

Ley 100: ¿Salud para todos?

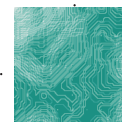
Luis Fernando Gómez U. MD.
Departamento de Pediatría, Universidad de Antioquia,
Medellín, Colombia

Hace algunos años, el filósofo alemán Ernst Jünger nos hacía una seria advertencia a la que no le prestamos suficiente atención; decía entonces Jünger: *"la influencia cada vez mayor que el Estado está empezando a ejercer en los servicios médicos, casi siempre con pretextos sociales, es algo que resulta sospechoso y que incita a la máxima cautela"* (La emboscadura, 1988). Y unos cuantos años después, tristemente nos hemos dado cuenta de que sus inquietudes estaban plenamente justificadas, pues la aprobación y puesta en marcha de la Ley 100, nos han evidenciado los alcances de la ambición del Estado en relación con el aprovechamiento de nuestro trabajo, esgrimiendo precisamente pretextos sociales.

Y no solamente no le prestamos atención a la opinión de Jünger, sino que incluso me parece que hemos sido facilitadores de la cadena de sucesos que hoy lamentamos. Hago esta apreciación, dado que debiendo ser quienes más claridad tuviéramos en la terminología que se relaciona con nuestra profesión, no la hemos tenido. Es que además de dejar correr expresiones, que con un uso inadecuado de términos y palabras nos involucran y comprometen seriamente, nosotros mismos las hemos divulgado y utilizado cotidianamente. Y como es posible que a alguien no le parezca importante el uso adecuado del lenguaje en este tema, traigo a colación a Enrique Rojas en su obra *El Hombre Light, una vida sin valores: "El hombre vive esclavo del lenguaje, con las palabras juega, en ellas se apoya, las acomoda a sus intereses y lleva su significado como mejor le parece. De este modo, denominando una cosa por otra, podemos alcanzar el fenómeno de la confusión"* (resaltado mío).

Para entrar en materia, creo importante analizar brevemente el alcance del apelativo *"profesionales de la salud"* que se viene utilizando desde hace muchos años. Hans George Gadamer nos dice que *"si se fuera a dar una definición de la medicina, debiéramos decir que es la ciencia de las enfermedades"* (1). Sumado a lo anterior, es muy evidente que la mayor parte de nuestros estudios estuvo (y está) dirigida a entender los mecanismos etiológicos y fisiopatológicos de las enfermedades y a saber prevenir, diagnosticar y tratar adecuadamente las diferentes enfermedades que pueden agobiar al ser humano enfermo, quien es la razón de ser de nuestra profesión. Y si miramos nuestro papel en la sociedad, fácilmente tendremos que concluir que es el de atender a los enfermos, para tratar de mitigarles o aliviarles las dolencias ocasionadas por su enfermedad. Escogimos entonces como profesión, a la ciencia de las enfermedades, fuimos preparados para atender integralmente a los enfermos y es lo que realmente hacemos y debemos hacer. Siempre he pensado entonces que más que "profesionales de la salud", hemos sido **profesionales de la enfermedad** y que esta ley nos convirtió recientemente – como tal vez lo presagiaba Jünger– en **obremos de la enfermedad** (la "obrerización" de la medicina).

Hay otras viejas expresiones con uso inadecuado del lenguaje, como la de "atención en salud", para referirnos precisamente a la atención en enfermedad, la cual incluso nosotros utilizamos de tiempo atrás sin ningún cuestionamiento. Y hay otras expresiones con un uso equivocado de palabras (o mejor aun, amañado), que han sido impuestas por la Ley 100. Mencionaré algunas a modo de ejemplo:



"Plan Obligatorio de Salud" ("POS", con su variable recortada para los más pobres –"POS S"-, que paradójicamente son los que más se enferman), para referirse a un Plan Obligatorio de **Atención Médica (POAM)**; "Entidades Promotoras de Salud" ("EPS"), que son fundamentalmente unas **Empresas Promotoras de Atención Médica (EPAM)**; la famosa "salud subsidiada", para referirse a la **Atención Médica Subsidiada** y los célebres "Vinculados", que son precisamente los **Desvinculados**. Y creo que con este uso amañado del lenguaje, denominando una cosa por otra, en un terreno en el que intervienen fuertes intereses políticos y económicos, han logrado confundir incluso a los médicos.

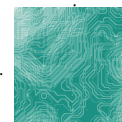
No se puede desprender de los párrafos anteriores, que yo piense que los médicos nada tenemos que ver con la **SALUD** y mucho menos con la SALUD de los más pobres –gran pretexto social para impulsar y aprobar la Ley 100-; pero si es muy importante que tengamos claro cual debe ser nuestro papel en relación con ello y cuales son las limitaciones y hasta los riesgos de la **ATENCIÓN MÉDICA** cuando se utiliza en la búsqueda de unas mejores condiciones de **SALUD**. Al respecto recordemos a Yach: "es un hecho, ya ampliamente reconocido, que a largo plazo, el estado de SALUD depende más de factores socioeconómicos que del propio sector de la salud. Ahora bien, **este sector es el mejor situado para calibrar la magnitud de esas desigualdades, evaluar la contribución de la pobreza a la mala salud y preconizar políticas favorables a la SALUD**" (2). Y Yach también se refiere a nosotros –pienso que equivocadamente-, como el "sector de la salud". Al respecto vale la pena recalcar que, inclusive a corto plazo, la SALUD de los más pobres depende más de otros factores que de nuestro accionar y que nosotros debemos señalar el papel que esos otros factores juegan en la génesis de las enfermedades que los aquejan, y en consecuencia, debemos "**...preconizar políticas favorables a la SALUD**" (NO a la **ATENCIÓN MÉDICA**, como lo hace la Ley 100). Además de tener muy claro nuestro papel al respecto, pienso que

se han aprovechado de los pobres para utilizarlos como cruel carnada y ganar adeptos a la Ley 100.

Y desafortunadamente, no solamente hemos permitido que se utilicen los términos **SALUD** y **ATENCIÓN MÉDICA** como si fueran sinónimos, sino que –más preocupante aún-, nosotros mismos así los utilizamos repetidamente a pesar de sus grandes diferencias. La SALUD, como estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de enfermedad, como la definió la OMS en 1948, depende de varios determinantes, uno de los cuales es obviamente la ATENCIÓN MÉDICA; pero debemos tener muy claro que SALUD y ATENCIÓN MÉDICA no son la misma cosa y que la ATENCIÓN MÉDICA no es el único, ni el más importante, ni el más eficiente determinante de la SALUD.

Para clarificar un poco lo anterior, es importante revisar brevemente los llamados **Determinantes de la Salud**, y para ello me apoyaré en uno de los escritos de G. Pinnet (3). El principal determinante de la SALUD es el estilo de vida o el comportamiento de los individuos. Hay estilos de vida aprendidos y/o voluntarios que generan daños, cuya costosa atención está garantizada por la Ley 100 (o por el SOAT); el SIDA y los accidentes de tránsito por ejemplo, están íntimamente relacionados con este rubro generador de enfermedad y muerte. Pero hay otros estilos de vida que son impuestos (y por supuesto involuntarios), que no reciben igual tratamiento; la pobreza por ejemplo, además de ser según la OMS la enfermedad más mortífera del mundo, genera, entre otras muchas enfermedades, la cruel desnutrición, cuyo tratamiento y prevención –alimentación adecuada-, no están considerados entre los planes terapéuticos o preventivos diseñados por la Ley 100.

Y es de tal magnitud la importancia del estilo de vida en Colombia, que ocupamos el primer lugar en el mundo en mortalidad por 100.000 vehículos ocasionada en accidentes de tránsito; y en lugar de buscar soluciones preventivas



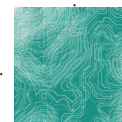
a tan serio problema, se aprobó el conocido SOAT. Otro rubro que nos muestra la importancia de este determinante es el de los homicidios, en los que ocupamos otro primer lugar en el mundo. Según proyecciones del plan sectorial de salud de Antioquia, los homicidios explicarían un 76% de los Años de Vida Potencialmente Perdidos para el año 2000. No olvidemos que los homicidios y los accidentes de tránsito –cuyas cifras muestran una vertiginosa alza en los últimos años–, están con mucha frecuencia relacionados con el consumo del licor, que paradójicamente se vende "para sostener la salud y la educación"; y mientras algunos se lucran de jugosas ganancias con la distribución y venta del licor, a las clínicas, hospitales y "profesionales de la salud", se les imponen injustas "tarifas SOAT" para atender los estragos que se derivan de su consumo.

En orden de importancia, el segundo determinante de la SALUD es el ambiente, entendido este como *"el agregado de todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo del organismo"* (3). Y en este determinante, los pobres, a quienes la Ley 100 pretende "darles salud", también son los más afectados. Es de tal magnitud la influencia de este determinante, que en los países pobres, la baja sanidad y el mal aporte de aguas, explican anualmente la muerte de 2.2 millones de personas por enfermedad diarreica aguda. Es dramático, para dar un solo ejemplo de la situación de este determinante en el país, el relato que hiciera El Colombiano (4) sobre los "40.000 sedientos" en el área **urbana** del municipio de Apartadó (y en cuestiones de acueducto y alcantarillado, Antioquia puede ser un departamento ejemplar). Y la precariedad de los sistemas de alcantarillado, añade dañinos ingredientes al problema: *"Alfonso López, uno de los barrios más grandes de Apartadó, hiede: los residuos de las alcantarillas flotan en las calles y forman lodazales donde los zancudos depositan sus larvas y los gallinazos sumergen los picos en busca de alimento..."*, compitiendo tal vez en ello con los humanos que allí sobreviven y que "tendrán salud gracias a la ley 100". Con sobrada razón decía el profesor

Abad Gómez: *"es mejor hidratar casas que hidratar pacientes"*.

Las condiciones socioeconómicas son un tercer determinante de la SALUD, que se confabula con los dos anteriores para hacer que los pobres se enfermen más y mueran a más temprana edad. Bien decía Grunberg: *"la enfermedad está en función contraria del ingreso familiar, mientras que la atención médica recibida está en función directa del ingreso familiar"*; Y Thomas Saz comentando a Grunberg, afirmaba que *"la pobreza engendra enfermedad y la opulencia atención médica"*. La importancia de este determinante de la SALUD queda resumida en El Reporte de la Salud en el Mundo en 1995: *"...la pobreza es el mayor determinante de la salud individual, familiar y comunitaria, y más aun, es el principal reto de nuestros tiempos"* (5). Y el Dr. Nakahima, siendo director de la OMS, señaló a la pobreza como la enfermedad más mortífera del mundo (6). En consecuencia con todo esto, en el año 1996 la OMS escogió al combate contra la pobreza, como la primera línea de acción estratégica para el logro de la SALUD PARA TODOS (7). Y mientras la Ley 100 busca mejorar la SALUD de los pobres "a punta" de ATENCIÓN MEDICA, paradójicamente las cifras de pobreza y de miseria en el país van en aumento. Vale la pena entonces preguntarnos: *¿Podrán tener hoy mejor SALUD gracias a la Ley 100, el 58.4% de los antioqueños, que según el último Índice de Condiciones de Vida (ICV), "no logra obtener el ingreso necesario para cubrir el costo de la canasta básica de alimentos, el acceso a la vivienda y algunos servicios públicos"?* (8). La respuesta a esta inquietud la podemos deducir de una afirmación hecha por P. Bhattacharya, director del proyecto de "Salud para Todos" y secretario de salud y bienestar de la familia en Bengala Occidental: *"mientras no se reduzcan las diferencias entre los privilegiados y los desposeídos, la salud para todos seguirá siendo mera palabrería"* (9).

La importancia de la educación como determinante de la salud, se reafirmó en Alma Ata cuando fue escogida como el primero de los



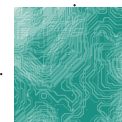
ocho elementos esenciales de la **Atención Primaria en Salud**; Colombia, sin embargo, le dedica a este rubro menos que el promedio de lo que invierten los países de la región, pero es el país de la región que más "gasta en salud" según lo afirmó en forma jactanciosa la revista Dinero (10), bajo la dirección del ideólogo principal de la Ley 100. Y tiene toda la razón al hablar de **gasto**, pues en lugar de **invertir** en otros determinantes, estamos **gastando** con muy discutibles logros, no en SALUD, sino en la costosa atención médica y en beneficiar a los intermediarios. Otro importante determinante de la salud se deriva de la equidad y la justicia social; la OMS en 1995 señalaba al respecto que *"la inequidad creciente es literalmente una cuestión de vida o muerte para muchos millones de personas, puesto que los pobres pagan el precio de las desigualdades sociales con su salud, que es el precio de la injusticia social. Esta afirmación está bien documentada: acercándonos al siglo XXI, casi seis millones de muertes al año son debidas a la desnutrición, y cerca de 2.7 millones de muertes son causadas por pobre higiene, la falta de agua y baja salubridad ambiental que afecta a las poblaciones más pobres del mundo"*. En este, como en los demás determinantes, los pobres son los más afectados.

El envejecimiento de la población es otro importante determinante de la salud -y de la Seguridad Social-; y aun aceptando -en gracia de discusión- que la ATENCIÓN MÉDICA sí ha contribuido a una mayor longevidad, debemos recordar a Pinnet: *"Al celebrar nuestros años extras, debemos reconocer que la longevidad aumentada sin calidad de vida, tiene un precio vano; esperanza de salud es más importante que esperanza de vida"* (3). Y M. Abdussalam es aun más crítico: *"para la mayor parte de la humanidad que vive bajo las sombras mellizas de la pobreza y la enfermedad, añadir años a la vida puede representar principalmente una prolongación de una existencia difícil y penosa más que una bendición"*(11). Recordemos la falta total de oportunidades que acompaña ineludiblemente a la enfermedad más mortífera del mundo.

Otros determinantes de la salud, ajenos en gran medida a nuestro accionar como todos los anteriores, son los avances de la ciencia y la tecnología, los avances en la información y las comunicaciones, los derechos humanos y las desigualdades relacionadas al género. Es bastante obvio que un balance de la situación de estos otros determinantes de la salud en nuestro país no es el más halagüeño y que como en el resto de ellos, los pobres son los más mal librados. Creo que si se realiza un análisis imparcial de todos estos determinantes en nuestro país, se puede deducir que el que menos reformas necesitaba para mejorar la SALUD de los más pobres, era precisamente el mal llamado "sector de la salud".

Los dos determinantes que sí se relacionan directamente con nuestro trabajo son, el llamado "Sistema de Salud" o "Sistema Sanitario" y los determinantes biológicos. Con relación al "Sistema de Salud", vale la pena insistir que en Alma Ata se consideró a la **Atención Primaria en Salud** -con sus ocho elementos esenciales-, como la principal estrategia para el logro de una verdadera SALUD para todos; uno de esos ocho elementos es obviamente la ATENCIÓN MÉDICA, dirigida a áreas muy estratégicas como la materno infantil. En la Ley 100 se tomó a la Atención Primaria en Salud como sinónimo de un plan de ATENCIÓN MÉDICA elemental, al que se le dio el pomposo nombre de "Plan Obligatorio de Salud", a pesar de que excluye inexplicablemente los otros siete elementos propuestos en Alma Ata. En estas condiciones, **la Ley 100 cambió fundamentalmente la meta a lograr: ATENCIÓN MÉDICA para todos, en lugar de SALUD para todos.**

Es de anotar con relación a este determinante, que algunos autores sostienen que *"una proporción minoritaria de las intervenciones médicas, probablemente cercana al 15%, se encuentran en un nivel 1 de evidencia, es decir, que hay una alta evidencia de su efectividad. Significa eso, en otras palabras, que la gran mayoría de los tratamientos que aplicamos en la actualidad tienen una utilidad cuestionable"*



en muchos casos y no puede ser sustentada con la evidencia científica en la mayoría" (12). Además, otros sostienen para corroborar lo anterior, que incluso "entre el 50% y el 85% de la medicina que se practica hoy día no es basada en investigación científica, lo que quiere decir que gran parte de la práctica médica se basa en el folclor del profesional y en su experiencia personal" (13).

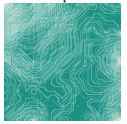
Paralelamente a tan preocupante característica de la práctica médica cotidiana, que es el soporte principal en el accionar de la Ley 100 para lograr "darle salud" a toda la población colombiana, también se deben enfatizar sus riesgos, los que se ponen de manifiesto por las dos mil a tres mil muertes semanales que ocurren en los hospitales americanos por procedimientos médicos, los 1.300.000 lesionados anualmente por procedimientos médicos en ese mismo país (12) y por un 10% de las admisiones en los hospitales americanos debidas a reacciones adversas a los medicamentos. Todas estas escalofriantes cifras han llevado a algunos a pensar que *"Es muy probable que no exista otra causa mayor de muertes prevenibles en toda la historia de la humanidad, que las que están ocurriendo por los tratamientos médicos" (12), o como lo decía Ilich: "La medicina institucionalizada se ha convertido en la peor enemiga de la Salud" (14).*

Para completar tan triste panorama, existen varios estudios en los que se cuestiona seriamente el papel que ha jugado la atención médica en las mejores condiciones de SALUD alcanzadas por diferentes poblaciones y en el logro del aumento de la longevidad de las mismas, así como también se discute su importancia en la disminución de tasas de mortalidad infantil. Y como es apenas lógico, relacionan estos logros –mejor estado de SALUD, menos mortalidad infantil y mayor longevidad con progresos alcanzados en los otros determinantes, lo que se traduce en una mejor calidad de vida para dichas poblaciones (14-18).

Sin tener en cuenta todo lo anterior, no profundizaré en el argumento de la eficiencia de la

atención médica (uno de los propósitos de la Ley 100), frente a otros determinantes, pero menciono al respecto una cita del español Diego Gracia: *"No es justo desviar fondos de otras partidas a la sanidad, si la relación costo beneficio es mejor en otros campos que en el sanitario. Así por ejemplo, **la educación o la política de vivienda pueden presentar una relación costo beneficio superior, en cuyo caso lo justo es invertir en esos campos"**(19).* Los determinantes biológicos que también se relacionan con nuestra disciplina, tienen grandes expectativas para un futuro, las que se desprenden de los avances en el estudio del genoma humano; y sin detenernos a pensar en los costos, en nuestro medio por el momento este es un terreno más de ciencia ficción que de realidad.

A pesar de que de manera tan insistente como inexplicable se habla de la Ley 100 como una "reforma a la salud", debemos dejar muy claro que se trata de una reforma al Sistema de Seguridad Social, haciéndose importante entonces revisar también el concepto de **Seguridad Social**. La OIT por ejemplo, la define como *"El conjunto de medidas trazadas por la sociedad y el Estado, para garantizar a todos los habitantes de un país los cuidados médicos y asegurarles los medios de vida en caso de pérdida o de reducción importante de sus medios de existencia, causados por circunstancias no dependientes de su voluntad"*. De esta definición, la Ley 100 le ha prestado exagerada atención a "los cuidados médicos", y ha descuidado notoriamente aquel componente importante que tiene que ver con "asegurarle los medios de vida en caso de pérdida o de reducción importante de los medios de existencia" del individuo enfermo, inválido, desempleado (por circunstancias no dependientes de su voluntad obviamente) o viejo. Es más, incluso castiga el salario del individuo enfermo, rebajándolo proporcionalmente a la duración de la incapacidad; y la pensión de vejez, se va convirtiendo gradualmente en una especie en vía de extinción y con un poder adquisitivo cada vez más precario. Y mientras ocurre todo esto, situaciones derivadas de comportamientos



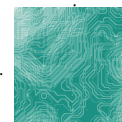
insanos y dependientes de la voluntad, reciben costosa atención. Es que "la reforma" nos llevó a un Sistema de Seguridad Social completamente medicalizado, y de allí aquel híbrido que se inventaron y al que le dieron el nombre de "Seguridad Social en Salud".

Pero se hace más llamativa la disociación entre la teoría y la práctica, cuando se tiene en cuenta la definición de "Seguridad Social en Salud" que nos da la misma Ley 100 en su preámbulo: *"Conjunto de instituciones y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad, para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento de planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar a todos los habitantes del territorio nacional la cobertura integral de las contingencias que especialmente menoscaban la salud y la capacidad económica de las personas"*. Vale la pena recalcar al respecto, que la mayoría de las enfermedades son resultantes de las contingencias que afectan la salud - como se puede deducir de la breve revisión de los Determinantes de la Salud- o lo que es lo mismo, de la calidad de vida; pero la Ley 100 inexplicablemente considera la enfermedad como una "contingencia que afecta la salud". Todo esto se deriva de la medicalización de la Salud y de la Seguridad Social que se realiza en nuestro flamante "Sistema de Seguridad Social en Salud". Y de nuevo, insistamos en el maltrato que le da la Ley 100 a un importante componente de la Seguridad Social, también planteado en esta definición, como lo es el aspecto económico que debe ofrecer un sistema de Seguridad Social a sus afiliados, durante momentos de dificultad, como lo son el desempleo, la enfermedad, la invalidez y la vejez.

También es importante subrayar de esta definición que nos da la Ley 100, la mención que se hace a la calidad de vida como meta de nuestro "Sistema de Seguridad Social en Salud". Es tal la importancia de la calidad de vida como ya lo señalamos al hablar de los determinantes de la salud, que la misma Ley 100 lo reconoce en la definición mencionada y lo destaca en el artículo 1° del capítulo I: *"El Sistema*

*de Seguridad Social tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la **calidad de vida acorde con la dignidad humana**, mediante la protección de las contingencias que la afecten"*. Y para reafirmar la brecha entre lo que se escribe y lo que se hace, el único camino que encontró la Ley 100 para intentar lograr ese propósito -calidad de vida acorde con la dignidad humana- fue la universalización de los servicios médicos y odontológicos, mediante unos mecanismos que a todas luces tienen graves inconvenientes para la relación médico-paciente, para la calidad de la atención y para la dignidad e independencia -intelectual y económica- de respetables y exigentes profesiones, enriqueciendo de paso a los intermediarios creados para el logro de esa intención. No sobra mencionar que para algunos conocedores del tema como el Dr. O. Blanco R, la seguridad Social, en un sentido amplio, incluye *"el derecho que tienen las personas para protegerse de toda clase de riesgos que atentan contra la seguridad física o industrial, contra su salud, **recreación, vivienda, empleo, vejez o invalidez"***.

Para insistir en la importancia de otros determinantes de la SALUD que no dependen del tradicionalmente llamado "sector sanitario" o "sector de la salud", recordemos al español Eneko Landaburu: *"La nutrición, la vivienda, la canalización de las aguas, la limpieza y el saber influyen muchísimo más en la salud que los medicamentos"*; y a pesar de la gran certeza que encierra esta aseveración, la Ley 100 optó por el costoso camino de los medicamentos. En el mismo sentido, en la declaración de Alma Ata (1978) queda muy clara la importancia de otros actores para lograr la meta de SALUD para todos: *"la Atención Primaria en Salud entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos con el desarrollo nacional y comunitario, en particular con la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores, y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores"*



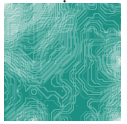
(artículo VII numeral 4; resaltado mío). Y John Aston, durante el III Congreso de las Américas de Municipios y Comunidades Saludables realizado en Medellín (marzo de 1999), tenía toda la razón en mostrarse preocupado porque *"nadie esta haciendo salud"*. Para corroborar esta afirmación, decía: *"Muchas disciplinas sociales que tienen incidencia directa en las políticas de salud, no identifican su trabajo con esta área, y los funcionarios de la salud—se supone que somos nosotros— se dedican a ver a los enfermos"...que es lo que sabemos y debemos hacer.* Y continuaba Aston: *"El mejoramiento de las condiciones de vida no está asociado a la presencia de construcciones hospitalarias, sino a un ambiente más sano, cambios en los comportamientos sociales y a la aplicación de políticas saludables desde los gobiernos. Si se mejoran las viviendas, se genera empleo y hay educación, es más factible que haya menos deterioro de la salud"*.

Y Rudolph Virchow, considerado como el padre de la "medicina social" y quien se convirtió en uno de los más célebres "salubristas políticos", atreviéndose a declarar abiertamente que las causas de las enfermedades y epidemias se relacionaban con las condiciones de vida inadecuadas de la gente más pobre, anotaba categóricamente que *"para dar salud, el problema no radica en la construcción de más hospitales o más clínicas, sino en unas profundas reformas económicas, políticas, laborales y sociales"*. Y paradójicamente, en nuestro país las reformas económicas y laborales van en contra de la Seguridad Social y de una mejor SALUD, y hay intermediarios creados y beneficiados económicamente por la Ley 100, que se ufanan de los logros económicos obtenidos y de estar construyendo clínicas y consultorios por todo el país para "darles salud" a los colombianos (20).

Cabe entonces preguntarnos ¿por qué a pesar de tantas evidencias que favorecen la actividad preventiva sobre la curativa, de las limitantes y riesgos de la medicina y de que existen otras vías más eficientes y eficaces que la ATENCIÓN MÉDICA para mejorar la SALUD

de la población más pobre, se escogió en la Ley 100 el peor camino? La respuesta a esta pregunta ya nos la dio el Dr. Spencer, Decano de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, al hablar del sistema actual utilizado en los diferentes programas en pro de la "salud para todos": *"En el sistema actual funcionan incentivos económicos clarísimos que propician el énfasis en la medicina curativa"* (21). Lo peor de ello es que no me queda ninguna duda de que el "Sistema de Seguridad Social en Salud" puesto en marcha por la Ley 100, no se escapa de esta observación. Definitivamente, para logra mejorar la SALUD de los colombianos —con más de un 50% de ellos viviendo en condiciones de pobreza—, lo que realmente necesitamos es *"...un proceso que haga hincapié en la salud de la población, antes que en las enfermedades de los individuos"* como también lo señala Spencer.

Otro elemento importante a analizar, el cual se desprende obligatoriamente de todo lo anterior, se relaciona con el trato discriminado e injusto que POR LEY se le da a unas pocas profesiones con el PRETEXTO de mejorar la SALUD de los colombianos y en los graves efectos sobre la calidad de la atención médica y la relación médico-paciente, los que ya fueron esbozados por el Dr. Alfonso López M (22,23): *"Mientras la socialización de la medicina, que en si misma entraña una conquista para las clases menos favorecidas, se realice a expensas de la profesión médica y genere una competencia desleal en razón de los bajos emolumentos y de las consultas hechas a la carrera, los beneficios para la comunidad seguirán siendo muy cuestionables"* (22). Bien vale la pena aclararle al Dr. López, que quienes más ventajas han obtenido con esta Ley, son precisamente "las clases más favorecidas", pues a pesar de contar con capacidad de pago para la mayoría de los procedimientos médicos cotidianos, sin que del pago de ellos se derive una catástrofe económica familiar, encontraron con la Ley 100 la manera de esquivar el reconocimiento de unos honorarios profesionales justos y dignos a quienes les calman las angustias y sufrimientos en el penoso



momento de una enfermedad. Y no ha valido que la Sala Plena de la Corte Constitucional haya señalado que *"...frente a un régimen como el contemplado en la Ley 100 de 1993, se hace imperioso garantizar no sólo el derecho del médico a recibir una contraprestación digna y justa como resultado de la actividad profesional, sino la protección contra terceras personas que pretenden explotarlo comercial o políticamente...en estas circunstancias, no puede pretenderse que a raíz de la expedición de la Ley 100 de 1993 y la creación de un nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud, para el caso particular de los profesionales de la medicina, puedan fijarse tarifas por conceptos profesionales que no estén a la altura de las condiciones dignas y justas de la delicada labor médica, desarrollada en el ejercicio de la profesión liberal"*.

Todo esto que le ha ocurrido a la medicina parece derivarse de que hay quienes están interesados en ignorar que la medicina es una profesión, por demás difícil de estudiar y bien difícil de ejercer y quieren que sea considerada como un "sacerdocio". Al respecto vale la pena recordar al ilustre humanista y médico argentino, el profesor Francisco Maglio: *"...Con esa milonga del sacerdocio, ustedes tienen regímenes asfixiantes de trabajo, están haciendo cosas que no les correspondería y los utilizan como mano de obra barata. La medicina es una profesión, y como tal, debe ser éticamente ejercida y decorosamente remunerada; pero no es un sacerdocio, es un apostolado a lo sumo, pero laico"* (24).

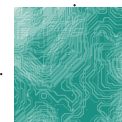
Y mientras el derecho a la seguridad social no es fundamental ni de aplicación inmediata, pareciera que **el derecho a la igualdad** expresado en el artículo 13 de la Constitución Nacional –un derecho que si es fundamental y de aplicación inmediata-, nos ha sido arrebatado por esta Ley. Según este artículo, *"se garantiza un trato igual y los mismos derechos, igualdades y oportunidades sin ninguna discriminación para todos los colombianos...y el Estado debe promover las condiciones para que esta igualdad sea real y efectiva"*. Y ese Esta-

do, que debiera velar para que esa igualdad se cumpla y para que nuestro trabajo –como todos los demás- *"goce de la especial protección...y el derecho a un trabajo en condiciones justas y dignas"* como lo reza el artículo 25 de la Constitución Nacional –otro derecho fundamental y de aplicación inmediata-, arrasa de un tajo nuestros derechos y pisotea nuestra dignidad e independencia, poniéndonos en manos de unos intermediarios con claros intereses de lucro.

Un 53% - 54% de los colombianos que viven en condiciones de pobreza, siguen teniendo la **ILUSIÓN** de que aquellas reformas que invocaba Virchow sean llevadas a cabo, para poder lograr en el país educación para todos, alimentación adecuada para todos, vivienda digna para todos, empleo en condiciones dignas para todos, acueducto y alcantarillados para todos...con lo que lograríamos una **"calidad de vida acorde con la dignidad humana"** y por consiguiente la verdadera **SALUD PARA TODOS**. Pero la Ley 100 se buscó un camino **FALAZ** para lograr este propósito. Es obligatorio recordar entonces a Ben Gurión: **"El futuro se puede construir basado en ilusiones, pero no en falacias"**.

Referencias

1. **Gadamer H G.** *El Estado oculto de la salud*. Gedisa, Barcelona 1996
2. **Yach D.** *Renovación de la estrategia de salud para todos* (Debate). Foro Mundial de la Salud 1996; 17:345-351.
3. **Pinnet G.** *Health Determinants Internat Health Legislat* 1998; 49:131.
4. *"En Apartadó hay 40.000 sedientos"* El colombiano 23 de junio de 2001, página 3a
5. OMS, *Reporte de la Salud en el Mundo*. 1995.
6. Nakahima, *Asamblea mundial de la Salud*, 1995.



7. OMS, Reporte de la Salud en el Mundo, 1996.
8. "En Antioquia 3.1 millones no tienen con que mercar" El Colombiano, 23 de junio de 2001, página 1b.
9. **Bhattacharya P.** *Renovación de la estrategia de salud para todos* (Debate). Foro mundial de la salud 1996; 17:363-364.
10. *Salud por la Salud*. Dinero 112:190, 2000
11. **Abdussalam M.** *Ética equidad y renovación de la estrategia de salud para todos de la OMS* (debate) Foro Mundial de la Salud 1997; 18:129.
12. **Esguerra R.** *El médico para el nuevo milenio*. Acta Médica Colombiana 1999; 24:5-8.
13. **Castaño R. A.** *Medicina, Ética y Reformas a la Salud*. ECOE ediciones, Bogotá, 2000: pág 71-2.
14. **Ilich I.** *Némesis Médica: La Expropiación de la Salud*. Barral editores, 1975
15. **Fuchs.** Citado por Castaño en *Ética Medicina y Reformas a la Salud*, página 115
16. **Sagan L A.** Citado por A. Cifuentes en comunicación personal sobre el tema.
17. **Mackewon T.** *El Papel de la Medicina: ¿Sueño, espejismo o Némesis?* Edición Española. Siglo XXI editores. México, España, Argentina, Colombia. Citado por Espinoza H. En Boletín Cátedra Abierta: Reforma de los Servicios de Salud en el Mundo No 14, octubre de 1999.
18. **Mackewon T.** *El camino hacia la Salud Bol Of Sanit Panam* 1989; 107:264-70.
19. **Gracia D.** *¿Qué es un Sistema Justo de Salud?* Bol Of Sanit Panam 1990; 108:571-578.
20. *Saludcoop Entidad Promotora de Salud*. Dinero 2000; 112:138-141.
21. **Spencer H C.** *Renovación de la estrategia de salud para todos* (Debate). Foro Mundial de la Salud 1996; 17:352-354.
22. **López A.** El Tiempo, 10 de agosto de 1997
23. **López A.** *Calidad por cantidad: Réquiem por la profesión médica*. El Tiempo abril 30 de 2000, página 5a
24. **Maglio F.** *Relación médico-paciente*. Rev Hosp. Niños B. aires 1999; 41:187-92.