

En contra del fin de lucro de terceros mediante el aprovechamiento del trabajo de los médicos

Académico Dr. Luis Fernando Gómez Uribe*

“Muy a menudo, pobres y enfermos no eran más que la coartada para la recepción de ofrendas cuyo uso no era el que debía ser”
Jaques Attali¹

“El médico pasa de ser el que atiende, el que consuela, el que cura, a ser el que genera ganancias y dividendos”
Sonia Echeverri de P.²

“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...”
Sentencia C-106/97 de la Sala Plena de la Corte Constitucional³.

“En el sistema actual funcionan incentivos económicos clarísimos que propician el énfasis en la medicina curativa”
Spencer H C.⁴

(Réplica al artículo *En defensa del fin de lucro en salud* (sic). Castaño R.A., Medicina (revista de la Academia Nacional de Medicina). 2007; 29: 90-102⁵)

Uno de los planteamientos de fondo sobre los que se ha basado la defensa al llamado Sistema de Seguridad Social “en Salud” creado por la Ley 100 de 1993 es el de la conveniencia del fin del lucro⁵ -de terceros-, a expensas del trabajo del médico, trazado en la organización del sistema. Sin embargo, los argumentos basados en este planteamiento parten de premisas que no necesariamente son ciertas, y por lo tanto, sus conclusiones no necesariamente son válidas. Así pues, una vez analizadas más de cerca dichas premisas, estrechamente rela-

cionadas entre sí, la validez del argumento empieza a debilitarse. **El propósito de este ensayo es el de analizar los sofismas** –pues se trata de argumentos aparentes con los que se quiere defender lo que no es cierto– **utilizados para defender un sistema que impone y legaliza el fin del lucro de terceros a expensas del trabajo del médico**, y dejar al lector los elementos para considerar las conclusiones.

Se muestran las supuestas premisas tal como se vienen planteando en el debate sobre la mal llamada “reforma a la salud”, haciendo paralelamente

* Miembro de Número y Presidente de la Academia de Medicina de Medellín

la crítica correspondiente a cada una de ellas. Al final se hacen unas anotaciones adicionales a manera de conclusiones y recomendaciones.

Premisas básicas del argumento a favor del lucro de terceros, aprovechándose del trabajo del médico

Desafortunadamente el manejo del lenguaje en la Ley 100 deja mucho que desear, pues es evidente, como lo veremos en este ensayo, el malabarismo semántico que utiliza para tratar de mostrar como ciertas las maravillas que se predicán, aprovechándose para ello de la gran asimetría de información que existe sobre el tema en el común de la gente e incluso en buena parte de los médicos. Y todo ello no parece ser pura casualidad, pues como lo señalaba 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”*⁶, advertencia que hace eco además a la opinión que formulara Orwells: *“Es claro que la decadencia de un lenguaje ha de tener, en última instancia, causas políticas y económicas: no se debe simplemente a la mala influencia de este o aquel escritor”*⁷, señalando de paso los indiscutibles intereses económicos y políticos que encierra esta Ley. También es bueno recordar al respecto a Enrique Rojas cuando decía que *“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”*⁸, pues como se verá en la primera premisa, denominando una cosa por otra y acomodando el significado de palabras como mejor les parece, han logrado confundir incluso a los médicos.

(a) Señalemos a manera de introducción que cuando los defensores de la Ley 100 tratan de convencernos de sus logros siempre hacen énfasis en la ampliación de las coberturas de atención médica (a juzgar por las tutelas y por observaciones cotidianas, ¿de qué calidad?), llamándolas equivocadamente “coberturas de salud”, pero no se menciona el estado de otros importantísimos componentes de la Seguridad Social, como las coberturas de la pensión de vejez, a pesar de que la Ley 100 es una ley de Seguridad Social (“en Salud”). Y es tan lastimosa

nuestra situación en este campo que solo dos de cada diez colombianos mayores de 65 años cuentan hoy con dicha pensión, una de las cifras más bajas para América Latina, apenas semejante a la de Guatemala y El Salvador, según reciente informe de la Corporación Andina de Fomento (CAF)⁹. Y tampoco hacen alardes con las proyecciones que se tienen para tan importante elemento de la Seguridad Social a pesar del acelerado envejecimiento de la población, pues los guarismos son poco mostrables: en el último semestre solo cotizaron a pensiones 6,5 millones de los 19,1 millones de empleados (16 millones de los cuales están afiliados a los regímenes de pensiones existentes), situación fácil de entender, pues 10,2 millones del total de los “empleados” son informales, y además de que solo el 14% de ellos está afiliado a algún fondo de pensiones no todos están cotizando⁹, pues deben destinar sus ingresos prioritariamente al cubrimiento de necesidades más inmediatas (alimentación, vivienda, servicios públicos, educación...), de las cuales depende realmente, como se verá en este ensayo, su estado de salud. Así mismo, nunca se mencionan progresos en la protección económica de los 3,5 millones de discapacitados (8,3% de la población) que hay en el país, 10 82,7% de los cuales, según un estudio, 11 hacen parte de los colombianos más pobres (estratos 1 y 2), los que fueron utilizados como disculpa para justificar la Ley, y muy a pesar de que 81% de ellos no trabajan, y 77,5% refieren como razones para no asistir a rehabilitación falta de dinero y problemas de accesibilidad, de tal forma que están obligados a sobrevivir de la misericordia pública mediante las limosnas que recogen en los semáforos.

(b) Y más execrable aún, se castiga el salario del individuo afectado por enfermedad común según la duración de la incapacidad, de tal forma que los primeros tres días de incapacidad los paga el patrón (hasta hace algunos años los perdía el trabajador enfermo), de 4-90 días, la “seguridad social” reconoce al enfermo el 66% de su salario, y de 91 a 180 días le reconoce solamente el 50%, lo que significa, como se advirtió, castigar el estipendio del enfermo en proporción directa con la gravedad de su dolencia, desestimando así reiteradamente la definición de Seguridad Social “en Salud” de la Ley 100:¹² *“Conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una **calidad de vida**, mediante el cumplimiento*

progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la **capacidad económica**, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad” (subrayados míos), y el fin que se propone según lo reza su artículo 1 del capítulo I:¹² “El sistema de seguridad social integral 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”(subrayados míos).

Se revisarán cinco premisas que se utilizan para defender un sistema que legaliza el fin de lucro de terceros a expensas del trabajo del médico, las que además de ser auténticos sofismas están estrechamente relacionadas entre sí (tabla 1).

TABLA 1. Premisas que se utilizan para defender un sistema que legaliza el fin de lucro de terceros a expensas del trabajo del médico.

1ª Premisa: la ley 100 dará salud a la población colombiana (especialmente a la más pobre).
2ª Premisa: antes de la Ley 100 los pobres no tenían acceso a la salud, problema que se solucionará con ella.
3ª Premisa: la medicina es, si no el único, el más importante determinante de la salud (lo que equivale a decir que la medicina es el medio más apropiado para mejorar la salud de los colombianos, especialmente la de aquellos más pobres).
4ª Premisa: uno de los propósitos de la Ley 100 es la eficiencia, lo que equivale a decir, dado el enfoque de su accionar, que la atención médica es el medio más eficiente para mejorar la salud de los más pobres.
5ª Premisa: la atención médica es el principal componente de la seguridad social.

PRIMERA PREMISA: la ley 100 dará salud a la población colombiana (especialmente a la más pobre).

La primera premisa utilizada como “argumento” en su favor, **la ley 100 dará salud a la población colombiana, especialmente a la más pobre**, es un verdadero sofisma que se deriva del evidente galimatías que utilizan, pues quienes la diseñaron o la defienden toman como sinónimos los términos SALUD y ATENCIÓN MÉDICA a pesar de sus grandísimas diferencias.

Son tan distintos estos vocablos, que **mientras más salud tenga una población, menos atención médica necesita**. Baste decir, para señalar sus diferencias de manera expedita, que mientras **la atención médica es un servicio**, y como tal se puede comprar, vender, **subsidiar, asegurar** y hasta regalar, **la salud es un estado** de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad, según la OMS; o mejor aún, un estado en el cual el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones, según el DRAE; **o un bien**, meritorio según Musgrave, **que en consecuencia no se puede vender, comprar, regalar, asegurar, y mucho menos subsidiar** (¿alguien puede explicar como se puede “subsidiar la SALUD”?). En estas condiciones, **los ideólogos y los defensores de la Ley 100 nos quieren hacer creer que salud es sinónimo de atención médica**, lo que equivale llanamente a decir que **salud es simplemente ir donde un médico y recibir una receta**, con mucha frecuencia tan innecesaria o inútil como potencialmente nociva. Debido entonces al equívoco mencionado, hablan de coberturas de salud, cuando se trata de coberturas de atención médica, de “Plan Obligatorio de Salud” (“POS”), para lo que en realidad es un **Plan Obligatorio de Atención Médica (POAM)**, de “Entidades Promotoras de Salud” (“EPS”), para referirse a unas **Empresas Promotoras de Atención Médica (EPAM)**, y de la famosa “*salud subsidiada*”, para referirse a la **Atención Médica Subsidiada**. Claro que no se podía esperar otra cosa, pues para los fantasiosos y falaces planteamientos de la Ley 100 los célebres “*vinculados*” son precisamente los que están desvinculados del “sistema”. En estas condiciones, la tan seductora, loable, y manipulada meta propuesta en Alma Ata, **Salud para todos**, se transforma indiscutiblemente, mediante un astuto, solapado y malicioso juego de palabras, en **atención médica para todos**. Quisiera pensar que tan desafortunada confusión es simplemente el producto de la equivocada utilización de los términos mencionados por parte de quienes diseñaron la Ley, o incluso de una muy precaria concepción del complejo proceso salud-enfermedad, pero **he expresado serias dudas en el sentido que haya sido una malintencionada estrategia**¹³ **diseñada para legalizar e imponer, de manera descarada, el fin de lucro de terceros mediante el aprovechamiento del trabajo del médico**, situación que algunos se aventuran a defender.

En medio de toda esta confusión se atreven a hablar de “reforma a la salud” para referirse a la des-

vergonzada intervención que se dio por ley al trabajo del médico y de profesiones afines. O como lo hacía repetidamente el anterior “Superintendente de salud” (y lo hacen muchos otros), cuando hablaba de los “usuarios de la salud”¹⁴ (!), para señalar a los usuarios de los servicios médicos. Y sin ir muy lejos, como expresa el título del artículo que origina esta réplica, hablan de “lucro en salud”, cuando realmente **se trata del lucro (de terceros), derivado del trabajo del médico**, lo que en otras palabras significa **el fin de lucro (de terceros) en (la) atención médica**. También se han puesto de moda expresiones como “gerencia en salud”, “administración en salud”, “aseguramiento en salud”, y hasta “salud pre-pagada” y “cotización en salud” (!)... Y en lugar de hablar sincera y llanamente de atención médica o de atención en enfermedad, como debiera ser cuando hablamos de atención a los enfermos, se habla rebuscadamente de “atención en salud”, logrando con todo ello la confusión denunciada por Rojas, al mismo tiempo que conseguir los fines políticos y económicos que advertiera Orwell.

Luego de la breve revisión de esta premisa podemos concluir que la Ley 100 a lo sumo dará atención médica a los colombianos (sin que importe mucho su calidad), meta bien distinta a la de darles salud.

SEGUNDA PREMISA: antes de la Ley 100 los pobres no tenían acceso a la salud y ahora, con ella, se remediará este problema.

La segunda premisa se relaciona estrechamente con el craso error de la primera, y consiste en argumentar que antes de dicha Ley los pobres “no tenían acceso a la salud”, y ahora, con ella, se superará este problema, lo que constituye otro gran sofisma. Con esta falsa premisa se revela de manera más evidente el precario conocimiento que del complejo proceso salud enfermedad parecen tener los ideólogos y defensores de tan infausta Ley, pues ignoran por completo primordiales determinantes de la salud ajenos a la medicina, o la forma maliciosa en que actuaron. A pesar de que es innegable que antes de la Ley 100 los pobres no tenían acceso a muchos bienes y servicios, entre los cuales estaba la atención médica (debiendo recordar al respecto que la red pública de hospitales y “centros de salud” se encargaba de su atención en los momentos de enfermedad, además de que llevaba a cabo efectivos programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

que desaparecieron prácticamente con la ley 100), no podemos admitir que la precariedad de su salud se debía exclusivamente, como nos lo quieren hacer creer, o como se deriva de la “solución” propuesta, a la falta de acceso a los servicios médicos, pues como se verá mas detalladamente (tercera premisa), **la falta de acceso a muchos otros bienes y servicios, que sigue reinante a pesar de la Ley 100, les impedía, y también les impide ahora, mejorar sus condiciones de salud.**

Para el análisis y la crítica de esta premisa vale la pena mencionar rápidamente el tema de los **Determinantes de la salud**, uno de los cuales obviamente se relaciona con los servicios médicos, que en el caso de los más pobres tal vez era y es el de menor importancia. Para resumir la discusión de los determinantes de la salud en el análisis de esta premisa recordemos al español Eneko Landaburu, cuando con irrefutable lógica decía que **“La nutrición, la vivienda, la canalización de las aguas, la limpieza y el saber influyen muchísimo más en la salud que los medicamentos”**,¹⁵ recordando que los médicos trabajamos precisamente con medicamentos. Similar pensamiento expresa el ilustre antropólogo Napoleón Chagnon: **“La salubridad del aire que nos rodea, la pureza del agua y la bondad de los alimentos que nos sirven para nutrirnos son los principales sostenes de la salud”**¹⁶. Y en la misma línea, el profesor Ferguson, ex-Decano de Medicina de la Universidad Nacional, advertía sabiamente: **“Más que medicamentos, lo que necesita un pueblo para mantener la salud es alimento, agua potable, alcantarillado etc. Piense el lector por un minuto si las toneladas de las drogas ‘milagrosas’ hoy conocidas pueden mejorar la calidad de vida humana en un tugurio o solucionar los problemas (de salud) de sus moradores”**¹⁷. Por todo ello era que Virchow, padre de la medicina social, señalaba que **“Para dar salud el problema no radica en la construcción de más hospitales y clínicas, sino en unas profundas reformas económicas, políticas, laborales y sociales”**.

A pesar de todo ello, los genios que diseñaron la Ley 100 optaron más bien por ¡“reformular la salud...”! (sic), estrategia que ha llevado a la construcción de más clínicas y hospitales por todo el país que parecen no dar abasto para atender tantos enfermos, situación que hace pensar que la salud de los colombianos no puede estar mejor ahora que antes de la Ley 100.

Para evidenciar que el estado de salud de los más pobres no puede ser ahora mejor que antes de la Ley 100 por el solo hecho de tener **atención médica subsidiada** (mal llamada “salud subsidiada”), recordemos una reciente denuncia: *“La UNICEF acaba de revelar unas cifras estremecedoras sobre las muertes de niños menores de cinco años en el mundo, al dar a conocer el informe **Estado Mundial de la Infancia 2008**. En ese sentido, Colombia logró según los números socializados una pírrica victoria. De 20 mil niños muertos anualmente en nuestro país, a consecuencia principalmente de la desnutrición, se disminuyó a quince mil. Pero, esa cantidad sigue siendo muy grande y nos muestra con aterradora claridad una situación que merece toda la atención por parte del Gobierno Nacional”* (subrayado mío).¹⁸

Desafortunadamente no es la primera vez que ello se denuncia, pues por simple casualidad en el mismo número de *Medicina* en que aparece el artículo que origina esta réplica, se publica el acuerdo 03 de 2007 de la Academia de Medicina de Medellín sobre *“al menos 12 niños muertos por desnutrición y deshidratación”* en el departamento de Chocó,¹⁹ en un corto periodo de tiempo del año anterior. Y aunque la situación en Antioquia ha mejorado, a pesar de ser considerada una despensa alimentaria, tampoco es como para hacer alardes: *“En 2001, 145 menores de 5 años murieron por ‘física hambre’, un promedio de una muerte registrada cada dos días. En 2002 se redujo a 96 y en 2003 a 75... De los 5.700.000 habitantes que tiene el departamento, más de la mitad presenta serias dificultades para acceder a los alimentos básicos que proporcionan los requerimientos de nutrientes y energéticos necesarios para un buen desarrollo... Los niños se nos siguen muriendo por desnutrición, porque entre otras cosas la desnutrición y el hambre son directamente proporcionales a la situación de miseria y pobreza que vive el departamento. La administración ha hecho un gran esfuerzo en reducir estos índices, pero esto es un problema de varias causas. A veces nos llegan niños en unas condiciones tan deplorables, que realmente no se puede hacer nada por ellos... En lo que va corrido de 2007, han fallecido nueve niños por desnutrición...”* (subrayados míos).²⁰ Y la Encuesta de **Calidad de Vida** del año 2003²¹; subrayado mío para recordar la definición de Seguridad Social “en Salud” de la Ley 100) revela que en las zonas de cabecera de la región central del

país, 12,1% de las personas dejó de recibir **por falta de dinero** los tres alimentos del día, durante uno o más días de la semana, y en las zonas rurales de las regiones pacífica, atlántica, Antioquia y central, esa penosa situación la debieron padecer más del 9% de las personas. Estos resultado eran de esperar, pues cuando la misma encuesta averiguó la opinión del jefe de hogar (o del cónyuge) sobre los ingresos de su hogar, encontró para el total nacional que 41,5% consideraban que no les alcanzaban para cubrir los gastos mínimos, en comparación con el 40,9% que tuvieron la misma percepción en el año 1997, con oscilaciones entre 38,3% para los que vivían en las cabeceras, y 51,4% de los que habitaban las zonas rurales. ¡Y pensar que en el texto de la Ley 100 se atreven a expresar que nuestra Seguridad Social “en Salud” tiene por objeto brindar calidad de vida... acorde con la dignidad humana!

Para evidenciar las injusticias que se han establecido con la Ley 100 vale la pena recordar que en medio de este triste panorama de la desnutrición, con alguna frecuencia los avicultores del país recurren a sacrificar y desechar pollos para mantener los precios de su producto, y muy recientemente los ganaderos del departamento del Atlántico “no sabían qué hacer con la leche que les sobraba”, mientras en dicho departamento, según denuncias del senador José David Name Cardozo (boletín de prensa # 079), más de 200.000 mil niños pobres de Barranquilla estaban en riesgo de muerte por la desnutrición. ¿Será que gremios diferentes a los que atienden enfermos no tienen ninguna responsabilidad con la salud de los más pobres?

Vale la pena recordar en este tópico que la directora de la OMS, Dra. Margaret Chan, aseguró recientemente en el acto inaugural de la Asamblea Mundial de la Salud 2008, que la desnutrición es una de las tres crisis globales que amenazan a la población mundial, y advirtió que **los hogares pobres deben gastar en alimentos entre un 50% y un 75% del ingreso disponible**²², advertencia a la que se suma la preocupación expresada recientemente por la FAO con respecto al incremento progresivo del precio de los alimentos, situación que *“...empeorará el nivel actual inaceptable de carencia de alimentos de 854 millones de personas”* (subrayado mío).²³ Es importante tener en cuenta en este punto de la discusión, que a pesar de que los alimentos significan tan importante rubro en los gastos cotidianos de las familias

(y a diferencia de la salud sí se pueden subsidiar), y de que según el especialista en negocios de la BBC, Nigel Cassidy, *“los gobiernos señalan con el dedo a los especuladores como culpables de la escalada de sus precios”*, la Ley 100 decidió más bien “subsidiar la salud” que no se puede subsidiar, a costas de los médicos y beneficiando a terceros.

A pesar de que la ocurrencia de muertes por física hambre, así fueran unas pocas, sería motivo de vergüenza para cualquier sociedad, amargamente **para nuestro mal llamado “Sistema de Salud”, o mejor aun, de Seguridad Social “en Salud”, la desnutrición no se considera como una enfermedad, pues no incluye su tratamiento.** Resuena entonces la sentencia de Diderot quien advertía que *“Cuando el pueblo se muere de hambre, nunca es culpa de la providencia, siempre es de la administración”*. Tan lamentable situación con los desnutridos se deriva del precario pensamiento de quienes diseñaron la Ley 100, que **no tienen a la enfermedad como la resultante de una serie de contingencias que menoscaban la salud** (en este caso la pobreza y el hambre), **sino como una de dichas contingencias**, para poderse acomodar a las estrategias de Seguridad Social “en Salud” que se ingeniaron. Y esas contingencias insalubres que concurren categóricamente con la pobreza (hambre, suciedad, tugurio, analfabetismo, harapos, falta de agua potable y de alcantarillado, falta de oportunidades, trabajo infantil, nulo acceso a la información, adolescentes gestantes, criminalidad y violencia, trampas ambientales, pues son mucho más vulnerables incluso a los desastres naturales ... hasta falta de identificación, pues muchas veces ni siquiera tienen registro civil o cédula) nos obligan a recordar las citas de Landaburu, Chagnon y Ferguson, y harán imposible cumplir con el discurso en el sentido de que la atención médica resolverá los problemas de salud de los más pobres, mientras se los deja viviendo en la indigencia. Con sobrada razón decía 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”**²⁴

Como se puede ver, la segunda premisa a favor de un sistema que legaliza el fin de lucro de terceros a expensas del trabajo del médico tampoco se puede aceptar como cierta.

TERCERA PREMISA: la medicina es, si no el único, el más importante determinante de la salud (lo que equivale a decir que la medicina es el medio más apropiado para mejorar la salud de los colombianos, especialmente la de aquellos más pobres).

La tercera premisa, nuevo tremendo equívoco, derivado también de la primera y en estrecha relación con la segunda, radica en tener a la atención médica (y **servicios** prestados por profesiones afines) como el único, o al menos, como el más importante mecanismo para mejorar el **estado** de salud de los colombianos, especialmente el de los más pobres, lo que equivale a decir que la atención médica es, si no el único, el principal determinante de la salud. Para aclarar este aspecto es importante entonces revisar de manera un poco más amplia el tema de los llamados **Determinantes de la salud**, reseñados de manera ágil en la premisa anterior; para ello me apoyaré en uno de los escritos de G. Pinnet²⁵, y en previas reflexiones mías sobre el tema.^{26,27}

A juicio unánime de los expertos en el tema, **el principal determinante de la SALUD es el estilo de vida**, recordando al respecto que hay estilos de vida voluntarios que generan enfermedades cuya costosa atención está garantizada, bien sea por la Ley 100, en los casos de SIDA derivado de la promiscuidad sexual, o por el SOAT en los accidentes de tránsito resultantes de conductas imprudentes y hasta antisociales mientras se conduce.

Igual sucede con las enfermedades derivadas del cigarrillo (varios tipos de cáncer y enfermedades respiratorias), que explican altas cifras de morbilidad y mortalidad, y con situaciones debidas a la ingestión de bebidas alcohólicas, otro evento voluntario del que resultan con frecuencia accidentes de tránsito y lesiones personales que reciben costosísimos tratamientos, mediante el SOAT en el caso de los primeros, o por el “Sistema de Salud” en el de las segundas, recordando que la región de las Américas es la zona del mundo en la que el consumo de alcohol contribuye con la mayor proporción relativa de mortalidad y de años de vida perdidos por muerte prematura o por discapacidad, considerado incluso más importante que otros factores como el tabaquismo, la hipercolesterolemia, el sobrepeso, la desnutrición y los problemas de saneamiento,²⁸ y que Colombia, como “estado cantinero” que “invierte en ‘salud’ y educación” (!) recursos obtenidos por la venta del

licor (¡y del cigarrillo y de los juegos de azar!), no es propiamente la excepción a esta lamentable situación, como lo revela la última encuesta nacional de salud, según la cual 2,5 millones de colombianos mayores de 12 años son alcohólicos.¹⁰ Para ejemplificar la importancia de ello dos recientes noticias de Medellín: en los primeros 100 días de 2008 se han detectado 1.791 conductores ebrios, y en los primeros 94 días del año (a mayo 4), se registraron en la capital antioqueña un total de 12.030 accidentes de tránsito, **con un total de 5.599 lesionados**, y el número de fallecidos que arroja esta epidemia era a esa fecha de 79 (vs 60 en el mismo periodo del año anterior), lo que equivale a **un muerto cada 28 horas por accidentes de tránsito en nuestra ciudad.**²⁹

Mientras las consecuencias de los estilos de vida voluntarios arriba mencionadas reciben **atención médica** mediante complejos sistemas de aseguramiento (SOAT o Ley 100), las resultantes de otros estilos de vida también nocivos, pero **impuestos y completamente involuntarios**, no reciben igual trato por el sistema de aseguramiento ideado en la Ley 100; es el dramático y preocupante caso ya denunciado de la desnutrición, fiel acompañante de la pobreza, la enfermedad más mortífera del mundo según la OMS, cuyo tratamiento no está considerado en la Ley 100, además de que tampoco contempla acciones para prevenirla, inexplicable e inadmisibles situación que se presenta a pesar de que precisamente los pobres (y los enfermos) sirvieron de pretexto para aprobarla, situación que legitima la primera parte del pensamiento de Jaques Attali¹: *“Muy a menudo, **pobres y enfermos no eran más que la coartada para la recepción de ofrendas...**”* que en el caso de la Ley 100, como lo veremos luego, tienen un uso que no es el que debía ser. Pero además, esta paradójica situación, atención integral de “enfermedades buscadas o escogidas” (según término propuesto por Marc Lalonde, impulsor de la reforma del Sistema Nacional de Salud en Canadá), y la falta de atención a la desnutrición derivada de un estilo de vida involuntario e impuesto como lo es la pobreza, me hace recordar, por su triste analogía, preocupantes épocas pretéritas descritas por Samuel Butler en 1872: *“Una sociedad en la que los tuberculosos son juzgados por un tribunal y condenados a cadena perpetua, mientras que a los incendiarios, ladrones y los asesinos se les cuida gratuitamente en los hospitales”*. Además de las consideraciones

anteriores es bueno recalcar que mientras algunos se lucran de jugosas ganancias derivadas de la producción, distribución y venta del licor y el cigarrillo, a las clínicas, hospitales y “profesionales de la salud” se les imponen injustas tarifas equivalente a porcentajes de las llamadas “tarifas SOAT”, para atender los estragos que se derivan de su consumo.

Para ultimar esta resumida revisión del estilo de vida como el principal determinante de la salud, recordemos de nuevo a Lalonde, cuando aseguraba sabiamente que *“**La defensa contra la mayoría de las enfermedades no se encuentra en los médicos, las enfermeras, los dentistas, los sanatorios o ambulancias. La principal barrera contra las más diversas enfermedades está en los Estilos de Vida saludables**”*, sumándose así a las ideologías de Landaburu, Ferguson y Chagnon.

Como ya se dijo en la revisión de la segunda premisa, al estilo de vida impuesto por la pobreza lo acompañan, además del hambre, otra serie de condiciones definitivamente insalubres que son por consiguiente **innegables contingencias que menoscaban la salud**, a las que la Ley 100 propone en su definición **proporcionarles la cobertura integral**, convirtiendo ese penoso estado de carencia en el mayor generador de enfermedad y muerte. Es obvio entonces que respecto al principal determinante de la salud, el estilo de vida, hay muchos asuntos por resolver para mejorar la salud de los más pobres, y mucho más urgentes, importantes, sensibles y hasta humanitarios o compasivos que la atención médica.

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”*.²⁵ Y en este determinante como en el anterior, los pobres, a quienes la Ley 100 pretende “darles salud subsidiada”, o mejor aún, quienes sirvieron de coartada para aprobarla, también eran y 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 millones de personas por enfermedad diarreica aguda. En Colombia concretamente, según investigación de la Procuraduría Nacional, dada a conocer a principios del año 2008, se denunció la muerte de 20.000 niños entre los años 2004 y 2006 por mala calidad del agua³⁰, a pesar de llevar más de 11 años de aprobada y puesta en marcha la Ley 100,

advirtiéndolo que *“La tragedia **habría podido evitarse si se hubieran adoptado medidas para garantizar un buen suministro de agua potable**” (ver premisa 4).* Y en relación con este dato dice la directora del ICBF, Elvira Forero:³⁰ *“La situación de atención a menores de edad es grave porque **no se adelantan programas de prevención** en casos como la mala calidad del agua potable y la desnutrición” (ver premisa 4).* Con sobrada razón decía el profesor Héctor Abad Gómez que *“Es mejor hidratar casas que hidratar pacientes”*, pero para los sofistas que diseñaron la Ley 100, y para el fin de lucro de terceros que la inspira y que algunos se atreven a defender, es mejor hidratar pacientes que hidratar las casas, pues de lo contrario, la solución escogida para darle salud a los más pobres no hubiera sido la que nos impusieron.

Sobre las condiciones económicas de la persona (o la familia, o la comunidad), consideradas en orden de importancia como el tercer determinante de la salud según la propuesta de Pinet, no hay necesidad de hablar en extenso, pues en éste es mucho más obvio que los más pobres son los más afectados. De todas formas, mencionemos que una precaria condición económica se confabula con los otros determinantes para hacer que los pobres se enfermen más y mueran a más temprana edad que los más acomodados. 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 definida 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”*³¹.

Fue por ello que el Dr. Nakajima, siendo director de la OMS, en el marco de la Asamblea Mundial de la Salud de 1995 señaló a la pobreza como la enfermedad más mortífera del mundo. En consecuencia con ello, 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**.³² Contrastando con ello y ratificando a Saz, la Ley 100, dada su reconocida opulencia que alcanza incluso para satisfacer el fin de lucro de terceros, propone como primera línea de acción a la atención médica, aun cuando las cifras de pobreza y de miseria en el

país, antes y después de la Ley 100, sean altamente preocupantes.

Vale la pena mencionar en el análisis de este determinante, que a pesar de que se hacen ostentaciones con el incremento de las “coberturas de salud”, que como quedó claro son realmente coberturas de atención médica, **la encuesta de calidad de vida del año 2003**²¹ **indagó sobre las personas enfermas que no solicitaron atención médica, por razón para no hacerlo, y encontró que para la población total la principal causa fue la falta de dinero (39,3%), con rangos que fluctuaron entre 36,2% para personas que viven en las cabeceras municipales, y 48,1% para aquellas que viven en el área rural**, preocupante dato que deja muy en entredicho la realidad sobre el incremento de dichas coberturas y que nos hace recordar una vez más la advertencia de Attali: *“Muy a menudo, pobres y enfermos no eran más que la coartada...”*

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**, importancia que se ratificó en las metas del milenio cuando se decidió que la segunda de ellas fuera alcanzar la educación universal. Colombia, sin embargo, le dedica a este rubro menos que el promedio de lo que invierten los países de la región, pero entre ellos es el que más “gasta en salud” según lo afirmó en forma jactanciosa la revista Dinero³³ bajo la dirección del principal ideólogo de la Ley 100. Y tiene toda la razón al hablar de **gastar**, pues en lugar de **invertir (ver premisa 4)** en otros determinantes de la salud, estamos **gastando** con muy discutibles resultados, no en SALUD, sino en la costosa y muchas veces innecesaria o inútil y hasta nociva atención médica, y en beneficiar a los intermediarios. Para dar solo dos ejemplos de la situación de este determinante en el país mencionemos que *“El techo, las paredes, el inmobiliario, las baterías sanitarias y los sistemas de alcantarillado del 60% de las instituciones educativas del sector oficial de Cali presentan un estado lamentable”*.³⁴ Y si por Cali llueve, por el nordeste de Antioquia no escampa: *“La mayoría de escuelas apenas se sostienen en pie, los suelos son de tierra aplanada pero muy desnivelada y muchos techos tienen goteras: cuando llueve duro (algo muy frecuente en esta época del año, por ejemplo) no hay más remedio que suspender la clase y esperar a que cese el aguacero”*, según denuncias en el año

2004 de la periodista extranjera Alexia Guiler M.³⁵ Y el resultado de la desatención a la educación es bien evidente: 7% de colombianos mayores de quince años no saben leer ni escribir, pese a los esfuerzos recientes por contrarrestar este índice, según cifras de la UNESCO presentadas durante el preámbulo de la Conferencia Regional de Educación Superior 2008 (Cres) en Cartagena.³⁶ O como lo reveló la encuesta de calidad de vida en el país del año 2003: tenemos 9,6% de analfabetismo en el país, con guarismos críticos de 17,97% en el área rural.²¹ Y como en los otros determinantes de la salud, se puede “adivinar” sin mucha dificultad, que los más afectados en este también son los más pobres.

Otros importantes determinantes de la salud son 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...**”* y es de nuevo bien obvio, como en todos los demás determinantes, que en estos dos, los pobres también son los más afectados.

*Además de que el envejecimiento de la población es otro importante determinante de la salud, pues incrementa las posibilidades de enfermar, tenemos que recalcar la importancia que tiene este proceso fisiológico como componente esencial a ser tenido en cuenta por la seguridad social, e insistir hasta la saciedad que cuando hablamos de la Ley 100 estamos hablando de una ley de Seguridad Social. Sin embargo, como ya se mencionó, son preocupantes los datos sobre la evolución y las proyecciones de la cobertura que se tienen para esta importante problemática con nuestra flamante Ley de Seguridad Social (“en salud”). Y aceptando –en gracia de discusión– que la atención médica sí ha contribuido a una mayor longevidad, como nos lo quería hacer creer la revista Dinero³³ bajo la dirección del Dr. Juan Luis Londoño, es imperioso recordar a G. 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”²⁵ (subrayado mío para recordar la definición de Seguridad Social “en salud” de la Ley 100). Y M. Abdussalam es aun más crítico³⁷: “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 la prolongación de una existencia difícil y penosa más que una bendición”. Igual de preocupante es la visión que sobre este asunto tiene Luis A Vélez: “En el fondo surge la contradicción entre gastar millones para tecnologías que salvan vidas de personas **que por otro lado dejamos que sigan viviendo en niveles de miseria**”. Estas tres importantes apreciaciones pueden ser complementadas con un interesante segmento de una sentencia de la Corte Constitucional: “Se trata pues de defender la vida, pero también una cierta **calidad de vida**. En el término ‘dignidad’ predicado de lo humano, está encerrada una **calidad de vida** que es un criterio cualitativo. Luego para la carta no basta que la persona exista; es necesario aún que exista en un marco de condiciones materiales y espirituales que le permita vivir con dignidad”³⁸.*

Como contraste con esta apreciable opinión, se puede mostrar de alguna manera la triste realidad de nuestros ancianos mediante algunos datos recientes de la ciudad de Medellín: 797 ancianos, abandonados por sus familias que seguramente no tienen como sostenerlos, son sostenidos por el municipio de Medellín, y 51,95% de los adultos mayores en Antioquia viven en situación de pobreza.³⁹ En estas circunstancias es bueno advertir que mientras nos aseguran que con la reforma se resolvió la llamada “bomba pensional,” para referirse al problema económico que implicaba el sistema pensional, tal vez se activó una más peligrosa bomba, de índole social, que no demorará en detonar. Y, obviamente, en este determinante los más pobres vuelven a ser los más afectados .

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 en general (no solamente ciencia y tecnología médica), los avances en la información y las comunicaciones, los derechos humanos y las desigualdades relacionadas con el sexo. Es también incuestionable que la situación de estos determinantes de la salud en nuestro país no es el más halagüeño, y que como en el resto de todos ellos, los pobres son los más desfavorecidos.

Los dos únicos determinantes de la salud que sí se relacionan con nuestro trabajo son los llamados “Sistema de Salud” o “Sistema Sanitario”, y los determinantes biológicos, estos últimos difíciles de modificar en la actualidad, pues la mayoría se encuentran

prácticamente en el terreno de la ciencia ficción. Con respecto al llamado “Sistema de Salud”, que es más bien un Sistema de Atención Médica, vale la pena insistir que mientras en Alma Ata⁴⁰ se consideró a la **Atención Primaria en Salud** como la principal estrategia para el logro de una verdadera SALUD para todos, mediante la ejecución de importantes tareas en ocho áreas esenciales, una de las cuales es la atención médica en campos prioritarios como el materno infantil, la Ley 100 implementó de manera exclusiva un plan de ATENCIÓN MÉDICA elemental, al que dio el ostentoso nombre de “Plan Obligatorio de Salud”, a pesar de que como ya se dijo, se trata de un Plan Obligatorio de Atención médica (POAM), que para completar, es mutilado para los más pobres (POAM-S), a pesar de haber servido de coartada perfecta para aprobarla, y excluyó inexplicablemente las otras siete áreas. Todo ello obedece muy posiblemente, como dice Abdussalam, a que *“El concepto de Atención Primaria de Salud todavía no es comprendido con bastante claridad por muchas de las personas con responsabilidades relacionadas con la salud, a pesar de decenios de esfuerzos por explicarlo y difundirlo. Con demasiada frecuencia se sigue confundiendo este concepto con la idea de unos centros médicos periféricos provistos de personal médico, enfermeras y de personal auxiliar,”*³⁷ además de que es bueno advertir al respecto que algunos autores aseguran que ello es debido a la lectura neoliberal que se le ha hecho a dicha estrategia. En estas condiciones, como ya se advirtió, **la Ley 100 cambió radicalmente la propuesta de Alma Ata, SALUD PARA TODOS, por la de ATENCIÓN MÉDICA PARA TODOS.**

Al referirnos a Alma Ata es bueno señalar que a pesar de que la asistencia materno infantil, como ya se dijo, es uno de los aspectos destacados en la atención médica como componente de la estrategia **Atención Primaria en Salud**, las estadísticas al respecto en nuestro país se han convertido en verdadera vergüenza⁴¹, muy a pesar de que según datos de la *Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2000* la cobertura de atención prenatal por médico o enfermera alcanza al 87% y la de parto institucional al 91%, y de que Colombia es el segundo país de América latina que más recursos gasta en atención médica de las maternas según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS); esta paradójica situación tiene que hacer pensar sobre la calidad de la atención médica que se está prestando.

Vale la pena entonces mencionar, para dar un poco de claridad, algunos de los puntos que sobre la **Atención Primaria en Salud** se definieron en la Declaración de Alma Ata: *“...3. Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales; 4. Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores. 5. Exige y fomenta en grado máximo la auto-responsabilidad...”*⁴⁰ que no es otra cosa que el auto-cuidado, concepto que debiera tenerse muy en cuenta cuando hablamos de las “enfermedades escogidas”, y cuya importancia puede ser minimizada, como ya se esbozó, por los sistemas de aseguramiento. Vale la pena insistir en este punto, ya que Según la Dra. Hoyos Castañeda⁴², cuando la noción de salud se examina desde la perspectiva jurídica adquiere un sentido relacional, pues *“cualquier consideración sub rationale justitiae hace referencia a las relaciones del hombre con la sociedad, sin que ello signifique que desconozca los deberes que tiene consigo mismo; por estas consideraciones la Constitución Política de Colombia en su artículo 49 (inciso final) ha preferido partir del deber natural que tiene toda persona de procurar el cuidado integral de su salud y de la comunidad, que del derecho a la salud”,* de tal forma que **la salud se consagra como derecho, pero también como deber.**

Con respecto a la educación, uno de los determinantes de la salud antes reseñados, y el primero de los ocho elementos de la Atención Primaria en Salud, además de que está demostrada su relación con un mejor estado de salud, Alma Ata destaca su importancia en aspectos relacionados con los métodos

de prevención de algunas condiciones patológicas, situación que contrasta con datos obtenidos para dos importantes enfermedades en la encuesta nacional de salud de 2005 en nuestro país (11 años largos después de aprobada la Ley 100), en la que se demostró que el 44,5% de las personas en condiciones de miseria (las más vulnerables) desconoce cómo se previene la malaria, y que tres de cada diez personas no saben que el agua sirve de criadero al mosquito transmisor del dengue.¹⁰

Si se efectúa un balance imparcial del estado de los diferentes Determinantes de la Salud en nuestro país, antes y después de la Ley 100, se puede deducir que el sector que menos reformas necesitaba para mejorar la SALUD de los más pobres era muy posiblemente el de los servicios médicos, mal llamado, tal vez con segunda intención, el “sector de la salud”.

Cuando hablamos de un “Sistema de Salud” que en la práctica es un Sistema de Atención Médica, vale la pena mencionar sus inmensas limitaciones, las que podemos señalar de manera resumida mediante sugestivas apreciaciones hechas paradójicamente por dos grandes defensores de la Ley 100. Es así como de manera sorprendente Castaño RA, autor del artículo que origina esta réplica, señala en uno de sus escritos en defensa de la Ley 100, que *“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”*.⁴³

De manera también asombrosa, el Dr. Esguerra R, otro gran defensor de tan extravagante legislación, corrobora lo dicho por Castaño: *“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”*.⁴⁴ No es entonces gratuito que existan varias publicaciones y estudios⁴⁵⁻⁴⁸ en los que se cuestiona seriamente el papel que ha jugado la atención médica para explicar las buenas condiciones de SALUD alcanzadas por diferentes poblaciones, la mayor longevidad de las mismas y su influencia en la disminución de tasas de mortalidad infantil, y como es apenas lógico, relacionan estos logros –mejor estado de SALUD, mayor

longevidad y menor mortalidad infantil– con progresos conseguidos en los otros determinantes de la salud, lo que hizo que dichas poblaciones tuvieran mejor **“calidad de vida”**. Tal vez por ello se les escapó en el artículo 1º del capítulo I de la Ley 100, sin medir tal vez las implicaciones, aquello de *“El sistema de seguridad social integral 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”*,¹² aunque en la práctica esta intención se ha desnaturalizado, pues se han limitado a implementar la atención médica.

Cuando se habla de Atención médica también se deben mencionar, así sea de manera rápida, sus riesgos y sus daños, 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 en ese mismo país por procedimientos médicos⁴⁴ y un 10% de las admisiones en los hospitales americanos debidas a reacciones adversas a los medicamentos. Estas escalofrantes cifras han llevado a que un ya citado defensor de la Ley 100 asegure sorprendentemente 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”*.⁴⁴ Apreciaciones similares sobre los riesgos y peligros de la medicina hace el actual “Comisionado de paz”, Luis Carlos Restrepo, en su revelador escrito *Violencia Médica*.⁴⁹ Con sobrada razón decía entonces Ilich: *“La medicina institucionalizada se ha convertido en la peor enemiga de la Salud”*,⁴⁵ y paradójicamente, la muchas veces inútil y peligrosa medicina es propuesta por la Ley 100, en contra de las evidencias, como el principal instrumento para mejorar la salud de los más pobres.

También es bueno recordar la gran cantidad de procedimientos completamente innecesarios que se realizan a diario en la atención médica (fórmulas innecesarias, exámenes innecesarios, hospitalizaciones innecesarias y hasta cirugías innecesarias), que llevan a una suma exorbitante de gastos también innecesarios, que de ser aplicados en otros determinantes de la salud serían mucho más eficientes (**ver premisa 4**); para solo dar un ejemplo de ello, que puede dejar vislumbrar la magnitud de este problema, recordemos el gran porcentaje de partos atendidos por cesáreas en nuestro “sistema de salud”, que según

publicación de prensa en el año 2001 era del 43,7% en el ISS (El ISS en cifras. El Tiempo, 25 de enero de 2002), y según el Dr. Juan Luis Londoño era de 37% en el año 1998 (conferencia dictada en Comfenalco Medellín, 1998), cifras que a la fecha se han incrementado. A partir del abuso en la realización de este procedimiento quirúrgico, se puede deducir entonces la magnitud del gasto derivado del abuso cotidiano en miles (¿millones?) de procedimientos menores realizados también de manera innecesaria.

Es bien difícil entender cómo, incluso médicos que reconocen estas realidades de la atención médica, se atreven a defender su vulgarización por medio de sistemas de aseguramiento que llevan a la medicalización de la salud (y de la vida), con la intención de mejorar la calidad de vida y por ende la salud, “especialmente la de los más pobres”, beneficiando “de paso” a los intermediarios, en lugar de optar por otras posibilidades de acción mucho menos riesgosas, y de eficacia y eficiencia más reconocida para obtener la aludida intención. Esa medicalización de la salud y de la vida parece corresponder en nuestro caso, ni más ni menos, a la materialización de la interesante comedia de Jules Romains, *Knock o el triunfo de la medicina*.⁵⁰

Además de los problemas antes anotados es de advertir que el mal llamado “aseguramiento en salud” tiene serios problemas que darían para amplia disertación, relacionados con los incentivos que crea, la selección adversa (demanda), la selección de riesgos (oferta), la inducción de la demanda y el riesgo moral (ex ante y ex post), contra los cuales se plantean mecanismos que desafortunadamente crean serias inequidades al sistema y que afectan especialmente a los más pobres,⁵¹ que llegan a tal punto que algunos economistas consideran que el seguro de atención médica, que no “seguro de salud”, produce pérdidas de bienestar por consumo excesivo de servicios médicos, que para algunos alcanza al 5% del total del mal llamado “gasto en salud”⁵¹. Esa pérdida de bienestar disminuye obviamente las posibilidades de alcanzar mejor “calidad de vida,” objetivo propuesto por la Ley 100.

Con esta rápida revisión de los Determinantes de la Salud y de las limitaciones de la atención médica, así como de sus peligros, daños y abusos, la tercera premisa, la medicina es el medio más apropiado para mejorar la salud de los colombianos, especialmente la de aquellos más

pobres, también queda totalmente desvirtuada. Al mismo tiempo se puede deducir que la calidad de vida de los más pobres, aquella de la que hablan la definición de seguridad social en salud de la Ley 100, y su artículo 1º del capítulo I cuando define su objeto, se mejoraría mucho más con cambios en los determinantes de la salud ajenos a los servicios médicos, logrando con ello realmente, de un modo mucho más humano, y con seguridad, mucho más eficiente (**ver cuarta premisa**) y **duradero**, mejorarles las condiciones de salud. Con la revisión de los determinantes de la salud se completa la justificación de la sentencia de Attalí, aplicable a la Ley 100, en el sentido de que *“Pobres y enfermos no eran más que la coartada para la recepción de ofrendas cuyo uso no era el que debía ser”*¹.

CUARTA PREMISA: uno de los propósitos de la Ley 100 es la eficiencia, lo que equivale a decir, dado el enfoque de su accionar, que la atención médica es el medio más eficiente para mejorar la salud de los más pobres.

La importancia de revisar esta premisa se deriva del hecho de que nos aseguran que uno de los principios fundamentales de la ley 100 es la eficiencia^{12,52}, definida como *“La mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente”*,¹² principio que queda completamente desvirtuado con lo hasta acá revisado.

Pero además de ello, al examinar el argumento de la eficiencia de la atención médica frente a otros determinantes debemos tener en cuenta aquél sabio refrán popular: ***Es mejor un miligramo de prevención que una tonelada de curación.*** A pesar de esta sabia lógica y de lo que se desprende de la revisión de los determinantes de la salud, la Ley 100 le apostó más bien a las cien toneladas de curación. Más diciente aún es la aseveración de alguien muy conocedor de la materia, como el español Diego Gracia, quien hablando precisamente de los “sistemas justos de salud” advierte que *“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".⁵³ Qué decir de la alimentación, de los acueductos y de los alcantarillados, para solo mencionar otros tres rubros que en la búsqueda de mejorar las condiciones de salud de los más pobres tienen con seguridad mayor eficiencia que la atención médica. Hablando de la alimentación, cuya importancia para la buena salud es indiscutible, además de que para lograr mejor salud es un medio más eficiente que la atención médica y de que los alimentos explican el mayor porcentaje de los gastos de una familia que vive por debajo de la línea de pobreza,^{22,54} quienes diseñaron la Ley 100 en ningún momento optaron por subsidiar los alimentos o por intervenir a las profesiones y oficios que se relacionan con su producción, ni a las grandes cadenas de supermercados que se lucran con su intermediación, mecanismos con los que indiscutiblemente los pobres mejorarían sus condiciones de salud y necesitarían, en consecuencia, menos atención médica. Y mientras el promiscuo sexual afectado de SIDA o el fumador afectado por EPOC sí reciben el tratamiento de sus "enfermedades escogidas" sin necesidad de tutelas, ¿acaso puede una madre pobre, con varios hijos muriendo de física hambre, ponerle una tutela a un rico ganadero o a una opulenta cadena de supermercados? Es bueno insistir en este instante que en la cotidianidad la gente debe gastar mucho más en alimentos y en rubros relacionados con otros importantes determinantes de la salud (vivienda, servicios públicos, educación, alimentación etc), que en atención médica, pues en ésta se hacen gastos de manera puntual, esencialmente durante una enfermedad, que muchas veces es provocada por las carencias en otros determinantes.

Aunque pudiera ser parte del análisis de los determinantes de la salud hecho en la tercera premisa, dada la sabia afirmación de Gracia sobre las políticas de vivienda, y que según el artículo 51 de la constitución política de Colombia: **"Todos los colombianos tienen derecho a vivienda digna. El Estado fijará las condiciones necesarias para hacer efectivo este derecho y promoverá planes de vivienda de interés social, sistemas adecuados de financiación a largo plazo y formas asociativas de ejecución de estos programas de vivienda"**, es bueno revisar someramente nuestra situación en este aspecto y en lo referente a los programas de vivienda de interés social, debiendo concluir que los datos no son muy alentadores según se desprende de las observaciones hechas por la presidenta de la Cámara Colombiana

de la Construcción (Camacol) Beatriz Uribe Botero: *"El crecimiento de vivienda de interés social en Colombia es mediocre. La problemática es preocupante a pesar de que en los últimos años se han registrado unos resultados positivos, pero las necesidades son muy grandes... Anualmente en el país se conforman un total de 250 mil nuevos hogares y se construyen tan solo 150 mil viviendas"*; advierte además que mientras en México se están construyendo anualmente 700 mil viviendas de interés social, en Colombia no se llega a las 100 mil.⁵⁵ Otros conocedores de la materia advierten que no tener un sistema de financiación propicio (visto desde la verdadera capacidad de endeudamiento para adquisición de vivienda por parte de los más pobres) ha traído como consecuencia un bajo impacto en las políticas de subsidios en Colombia, y que no se puede hablar realmente de subsidio a la vivienda (**que a diferencia de la salud sí se puede subsidiar**), cuando los créditos que existen para adquirirla no están al alcance de la población que lo necesita, pues el pobre tiene más complicado el camino para conseguir un subsidio para vivienda por los requisitos que tiene que cumplir, sobre todo los salariales (¿Quién le presta a una persona sin recursos?), mientras que a la población pudiente hasta le dan exenciones tributarias por tomar un subsidio AFC.⁵⁶ Muy posiblemente entonces la poca edificación de "viviendas de interés social" no es debida a que los constructores no tengan "interés en el fin de lucro" y en consecuencia no se preocupan por construirlas, sino a que a que no hay quien se las compre. Para completar, muchas veces las "soluciones" construidas no son las más adecuadas, como ocurrió con la urbanización Villa Daniela, en Mosquera, Cundinamarca, en la que se construyeron "viviendas" de interés social, con cocina, baño y salón, ¡pero sin alcobas!⁵⁷

También es bueno recordar algunos datos del censo de 2005⁵⁸ sobre la situación de vivienda en el país: el 36,21% de los hogares presentó necesidades habitacionales (en la cabecera el déficit afecta el 27,00% de los hogares, **en la zona rural afecta al 68,25%**). El 23,84% de los hogares *"habitan en viviendas con problemas cualitativos o susceptibles a ser mejorados, ya que las viviendas que ocupan presentaron deficiencias en lo referente a la estructura de los pisos, hacinamiento mitigable, servicios públicos y lugar inadecuado para preparar los alimentos"* (**en la cabecera el déficit cualitativo afecta el 14,44% de los hogares, y en el resto, al 56,54%**). El 1,51% de los hogares viven en

hacinamiento mitigable, definido para la zona urbana como hogares que habitan en viviendas con más de tres a menos de cinco personas por cuarto, y en la zona rural, más de tres personas por cuarto (excluyendo cocina, baño y garaje). El 11,94% de los hogares habitan en viviendas con servicios públicos inadecuados (en las cabeceras los servicios inadecuados afectan el 7,89% de los hogares, en el resto, al 26,01%). Finalmente, el 8,41% de los hogares comparten la vivienda con otros (cohabitación), y según la Encuesta de Calidad de Vida 2003, mientras en el año 1997 el 55,35% de los hogares en las cabeceras tenía vivienda propia, para el año 2003 esta cifra había bajado al 52,3%²¹. Resuena entonces aquel segmento del artículo 1 capítulo I de la Ley 100: “...*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 del artículo 51 de la constitución nacional: “**Todos los colombianos tienen derecho a vivienda digna...**”

Con respecto a la disponibilidad de agua potable como elemento de vital importancia para mantener o mejorar la salud de la población,⁵⁹ y en este sentido su mayor eficiencia que la de la atención médica, vale la pena mencionar que según la Asociación Colombiana de Ingenieros Ambientales, ACODAL, se estima que en unos 750 municipios colombianos, que corresponden al 70% de ellos, el agua no es apta para el consumo humano, situación que además de contribuir al gran número de niños muertos antes mencionado³⁰, explica gran cantidad de casos de enfermedad diarreica aguda que ocasionan gastos médicos calculados en más de 1 billón 900 mil pesos al año.⁶⁰

En el escrutinio de la eficiencia también es bueno tener en cuenta que según Pinder y Rootman, “...*el Informe Lalonde fue una clara respuesta del primer ministro canadiense al parlamento, ante la implantación de un **seguro de atención médica** que exigía del gobierno federal cubrir el 50% de los servicios médicos y hospitalarios, costos que aumentaban rápidamente y se temía vaciaran las arcas del Estado, a pesar de que existían pruebas de que el estado de salud de la población no mejoraba con ese sistema y de que por medio de soluciones basadas en el modelo médico no se prevenían muchas condiciones patológicas que exigían luego atención médica muy costosa*”⁶¹ (subrayados míos). Cualquier parecido con nuestra situación no es pura coincidencia, con la diferencia de que el Estado colombiano se ha qui-

tado de encima buena parte de sus obligaciones en los aportes, los que corren en su mayor porción por cuenta de particulares (empresarios y empleados) y sirven para enriquecer a los intermediarios.

Otro dato de interés en la revisión del principio de la eficiencia es el del economista Restrepo JH, quien no es propiamente un crítico de la Ley 100: “*Algunos trabajos econométricos enseñan que **los servicios médicos aportan un porcentaje cada vez menor en la esperanza de vida, de manera que hoy, apenas entre un 20-25% del aumento de las condiciones de salud obedece a los servicios médicos***”⁶² (subrayado mío). Ante todos estos datos, ¿si se podrá aceptar realmente la cacareada eficiencia de la Ley 100?

QUINTA PREMISA: la atención médica es el principal componente de la seguridad social.

Una quinta premisa, otro sofisma que carga con el lastre de las anteriores, consiste en tener a la atención médica, o atención en enfermedad, malintencionadamente llamada “atención en salud”, como el principal componente de la Seguridad Social (“en salud”), pues es evidente en nuestro sistema la forma como se ha hipertrofiado dicho componente, de tal manera que se habla, refiriéndose a la Ley 100, de la famosa “reforma a la salud”, a pesar de que como ya se ha insistido, con la Ley 100 se pretendía reformar todo el Sistema de Seguridad Social.

Para no alargar esta discusión baste recordar, como ya se mencionó, que mientras se hacen presentaciones jactanciosas con respecto al aumento de las “coberturas de salud”, que realmente son coberturas de atención médica, no se puede hacer alarde, por ejemplo, con tan importante componente de la Seguridad Social como lo es la pensión de vejez. Es posible entonces, que el aspecto económico de la “bomba pensional” se haya desactivado, pero en unos muy pocos años (sino es que ello esté ocurriendo desde ya), tendremos una verdadera bomba social (¿tal vez les importe menos a los reformistas?), dada la magnitud del incremento de la población mayor de los 60-65 años que no contará con protección alguna. Para terminar el análisis de esta premisa en forma sobria, digamos como lo hicimos para la salud, pero con mayor razón acá, que **Seguridad Social es mucho más que ir donde un médico y recibir una receta.**

Conclusiones y recomendaciones

El análisis de los sofismas que se utilizan para justificar la Ley 100 nos permite descubrir su imposibilidad para cumplir con su principal “justificación”, pregonada a cuatro vientos, de mejorar la salud de los colombianos más pobres, al mismo tiempo que nos da la posibilidad de transitar por sus ocultas y solapadas intenciones políticas y económicas, advertidas de antemano por algunos pensadores como Jünger.

A pesar de que quedó claro que prácticamente todos los gremios de la producción tienen que ver con la salud de los colombianos, especialmente con la de los más pobres, la Ley 100 sólo intervino a los que tienen relación con la atención de los enfermos, es decir, aquellos que con el ánimo de establecer confusiones en el tema, como lo advertían Orwell y Rojas, han sido llamados de tiempo atrás “trabajadores de la salud”, cuando se trata en la realidad de los “trabajadores de la enfermedad”^{26,27}. En estas condiciones se ha dado entonces por vía legislativa la que el Dr. José Félix Patiño ha llamado la **desprofesionalización de la medicina**,⁶³ que a mi juicio no es otra cosa que su triste **obrerización**, mediante la cual **se legaliza** el fin de lucro de terceros, completamente ajenos a nuestra profesión, mediante el aprovechamiento de nuestro trabajo, amargo y preocupante escenario defendido de manera inexplicable incluso por algunos médicos y que nos tiene en la presente discusión.

Hemos llegado en estas circunstancias a situaciones extremas, pues en el caso de que a un médico general le paguen \$3,000.000 mensuales mientras está obligado a ver tres a cuatro pacientes por hora (600–640 pacientes al mes), termina recibiendo por cada consulta entre \$4.687⁵⁰ y \$5.833³³.

En estas condiciones, para no utilizar sino unas pocas pero odiosas comparaciones, una consulta hecha por un médico general vale un poco más que una lustrada de zapatos, menos que un corte de cabello (para hombre o mujer) o que una manicure en una sencilla peluquería, o que la simple lavada exterior de un automóvil o el servicio de mantenimiento de un gasodoméstico o de un electrodoméstico, y muchísimo menos que la famosa revisión técnico mecánica y de gases de un automóvil liviano (que sí servirá para mejorar la salud de los colombianos), procedimientos de escasa responsabilidad que son realizados por personal poco calificado; igual suerte han corrido los especialistas (tabla N° 2). Si esto no es **obrerizar** la

medicina, no sé como más se pueda llamar, pero es bien claro que se trata de una situación que no se compadece con la ya citada sentencia C-106/97 (sobre el trabajo del médico) de la Corte Constitucional:³ *“...no puede pretenderse que a raíz de la expedición de la Ley 100 de 1993 y la creación del nuevo sistema de seguridad social en salud, para el caso particular de los profesionales de la medicina, puedan fijarse tarifas por concepto de servicios profesionales **que no estén a la altura de las condiciones de dignas y justas y de la delicada labor médica, desarrollada en el ejercicio de la profesión liberal**”*(subrayado mío), recalcando de paso que esta Ley acabó prácticamente con el ejercicio liberal de la medicina.

TABLA 2. Valor en pesos de algunos procedimientos o servicios, comparados con el valor de una consulta de medicina general, una prostactetomía y un parto vaginal en la Ley 100.

Servicios o procedimientos	Valor en pesos
Consulta hecha por un médico general en la Ley 100	5.000
Lustrada de calzado*	2.500
Lavada sencilla de un automóvil**	9.000
Corte de pelo para caballero***	12.000
Corte de pelo para dama****	35.000
Manicure***	9.000
Mantenimiento de calentador de paso (gas) Haceb#	77.000
Cirugía de próstata### en la Ley 100	300.000
Parto vaginal#### en la Ley 100	80.000
Revisión técnica mecánica y de gases automóvil liviano+	89.880

* Centro Comercial Sandiego de Medellín

** Estación de servicio Texaco las Palmas, Medellín

*** Peluquería manos, barrio manila, Medellín

**** Peluquería Dora Vásquez, barrio el Poblado, Medellín

Servicio técnico Haceb

Clínica de la ciudad de Medellín. Incluye consultas pre y post-quirúrgicas, acto quirúrgico y atención de las complicaciones
Clínica de la ciudad de Medellín. Incluye atención del trabajo de parto, parto y puerperio.

+ CDA Previcar Medellín (sin incluir el IVA)

Algunos quieren justificar este indefendible, descarado y **discriminatorio** escenario con las tramposas premisas que se utilizan **para hacer creer que es para “darle salud” a los más pobres**. Mientras

el trabajo del médico es maltratado en esta forma, los balances económicos de los intermediarios, beneficiados con el “fin del lucro en salud” (sic), nos muestran empresas que en medio de la gran crisis económica por la que atravesó el país cuando despegó la Ley 100 ingresaron en muy pocos años en la lista de las 100 empresas más grandes de Colombia, y que con el paso del tiempo siguen escalando posiciones de privilegio como lo demuestra el reciente listado de las 100 empresas más grandes del país en el año 2007.⁶⁴ Mientras tanto, las condiciones laborales de muchos médicos se caracterizan por la precarización del contrato de trabajo permitida por reformas laborales que paradójicamente van en contra vía de una verdadera seguridad social (flexibilización laboral, cooperativas de trabajo, contrataciones a destajo), y con mucha frecuencia el médico, pilar del “sistema”, debe asumir el pago completo de su “seguridad social” como trabajador independiente, a pesar de su obligatoria y descarada dependencia de los intermediarios.

Otra manera de analizar tan penosa situación es la que hace la Asociación de Médicos Generales de Colombia: *“La tarifa SOAT 2008 para consulta ambulatoria de Medicina General es de \$18.500 por consulta. La tarifa SOAT 2008 para Consulta de Urgencias es de \$30.300 por consulta. No permitamos que los intermediarios (EPS, IPS, ARS, CTAs, etc.) se queden con la mayor parte de lo que nos corresponde. Si usted trabaja 8 horas diarias (Tiempo completo) y ve un paciente cada 20 minutos, al final del día ha visto 24 pacientes. Que multiplicado por \$18.500 da \$444.000 diarios. Y si multiplicamos por 24 días que generalmente se trabajan al mes nos da \$10'656.000. SON DIEZ MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS MENSUALES QUE LE PAGAN A LAS EPSs Y A LAS IPSs POR EL TRABAJO QUE USTED REALIZA. Finalmente, es reconocido y bien estudiado que los costos de operación o administración no alcanzan a superar el 10% de los ingresos, lo que significa que si a los \$ 10'656.000 le restamos el 10% nos daría \$ 9'508.500. Esta es la cantidad que los intermediarios de la salud reciben por el trabajo mensual que hace un MÉDICO GENERAL”*.⁶⁵

Cuando hablo de situación discriminatoria me refiero a que, a pesar de que es difícil encontrar una profesión u oficio que no tenga que ver con la salud de la población más pobre, utilizada impudicamente como coartada para justificar el trato que se le está dando al médico, y de que es bien claro que la estrategia de

la Atención Primaria en Salud diseñada por la OMS para el logro de la salud para todos **“Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores”**,⁴⁰ solamente medicina (y muy pocas profesiones afines) han sido condenadas **por ley** a trabajar en condiciones perversas, permitiendo que los intermediarios con fin de lucro se beneficien descaradamente de su trabajo. Es bueno entonces señalar acá que no fue por pura casualidad que entre los objetivos definidos en el Desarrollo del Milenio⁶⁶, se incluyeran como N° 1 *Erradicar la pobreza extrema y el hambre*, y N° 2, *Alcanzar la educación primaria universal*.

En la revisión de toda esta problemática vale la pena tener en cuenta el artículo 13 de la Constitución Nacional sobre uno de los derechos fundamentales y de aplicación inmediata, en contraste con el derecho a la Seguridad Social que no es fundamental y es de aplicación progresiva; dice el artículo 13: **“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”**. Ese Estado que debiera velar para que esa igualdad se cumpla, y para cumplir con el artículo 25 de la Constitución Nacional, otro derecho fundamental y de aplicación inmediata, de tal forma que nuestro trabajo —como todos los demás— *“goce de la especial protección... y el derecho a un trabajo en condiciones justas y dignas”*, decide arrasar de un tajo nuestros derechos y pisotear nuestra dignidad e independencia, poniéndonos por ley en manos de inescrupulosos intermediarios con claro fin de lucro, a expensas del trabajo ajeno.

Además de los sofismas que utiliza la Ley 100 es bueno recordar al Dr. Alfonso López M: **“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”**⁶⁷ (interrogado y subrayados míos), aseveración que nos permite otra

reflexión: en un Estado social de derecho, que no socialista, **se socializaron unas muy pocas profesiones** con el pretexto de darle salud a los pobres, llegando a una situación tremendamente discriminatoria e injusta mediante la cual **“El médico pasa de ser el que atiende, el que consuela, el que cura, a ser el que genera ganancias y dividendos”**² a terceros que lo explotan política y económicamente, como lo presagiaban Orwell y Jünger, lastimosa situación que es defendida desvergonzadamente incluso por algunos médicos que muy probablemente no ejercen la medicina, mientras que muchas otras profesiones y oficios de las que depende en mayor medida la salud de la población, especialmente la de la más pobres (las relacionadas con alimentación, vivienda, educación, agua potable, alcantarillados...), no fueron socializadas o sometidas por ley a trabajarle a terceros en condiciones indignas e injustas, lo que implica, como ya se dijo, un tratamiento completamente improcedente y discriminatorio por parte del Estado contra unos pocos.

como si se tratara de una comedia o de una banal telenovela, dice el Dr. Castaño,⁵ de manera cínica además y tratando de justificarlo: *“Esta premisa (el fin de lucro de terceros), tomada como bandera por casi todos los críticos de la reforma, es quizás la más débil de todas, pues desconoce que la salud siempre ha sido un negocio, solo que los roles de los actores han cambiado un poco... Esto hace pensar que la legitimidad del fin de lucro es un concepto selectivo, que los críticos aplican a algunos eslabones de la cadena de producción de servicios de salud, pero no a otros”* (subrayado mío para resaltar el cinismo de la afirmación del Dr. Castaño; NB: según el DRAE: **rol**: del ingl. *role*, papel de un actor; **actor**: 1. m. Hombre que interpreta un papel en el teatro, el cine, la radio o la televisión. 2. m. Personaje de una acción o de una obra literaria), como si existiera alguna persona que pudiera darse el lujo de trabajar sin recibir ingresos, lo que equivale a decir, utilizando palabras del Dr. Castaño, a trabajar *“sin tener implícito el fin de lucro”*, que no es otra cosa que el modo de sustento para quien trabaja y para su familia; pero luego de los “pocos cambios” (!) introducidos por la “reforma a la salud” (sic) ese “fin de lucro” de quien trabaja pasa a ser aprovechado descaradamente por los intermediarios. El meollo del asunto es entonces, y es lo que se cuestiona en este ensayo, que **antes de la Ley 100 el “fin de lucro” era lógicamente para**

el que trabajaba atendiendo a los enfermos, es decir el médico, quien es aprovechado ahora desvergonzadamente por los intermediarios, llegando a tal punto que hasta una simple consulta por enfermedad común efectuada por el médico general, o incluso por un especialista, a “usuarios de la salud” (sic) de los estratos socioeconómicos más altos (5 y 6), quedó incluida en el botín, a pesar de que se trata de un evento poco costoso para ellos y que definitivamente no les implicaba amenazas a su estabilidad económica, filosofía en la que debiera inspirarse el mecanismo de aseguramiento: *“Un instrumento financiero que permite hacer frente a posibilidades de quebranto económico al atender problemas de Salud, principalmente aquellas que requieren atención médico-quirúrgica en un Hospital, por un accidente o una enfermedad”*,⁶⁸ (subrayado mío), o como **medio para dispersar el riesgo económico derivado de eventos cuya atención tienen un alto costo.**

Quedó además bien claro que los “sistemas de salud” basados esencialmente en el modelo de aseguramiento de los servicios médicos, como lo es el de la Ley 100, y que en consecuencia priorizan la atención de la enfermedad, influyen muy poco, y solamente de manera puntual, en el estado de salud individual o comunitario, y que, como decía Spencer, lo que realmente necesitamos es *“Un proceso que haga hincapié en la salud de la población, antes que en las enfermedades de los individuos”*,⁴ lo que se conseguiría mejorando los determinantes de la salud ajenos a la medicina. También quedó claro que con el sistema de aseguramiento no se previene, e incluso hasta se facilita, la aparición de algunas enfermedades, pues se dificulta la interiorización de la gran importancia del auto cuidado, y se descarga además en otros asegurados buena parte de las responsabilidades resultantes de las consecuencias de conductas voluntarias que atentan contra la salud propia, y en ocasiones, incluso contra la de los demás.

Además de todas las consideraciones expuestas quedaría por revisar el efecto dañino que este régimen le ha hecho a la otrora sagrada relación médico-paciente, lo que solamente esbozaré mediante palabras que sirvieron de reseña al libro de Sonia Echeverri:² *“Las transacciones comerciales son frías, calculadoras y rentables. Al introducirle exigencia de rentabilidad a una relación de confianza, de humanitarismo, se está perdiendo el principio que debe primar en la relación médico-paciente sin intermediarios, ganan-*

cias económicas, resentimientos ni desconfianza. Se está olvidando que la medicina es un servicio, no es una mercancía y por consiguiente no es susceptible de ejercerse como un comercio. No se vende salud, se cuida la salud se vela por la salud."⁶⁹

Finalmente, y a manera de conclusiones, digamos que **si realmente lo que se quiere es mejorar las condiciones de salud de todos los colombianos, la meta propuesta por la Ley 100, atención médica para todos, se debe acompañar inexcusablemente de la aprobación de leyes que mediante la socialización de prácticamente todas las profesiones y oficios nos lleven a lograr educación para todos, alimentación adecuada y suficiente para todos, acueducto y alcantarillado para todos, vivienda digna para todos, empleo en condiciones dignas para todos, vestuario digno para todos, posibilidades de recreación para todos, obras públicas para todos, acceso a los desarrollos tecnológicos para todos, acceso a las comunicaciones para todos, equidad y justicia social para todos... lo que equivale a decir, calidad de vida para todos**, cumpliendo entonces con el objetivo definido para la Ley 100 en su artículo 1 del capítulo I, pues sólo así lograríamos de verdad mejorar las condiciones de salud de todos los colombianos, **pero muy especialmente la de los más pobres, utilizados como cruel coartada para establecer las injusticias que se han cometido con las profesiones que atienden enfermos**. Y muy importante, se haría justicia con esas pocas profesiones que mediante argumentación falaz y engañosa fueron atrevidamente intervenidas por una Ley que legalizó además el aprovechamiento insolente del trabajo del médico por parte de terceros con indiscutible fin de lucro.

Bibliografía

1. Attali J. El mundo caníbal. Principio y fin de la Medicina. Editorial planeta, Barcelona, 1981.
2. Echeverri de P S. La medicina como Institución: entre la voracidad y el suicidio Editorial Kimpres S.A., Bogotá, 2004.
3. Corte Constitucional. Sentencia C-106/97 de la Sala Plena. Disponible en: <http://web.minjusticia.gov.co/jurisprudencia/CorteConstitucional/1997/Constitucionalidad/C-106-97.htm> Consultado junio 21 de 2008.
4. Spencer H.C. Renovación de la estrategia de salud para todos (Debate). Foro Mundial de la Salud 1996; 17:352-354.
5. Castaño R.A. En defensa del fin de lucro en salud. Medicina. 2007; 29: 90-102.
6. Jünger E. La emboscadura. Editorial Tusquets, Barcelona, 1988.
7. Orwell G. La política y el idioma inglés. 1946. Disponible en: http://ladoblehelice.files.wordpress.com/2007/11/politica_idiomaingles_orwell.pdf Consultado junio 21 de 2008.
8. Rojas E. El hombre light: una vida sin valores. Santiago. Editorial Planeta Chilena, 1995.
9. El Tiempo (editorial). Pensión, ¿meta inalcanzable? Marzo 31 de 2008. Disponible en: http://www.eltiempo.com/opinion/editorial/2008-04-01/ARTICULO-WEB-NOTA_INTERIOR-4056555.html Consultado el 18 de mayo de 2008.
10. El Tiempo. Abril 25 de 2008. Encuesta reveló que 2,5 millones de colombianos mayores de 12 años son alcohólicos. Disponible en: http://209.85.215.104/search?q=cache:39tASXE6-3cJ:feeds.eltiempo.com/~r/eltiempo/titulares/~3/277466494/ARTICULO-WEB-NOTA_INTERIOR-4121838.html+discapacitados+colombia+3.5+millones&hl=es&ct=clink&cd=4&gl=co&lient=firefox-a Consultado 20 de junio de 2008.
11. Hernández-Jaramillo J; Hernández-Umaña I. Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. Rev. Salud pública 2005; 7: 130-144. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v7n2/v7n2a02.pdf> Consultado 21 de junio de 2008.
12. Ley 100, texto completo. Disponible en: http://www.eseruu.gov.co/pdf/Ley_100_93.pdf Consultado mayo 18 de 2008
13. Gómez L.F. Triste balance de los 10 años de la ley 100: ¿vale la pena reformarla? Pediatría 2005; 40: 9-20.
14. Supersalud. Supersalud avala "Pacto Social" en beneficio de los usuarios de la salud del Valle del Cauca. Comunicado de prensa, Cali, marzo 22 de 2007. Disponible en: <http://www.supersalud.gov.co/Prensa/COMUNICADO%20PACTO%20VALLE.pdf> Consultado junio 21 de 2008.
15. Landaburu E. Por una sanidad más humana y ecológica. Disponible en: <http://www.sumendi.org/castellano/download/POR%20UNA%20SANIDAD%20MAS%20HUMANA%20Y%20ECOLOGICA.pdf> Consultado el 20 de mayo de 2008
16. Chagnon N. Genealogy, Solidarity, and Relatedness: Limits to Local Group Size and Patterns of Fissioning in an Expanding Population. Yearbook of Physical Anthropology, 1975; 19:95-110.
17. Ferguson G. Esquema crítico de la medicina en Colombia. Editorial CIE Bogotá, 1979.
18. El Periódico.com. Enero 30 de 2008. Muerte de niños: ¿hasta cuándo? Disponible en: <http://www.elperiodico.com.co/seccion.php?codigo=2750&seccion=2&fecha=2008-01-30> Consultado junio 21 de 2008.
19. Academia de Medicina de Medellín. Acuerdo número 03 de 2007. Medicina. 2007; 29:138-139.
20. Hambre en la tierra del maíz. Semana. Fecha: 10/20/2007 -1329. Disponible en: http://www.semana.com/wf_InfoArticulo.aspx?IdArt=107149 Consultado junio 21 de 2008.
21. Departamento Nacional de Estadísticas. Encuesta de calidad de vida 2003. Presentación de resultados, noviembre 25 de 2003. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Presenacion_nov25boletin.pdf Consultado junio 21 de 2008.
22. Chan M. Alocución a la 61ª Asamblea Mundial de la Salud, Mayo 21 de 2008. Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_3-sp.pdf Consultado junio 21 de 2008.
23. FAO. Food Outlook. Food global Market Analysis, mayo de 2008. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/010/ai466e/ai466e00.htm> Consultado junio 21 de 2008.

24. Bhattcharya P. Renovación de la estrategia de salud para todos (Debate). Foro mundial de la salud 1996; 17:363-364.
25. Pinnet G. Health Determinants. Internat Health Legislat 1998; 49:131.
26. Gómez L.F Atención médica, salud, pobreza y Ley 100. Acta Médica Colombiana 2002; 27: 235-244.
27. Gómez L.F. Ética y Reforma a la salud. Iatreia 1999; 19: 5-11. Disponible en: <http://medicina.udea.edu.co/ojs/index.php/iatreia/article/view/384/306> Consultado junio 21 de 2008.
28. Organización Panamericana de la Salud. Alcoholismo y Atención Primaria de la Salud. Edición española editada y adaptada por Maristela Monteiro. Washington DC, 2008. p. 1.
29. El Colombiano, 10 de mayo de 2008. Todos los días hay ebrios conduciendo. Disponible en: http://www.elcolombiano.com.co/BancoConocimiento/T/todos_los_dias_hay_ebrios_conduciendo/todos_los_dias_hay_ebrios_conduciendo.asp).
30. Noticias rcn.com.co, enero 31 de 2008. Procuraduría denuncia muerte de 20.000 niños colombianos por mala calidad del agua. Disponible en: <http://noticiasrcn.com.co/content/procuraduria-denuncia-muerte-20000-ninos-colombianos-mala-calidad-del-agua> Consultado junio 21 de 2008.
31. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 1995 - Reducir las desigualdades. <http://www.who.int/whr/1995/es/index.html> Consultado junio 21 de 2008.
32. OMS, Informe sobre la salud en el mundo 1996 - Combatir las enfermedades, promover el desarrollo. Disponible en: <http://www.who.int/whr/1996/es/index.html> Consultado junio 21 de 2008.
33. Salud por la Salud. Dinero 112:190, 2000. Disponible en: http://www.dinero.com/wf_InfoArticulo.aspx?IdArt=7840 Consultado en mayo 20 de 2008.
34. El País, viernes 2 de mayo de 2008. Escuelas con malas notas. Disponible en: <http://www.elpais.com.co/paisonline/calonline/notas/Abril302008/cali1.html>
35. Bloqueo paramilitar, paludismo y niños sin escuela en el nordeste antioqueño. Disponible en: <http://www.prensarural.org/alexia20031202.htm>
36. El País, junio 4 de 2008. El 7,2% de colombianos no sabe leer ni escribir. Disponible en: <http://www.elpais.com.co/paisonline/notas/Junio042008/nal10.html> consultado el 20 de junio de 2008
37. Abdussalam M. Ética equidad y renovación de la estrategia de salud para todos de la OMS (debate) ¿Sueño o realidad? Foro Mundial de la Salud 1997; 18:129-133
38. Morón Díaz F. La dignidad y la solidaridad como principios rectores del diseño y aplicación de la legislación en materia de seguridad social. En Ética y reforma a la salud Seminario internacional, Ministerio de Salud, república de Colombia. Memorias. Fotolito Parra & Cía Ltda. Bogotá, 1999. p 109-119
39. Agudelo H. Viejo ¿querido viejo? El colombiano, Especiales Multimedia. Mayo 4 de 2008. Disponible en: <http://www.elcolombiano.com/proyectos/adultosmayores/index.html> Consultado junio 21 de 2008.
40. Declaración de Alma Ata Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 disponible en: http://www.paho.org/Spaish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm Consultado junio 21 de 2008.
41. Arboleda J.C. En pleno siglo XXI la vergüenza colombiana en mortalidad materna. El Pulso. Enero de 2006. Disponible en: <http://209.85.215.104/search?q=cache:eLzfM79X-l4J:www.periodicoelpulso.com/html/ene06/debate/debate-03.htm+mortalidad+materna+colombia+2006&hl=es&ct=clink&cd=15&gl=co&client=firefox-a> Consultado junio 30 de 2008.
42. Hoyos Castañeda I.M. La salud como derecho fundamental. En Ética y reforma a la salud Seminario internacional, Ministerio de Salud, república de Colombia. Memorias. Fotolito Parra & Cía Ltda.. Bogotá, 1999. p 21-32.
43. Castaño R. A. Medicina, Ética y Reformas a la Salud. ECO E ediciones, Bogotá, 2000:pág 71-72.
44. Esguerra R. El médico para el nuevo milenio. Acta Médica Colombiana 1999; 24: 5-8
45. Ilich I. Némesis Médica: La Expropiación de la Salud. Barral editores, 1975.
46. 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.
47. Mackewon T. El camino hacia la Salud Bol Of Sanit Panam 1989; 107:264-70.
48. Fuchs. Citado por Castaño en *Ética Medicina y Reformas a la Salud*, página 115.
49. Restrepo L.C. Violencia Médica. Disponible en: <http://www40.brinkster.com/celtiberia/violenciamedica.html> Consultado junio 21 de 2008.
50. Mainetti J.A. La medicalización de la vida. *Electroneurobiología* 2006; 14: 71-89. Disponible en: http://electroneubio.secyt.gov.ar/medicalizacion_de_la_vida.htm Consultado el 18 de junio de 2008.
51. Chicaiza L, Rodríguez F, García M. La equidad del mecanismo de pago por uso de servicios en el sistema de aseguramiento en salud de Colombia. Disponible en: <http://www.economiainstitucional.com/html/No15/v8n15a12.htm> Consultado junio 21 de 2008.
52. Jaramillo I. El futuro de la salud en Colombia, la puesta en marcha de la ley 100. Bogotá: FESCOL, FRB, Fundación Corona.1997.
53. Gracia D. ¿Qué es un Sistema Justo de Salud? Bol Of Sanit Panam 1990; 108:571-578.
54. Los alimentos y la inflación. Portafolio 7 de mayo de 2008. Disponible en: <http://www.portafolio.com.co/archivo/documento/MAM-2925491> Consultado junio 21 de 2008.
55. Camacol critica el alto déficit de vivienda de interés social Caracol noticias, febrero 8 de 2008, disponible en: <http://www.caracol.com.co/noticias/545857.asp?id=545857> Consultado junio 21 de 2008.
56. García J.C. Subsidios para vivienda: ¿realidad para los ricos, sueño para los pobres? García JC. Economía pública. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/recursos2/documentos/fulldocs/eco/subvijc.htm> Consultado junio 21 de 2008.
57. Casas sin habitación en Mosquera. Noticias Uno, domingo 20 de abril de 2008. Disponible en: <http://www.noticiasuno.com/que-tal-esto/que-tal-esto-abril-20.html> Consultado junio 21 de 2008.
58. DANE. Censo general 2005. Necesidades básicas insatisfechas. Boletín. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/nbi_censo2005.pdf Consultado junio 21 de 2008.
59. Gobernación del Valle del Cauca. Calidad del agua para consumo humano, factor determinante en la salud pública del país. Disponible en: <http://www.valledelcauca.gov.co/publicaciones.php?id=1465> Consultado junio 27 de 2008.

60. Siete de cada 10 municipios tienen problemas por falta de agua potable Caracol | Julio 16 de 2007 Disponible en: <http://www.caracol.com.co/nota.aspx?id=454390> Consultado junio 27 de 2008.
61. Rootman P.L. Un preludio a la salud para todos. Foro Mundial de la Salud 1997; 19: 243-246.
62. Restrepo J.H. Panel Situación en salud. El caso colombiano: una visión desde la economía y el desarrollo. Memorias II congreso internacional de salud pública, noviembre de 2001: p 121-127.
63. Patiño J.F. El profesionalismo médico. Rev Colomb Cir 2004; 19:146-152
64. Las 100 empresas más grandes de Colombia Semana, abril 26 de 2008, páginas 10-56. Disponible en: http://www.semana.com/wf_InfoArticulo.aspx?IdArt=111264 Consultado junio 21 de 2008
65. Poveda J.P. El producto de nuestro trabajo se está quedando en otras manos. www.medicosgenerales.com mensaje del 25 de febrero de 2008.
66. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2006. Disponible en: <http://unstats.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2006/MDGReport2006.pdf> Consultado junio 21 de 2008.
67. López A. El pro y el contra de la socialización de la Medicina. El Tiempo, 10 de agosto de 1997. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-609595>. Consultado el 21 de junio de 2008.
68. Fernandez H. Seguros de Gastos Médicos Retos, Desafíos y Alternativas. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2002/ponencia_ene_2k2.html Consultado junio 21 de 2008.
69. Reseña sobre el libro La Medicina como Institución: entre la voracidad y el suicidio. Disponible en: http://www.lalibreriadelaui.com/catalog/product_info.php/manufacturers_id/40/products_id/1297 Consultada el 21 de junio de 2008.