régimen contributivo se requieren, por parte del sistema económico, políticas de generación de empleo formal que proporcionen ingresos estables y suficientes para mantener la cotización a la seguridad social y garantizar el equilibrio macro del sistema; además, políticas y acciones claras en contra de la evasión y cubrimiento de personas sin empleo.

### Economía a la salud

Ya que el sistema fue pensado bajo el enfoque de alta participación del sector formal de la economía, se necesitan mecanismos que incentiven la afiliación de la población informal que está creciendo considerablemente, si es que poseen capacidad de pago; esto podría hacerse bajando el ingreso base de cotización de dos salarios mínimos. A la vez, crear mecanismos de control, tal como lo hacen algunas empresas, como por ejemplo el de colocar como requisito para firmar un contrato de prestación de servicios la afiliación al seguro de salud. En síntesis, se requiere darle salud a la economía pero también hacer economía en la salud. Es un trabajo de doble vía.



## Tisana de coca calienta el mercado

Todo empezó cuando Dios había condenado a un pueblo inocente a vagar hasta el fin de los tiempos por las altiplanicies de los Andes. Afortunadamente, los hijos del Sol, Manco Capac y su hermana-esposa Mamo Ocio, dignidades propicias velaban por los infortunados. Para que pudieran resistir el hambre y el frío les enseñaron a mascar las hojas verdes de un arbusto: La coca. De esta manera pudo sobrevivir la raza inca, según la leyenda.

Hoy la historia continúa cuando 150 familias paeces de Tierradentro del resguardo Calderas en el Cauca decidieron secar, moler y empacar en presentación de tisana de coca la hoja sagrada de los Incas (*Erythroxylon coca*), en un proyecto con la Presidencia de la República y el apoyo del programa Alianza Plantas y el Invima.

Esta tisana, en lengua paez, o tisana de coca, es una aromática a la que se le atribuyen cualidades terapéuticas y multivitamínicas sin que en ningún momento ésta pueda relacionarse con la dependencia que genera la cocaína, afirma el

médico cirujano dedicado al estudio de la botánica Armando Gómez Vallejo: "El riesgo de desarrollar adicción con el uso de la Aromática de Coca es mínimo, si pensamos que necesitamos más de 500 bolsitas para obtener 1gr de cocaína, de la que sólo absorbería el cuerpo 30 nanogramos, es decir, un millonésimo de miligramo, lo cual no permite producir trastornos de psicoestimulación o de conducta".

Explica Gómez Vallejo, que el peligro de la coca está presente cuando extraen de ella la cocaína, uno de los catorce alcaloides, el éter metílico de la benzoil ecgonina, con propiedades anestésicas y analgésicas el cual, a diferencia de la hoja de coca, sí crea adicción en el organismo.

Estos 14 alcaloides, los aminoácidos que contienen, los ácidos y las vitaminas A, B1, C y E, la niacina y riboflavina, la convierten en la planta más completa en nitrógeno no proteínico, que ayuda a eliminar las toxinas del cuerpo y aporta propiedades de solubilidad e hidratación, obteniendo combinaciones óptimas con frutas medicinales.

Y ha sido notoria la baja incidencia de enfermedades cardiovasculares entre los indígenas mascadores de hojas de coca.

La Universidad de Harvard ha probado cómo la masticación diaria de 100gr de hojas de coca satisface la ración alimentaria recomendada tanto para el hombre como para la mujer. Igualmente, una investigación efectuada por dicha universidad sobre el valor nutricional de la coca, sostiene que ésta puede contribuir en gran medida a la dieta alimenticia: 60gr de coca por día colman las necesidades del calcio. Además, iniciaron fases de comprobación de la utilidad científica en biomedicina y farmacia.

Su contenido en vitaminas y determinados oligoelementos hacen que al mismo tiempo la tisana de coca pueda ser tomada por adolescentes, adultos y ancianos. De otro lado, es de los pocos productos que contienen 2M.Eq de Potasio en 100 gramos de hoja de coca. Sostiene el médico que para una persona proveerse de esta cantidad necesitaría comer 6 bananos o cinco jugos de naranja al día. Además 100 gramos de coca,



Foto: Patricia Velásquez

contienen 132 miligramos de hierro, 456 de fósforo y un 1 gramo de calcio.

Roderick Burchard, del departamento de antropología de la Universidad de Manitoba en Canadá, recuerda cómo una comisión de expertos de la ONU aseguró que la coca tiene un nivel elevado de vitaminas B1, B2 y C, y afirmó cómo "una cantidad de 100 gramos de hoja seca podría proveer una cantidad considerable de requisitos diarios de vitaminas".

Mientras la hoja se comercializa en países como Perú y Bolivia en forma de aromática con el nombre de maté de coca, en Colombia los paeces luchan por conservar la tradición de una cultura milenaria.

### Alcaloides naturales de la coca

La coca posee 14 alcaloides naturales:

**Cocaína:** Es el éter metílico de la benzoil ecgonina, tiene propiedades anestésicas y analgésicas.

**Egonina:** Aminoalcohol estrechamente relacionado con la Tropina.

**Atropina:** Compuesto que disminuye secreciones corporales.

**Pectina:** Es absorbente y antidiarréico, junto con la vitamina E regula la producción de melanina para la piel.

**Papaína:** Esta proteasa (que en mayor proporción contiene la papaya) es muy parecida en su estructura a la catepsina animal, es un fermento que acelera la digestión.

**Higrina:** Excita las glándulas salivares cuando hay deficiencia de oxígeno en el ambiente.

**Globulina:** Es un cardiotónico que regula la carencia de oxígeno en el ambiente, mejorando la circulación sanguínea, evita el "soroche" (mal de altura).

También contiene: Pyridina, Quinolina, Conina, Cocamina, Reserpina, Benzoína, Inulina