

# Reflexiones suspicaces a raíz de las nuevas propuestas de “Reforma a la Salud”

Luis Fernando Gómez Uribe\*

Preguntado Confucio por las reformas que efectuaría en el caso de llegar al gobierno, su respuesta desconcertó a todos: “Yo quisiera comenzar por la reforma del lenguaje”. Sus seguidores lo miraron intrigados, pues los importantes asuntos de gobierno hubieran sugerido otra respuesta. Confucio continuó explicándose: “Si el lenguaje carece de precisión, lo que se dice no es lo que se piensa. Si lo que se dice no es lo que se piensa, entonces no hay obras verdaderas. Si no hay obras verdaderas, no florecen el arte y la moral. Sin arte y sin moral no hay justicia. Si no existe la justicia, la nación no sabrá cuál es la ruta; será una nave en llamas y a la deriva...”.

*José María Pérez Gay, en El Imperio Perdido*

“Finalmente, cuando el Estado, cerca de su ruina, ya no subsiste más que en una forma ilusoria y vana, cuando se ha roto en todos los corazones el vínculo social; cuando el más vil interés toma descaradamente el sagrado nombre de bien público, entonces la voluntad general enmudece, todos, guiados por motivos secretos, dejan absolutamente de opinar como ciudadanos, como si el Estado no hubiera existido jamás, y se hacen pasar falsamente con el nombre de leyes, decretos inicuos que no tienen más finalidad que el interés particular”.

*Juan Jacobo Rousseau*

*“La política es el arte de buscar problemas, encontrarlos, hacer un diagnóstico falso y aplicar después los remedios equivocados”.*

*Groucho Marx*

## RESUMEN

Dada la reciente profusión de noticias, comentarios y propuestas acerca de una nueva “Reforma a la salud” se presentan unas breves reflexiones sobre algunos aspectos relacionados con el tema, en las que se incluyen: consideraciones sobre algunos asuntos semánticos de la Ley 100, la importancia que para mejorar la salud de la población tienen los *determinantes sociales de la salud* ajenos a la medicina, el escenario contradictorio y costoso que se instauró con el actual sistema y los inconvenientes derivados de la *medicalización* que caracteriza

---

\* Médico pediatra, Miembro de número y ex Presidente de la Academia de Medicina de Medellín, Profesor titular de Pediatría y Director de la revista *Iatreia*, Facultad de Medicina Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Correspondencia: lgomez@une.net.co

Recibido: octubre 1 de 2010

Aceptado: octubre 29 de 2010

nuestro sistema de Seguridad Social, pues hacen que este descuide otros de sus componentes importantes.

## Palabras clave

*Determinantes de la salud, Ley 100, Reforma a la salud, Sistemas de salud, Sistemas de seguridad social*

## SUMMARY

### Suspicious thoughts on the new “Health reform” proposals in Colombia

In view of the overwhelming amount of news, statements and proposals concerning the new Colombian “Health Reform”, some commentaries are presented in this article regarding conflictive semantic issues of the law that created the Colombian Social Security System, the impact of different social issues on public health, the contradictory and expensive scenario of the current Colombian health system, and the improvisation and difficulties in implementing such law, which have contributed to neglect in other important aspects of the Social Security System.

## Key words

*Health determinants, Health reform, Health system, Law 100, Social Security System*

No todo el que se atreva a cuestionar la Ley 100 de 1993 puede ser calificado de “crítico intransigente”, como parece pretenderlo el editorial del 2 de agosto de 2009 del periódico El Espectador,<sup>1</sup> pues algunas de las críticas que se hacen a dicha Ley pueden tener serios fundamentos.<sup>2</sup> Quiero precisar entonces que aunque no se pueda negar el aludido “aumento en la cobertura de aseguramiento, hoy cercana a la universalización” al que se refiere dicho editorial –motivo de jactancia para los defensores del controvertido escenario instaurado con la Ley 100– los resultados esperados en cuanto a mejorar realmente las condiciones de salud de los colombianos, especialmente las de los más pobres, son muy discutibles, pues lo que ocurre en realidad es que han desorientado hábilmente al país con un malicioso galimatías inventado para engañar a incautos, mediante el cual se utilizan las

expresiones salud y atención médica como si fueran equivalentes, a pesar de sus grandísimas diferencias, dibujando así un panorama bien diferente al que vivimos; señalo desde ya, para evidenciar las diferencias de los citados términos, que, precisamente, cuanto más salud tenga una persona (o población), menos atención médica necesita.

Debo subrayar de antemano que el interés de estas observaciones va mucho más allá del simple aspecto semántico, pues utilizar como sinónimos o equivalentes los términos *salud y atención médica* (o servicios médicos), o pensar que la salud depende de manera exclusiva de la atención médica, equívocos que concurren en dicha Ley, ha traído consecuencias negativas al país, a la otrora sagrada relación médico-paciente y al ejercicio de la medicina como noble profesión, con resultados muy discutibles en cuanto a satisfacer de verdad el derecho a la salud de los colombianos, especialmente el de los más pobres, aprovechados (in) justamente para diseñarla, aprobarla e implementarla, y para presentarla como un proyecto socialmente significativo, argumentando en su momento que “los pobres no tenían acceso a la salud”, con lo cual querían decir que no tenían acceso a los servicios médicos, así como tampoco lo tenían, y siguen sin tenerlo ahora, a una buena nutrición, a la educación, al agua potable, a una vivienda digna, al empleo en condiciones dignas y justas, a disfrutar un ambiente sano... de tal manera que, sin lugar a dudas, siguen de verdad sin tener “acceso a la salud” como quedará expuesto en estas reflexiones, muy a pesar de que dispongan de la tristemente célebre “salud subsidiada”.

Debe quedar claro entonces desde ya que la salud, definida por la OMS como un estado de bienestar tripartito (“Estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”), o como un “Estado en el cual el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”, según la definición del Diccionario de la Lengua Española, o bajo cualquier otra definición que se quiera utilizar, no se puede subsidiar (más que insostenible, como dice el editorial en cuestión, la salud es entonces *insubsidiable*), y tampoco vender, asegurar, prestar, comprar o regalar, a diferencia de lo que ocurre con la atención médica, un servicio que sí se puede subsidiar, vender, prestar, comprar o regalar, y hasta asegurar. Piensa uno maliciosamente que si la salud se pudiera comprar, los “más pudientes”

nunca se enfermarían. Y a pesar de tan obvias diferencias, quienes diseñaron la Ley 100 llaman sagazmente “Plan Obligatorio de salud” (“POS”) a lo que en la práctica corresponde a un Plan Obligatorio de Atención Médica (POAM), y de la misma forma, hablan de “Entidades Promotoras de Salud” (“EPS”), para referirse a unas poderosas Empresas Promotoras de Atención Médica (EPAM), llaman “salud subsidiada” a lo que en realidad corresponde a atención médica subsidiada, y “Sistema de Salud, a lo que en realidad corresponde a un Sistema de Aseguramiento en Servicios Médicos. Paralelamente han puesto de moda expresiones tan confusas como imprecisas: “sistema de salud”, “prestación de salud”, “servicios de salud”, “seguro de salud”, “atención en salud”, “regulación en salud”, “trabajadores de la salud”, “cotización en salud”, “inversión en salud”, “autoridades de salud”, “gerencia en salud”, “administración en salud”, “superintendencia de salud”, “entidades de salud”, “planes de salud”, “brigadas de salud” y hasta “usuarios de la salud”(!), como lo reza uno de los enlaces de la página web de la “Superintendencia de Salud”,<sup>4</sup> en las cuales el vocablo salud se utiliza como sinónimo de atención médica o de servicios médicos, tramposo escenario con el que han logrado confundir incluso a los médicos y que, como se verá, parece tener una explicación muy clara.

Aunque la debacle causada por el galimatías empleado pareciera ser el resultado de la más profunda ignorancia sobre el complejo proceso salud-enfermedad por parte de quienes diseñaron, sirvieron de ponentes y aprobaron la Ley 100, lo que sería tremendamente preocupante, es probable que todos ellos sí hubieran tenido muy claro lo que hacían, y validando la sentencia de Groucho Marx arriba citada, la diseñaron, propusieron y aprobaron en pos de oscuros intereses económicos y políticos, situación que resultaría más preocupante aún, además de que, según las teorías del historiador económico Carlo Cipolla, ello sería el “fruto de mentes malvadas que se caracterizan por perjudicar a los demás obteniendo beneficios para ellos”. No hay cabida para otra explicación, y como se puede ver, las dos son completamente inaceptables. Bueno, tal vez pueda haber otra opción, tan preocupante como las anteriores: que en todo este engendro hubiera jugado un papel importante la tercera de las cinco leyes de la estupidez descritas por el citado historiador: “Una persona estúpida es alguien que ocasiona daño a

otra persona, o a un grupo de gentes, sin conseguir ventajas para ella misma (o aun resultando dañada ella misma)”, advirtiendo que esta posibilidad me parece muy poco probable. Si tenemos en cuenta entonces que el gran pensador alemán Ernst Jünger advertía que “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”, y le sumamos la opinión de George Orwells en el sentido de que “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”,<sup>5</sup> es apenas obvio que se deba tener en cuenta el astuto y pícaro origen que insinúa para esta Ley.

Para puntualizar más el tema debemos recordar, aunque ello sea bastante obvio, que el estado de salud, individual o comunitario, depende de los llamados *determinantes sociales de la salud* (DS),<sup>6-10</sup> uno de los cuales, sin ser el más importante, es la atención médica, estrictamente necesaria solamente en algunos momentos de enfermedad (se trata entonces de “atención en enfermedad”, o simplemente, atención médica, pero no de “atención en salud” como la llaman ahora, tal vez con la perversa intención que insinuara Orwells), mientras que en la cotidianidad intervienen muchos otros DS más importantes que aquella: alimentación, vivienda, educación, equidad y justicia social, disponibilidad de agua potable y de alcantarillado, saneamiento ambiental, capacidad económica, reconocimiento de los derechos humanos... Pero tristemente pareciera que quienes diseñaron, presentaron y aprobaron la Ley 100, y nuestros Ministros de la Protección Social y Viceministros de Salud, no tienen claro que salud es mucho más que ir a donde un médico y recibir una receta que, para completar, muchas veces será tan innecesaria como potencialmente dañina (muestra fehaciente de procedimientos innecesarios en medicina: el altísimo porcentaje de cesáreas que se realizan cotidianamente en nuestro país; ¿Qué se puede esperar entonces de otros procedimientos, como los miles de formulaciones y de solicitudes de “ayudas diagnósticas” que se expiden diariamente?). Con absoluta seguridad esa gran tajada del PIB dedicada a la atención médica sería de mucha más utilidad si se dedicara a otros DS ajenos a aquella.<sup>11</sup> Es bien desconsolador entonces que el legislador hubiera

aprobado semejante proyecto, creando así una valeda industria que mediante el aprovechamiento del trabajo del médico beneficia a terceros, *obrerizando* por ley al médico, servido en bandeja de plata para conveniencia de los llamados “intermediarios de la salud”. En otras palabras, montaron “el negocio del fin del siglo”, como algunos observadores han bautizado a estas mal llamadas “reformas a la salud”, confeccionadas indiscutiblemente a expensas del trabajo del médico. Parece tratarse entonces de otra manera tan solapada como “elegante y bonita” de beneficiar a grupos financieros poderosos, mediante la imagen bondadosa y cándida de la aprobación de subsidios para los más pobres.

Y mientras las Empresas Promotoras de Atención Médica (EPAM) gozan de excelente salud económica, la SALUD de la mayoría de los colombianos (vale decir entonces, su estado de bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad, o el estado en el cual el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones) agoniza, pues como no les han satisfecho apremiantes necesidades cotidianas en muchos otros DS ajenos a los servicios médicos, y sin duda alguna de mayor importancia que estos, su estado de salud no solamente no ha mejorado, sino que en algunos aspectos incluso tiene que haber empeorado; para ser breve mencionaré solamente un ejemplo significativo que evidencia las contradicciones resultantes del distorsionado escenario creado con base en conceptos tan precarios sobre el complejo proceso salud-enfermedad, *medicalizado* de manera insólita, debido tal vez a los oscuros intereses que tuvieron que ver en el asunto: debemos convivir con la inaceptable situación cotidiana de niños con “salud subsidiada” que mueren de desnutrición o por la mala calidad del agua!, situación preocupante que se desprende de los resultados de una investigación de la Procuraduría General de la Nación dada a conocer a principios del año 2008, la cual señala que entre los años 2004 y 2006, a pesar de más de 10 años de funcionamiento de la Ley 100 con su “salud subsidiada”, murieron unos 20.000 niños colombianos por la mala calidad del agua,<sup>12</sup> cifra que corresponde a más de 5.000 niños muertos anualmente por tan triste como inaceptable situación, acerca de la cual dice el informe de la Procuraduría General sobre el agua: “Para un país de ingreso medio como Colombia, que cuenta con una de las mayores riquezas hídricas del mundo, resulta contradictorio e

inadmisible el hecho de que muchas de estas muertes infantiles podrían evitarse de manera elemental, si se tuviera la adecuada prestación de los servicios de agua potable y saneamiento básico, de la cual adolecen, como mínimo, 12,7 millones de colombianos”;<sup>13</sup> para corroborar lo anterior, recordemos que según datos del año 2009 dados por la UNICEF, cerca de 5.000 niños mueren al año en Colombia de física hambre y de enfermedades relacionadas con la falta de agua potable,<sup>14</sup> y que según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el ritmo al que ha venido creciendo el hambre en Colombia supera el del promedio del mundo en desarrollo, e incluso el de África subsahariana, con 40,8% de los colombianos en estado de inseguridad alimentaria y 63,7% con deficiencias en la ingesta de energía,<sup>15</sup> y de manera tan inexplicable como inexcusable, la maravillosa “salud subsidiada” de la Ley 100 no ofrece medidas preventivas ni solución alguna para tan grave y penosa enfermedad, como lo es la desnutrición, muy a pesar de que según la OMS, las prácticas óptimas de alimentación del lactante y de los niños pequeños, y la disponibilidad de agua potable se encuentran entre las intervenciones más efectivas y eficientes para mejorar la salud de la población. Y pensar que mientras nuestro “Sistema de Salud” establecido mediante la Ley 100 no les da alimentación a los muchos colombianos afectados por la desnutrición o a las familias más pobres para prevenir tan penosa enfermedad, a pesar de que se trata de su única solución, se aprueba una Ley que declara a la obesidad como “una enfermedad pública, prioritaria y de interés nacional”, ofreciéndoles en consecuencia costosas soluciones médicas y quirúrgicas a quienes la padecen. Es inaceptable a mi juicio, y no creo estar equivocado, que mientras les ofrecemos a nuestros niños los costosos recursos de los que dispone la tecnología médica, muchas veces inútiles y hasta riesgosos, para tratarles enfermedades que en muy buena medida son ocasionadas por necesidades básicas apremiantes e insatisfechas en otros DS, los dejemos morir de física hambre o por falta de agua potable, y todo ello, por el miope concepto de salud que con la Ley 100 se implementó para los más pobres: salud = atención médica subsidiada.

Más que las “consultas preventivas”, como lo propone el mencionado editorial,<sup>1</sup> necesitamos que se tengan en cuenta de manera integral todos los DS y, en consecuencia, se tomen *medidas preventivas*

*urgentes*, ajenas a los servicios médicos la mayoría de ellas, con indudable mayor impacto sobre la salud de la población que las consultas médicas, así sean “preventivas”, condición especialmente importante cuando hablamos de la población más pobre. En otras palabras, si realmente se quiere tener impacto positivo en las condiciones de salud de los colombianos, teniendo en cuenta que la mayoría de ellos sobrevive en condiciones de pobreza, en lugar de atención médica para todos, disfrazada meta de la Ley 100 como sustituto de la meta de “Salud para Todos” propuesta con la Declaración de Alma Ata, necesitamos mecanismos que nos permitan alcanzar alimentación para todos, vivienda digna para todos, agua potable para todos, educación para todos, equidad y justicia social para todos, saneamiento ambiental para todos, trabajo dignamente remunerado para todos... y la atención médica que se preste debería serlo en áreas muy estratégicas y específicas, como la materno-infantil, o en procedimientos de muy alto costo para que el sistema de aseguramiento en servicios médicos, mal llamado “Sistema de Salud”, no se vuelva insostenible como está ocurriendo ahora; es bueno entonces recordar al respecto al doctor Enrique González, doce años presidente del Colegio Oficial de Médicos de Santa Cruz de Tenerife, y otros doce de la Real Academia de Medicina de España: “En la Seguridad Social cuesta más convencer a una persona de que no tiene que tomar una medicina que hacerle una receta. Posiblemente, hoy se abuse de la medicina, se toman demasiados medicamentos que no sólo son inútiles, sino que a veces son dañinos. Pero nadie se va contento de la consulta sin una receta... al médico hay que ir, pero médico y enfermo tienen que hacer un esfuerzo muy grande: intentar no pasar la frontera del medicamento. Cuando ésta se traspasa te lía para toda la vida. Además, todo esto ocasiona un gasto tremendo. Luego está la vertiente política: medicina gratis para todo el mundo. Esto no puede ser, es completamente imposible porque la medicina se come todo lo que le echas”.<sup>16</sup>

Con miras a clarificar de manera muy sucinta este complejo asunto vale la pena recordar al español Eneko Landaburu cuando decía sabiamente que “La nutrición, la vivienda, la canalización de las aguas, la limpieza y el saber, influyen muchísimo más en la salud que los medicamentos”,<sup>17</sup> verdad indiscutible, muy a pesar de la cual nuestra desconsoladora “Reforma a

la Salud” escogió precisamente el camino de los medicamentos; y también es bueno rememorar a Marc Lalonde, Primer Ministro canadiense que llevó a cabo la reforma del “Sistema de Salud” vigente entonces en Canadá, quien, según afirman Pinder y Rootman, advirtió que dicho sistema –que como el nuestro estaba basado fundamentalmente en el modelo de aseguramiento en servicios médicos– se volvía insostenible, y peor aún, no servía para prevenir un gran número de enfermedades que luego requerían costosa atención médica,<sup>18</sup> cuando aseguraba que “La defensa contra la mayoría de las enfermedades no se encuentra en los médicos, las enfermeras, los dentistas, los sanatorios o las ambulancias. La principal barrera contra las enfermedades está en los estilos de vida saludables”. No se trata entonces de “Salud insostenible”, como lo quiere presentar el editorial en cuestión y como algunos interpretan la situación actual, sino, como lo señalaba Grouch Marx, de la aplicación de un remedio equivocado para un diagnóstico falso sobre la situación de salud de los más pobres, problema que se buscó para diseñar y aprobar la Ley 100, con un complejo sistema de aseguramiento en servicios médicos mal llamado “sistema de salud”, que como era de esperar se ha vuelto insostenible, además de no incluir propuestas preventivas relacionadas con los principales desencadenantes de enfermedad y muerte que en los distintos DS acechan a la mayor parte de la población colombiana, pues, como ya se dijo, debe sobrevivir en condiciones de pobreza y de miseria. Y para “resolver” el nuevo problema de insostenibilidad le inyectan recursos adicionales provenientes de dos grandes causantes de enfermedad y muerte, como lo son el licor y el cigarrillo.

Como queda visto entonces, no se puede aceptar que la salud de los colombianos esté hoy mejor que en 1993, año de aprobación de la Ley 100; y muy a pesar de lo hasta acá expuesto, y contrastando incluso con ello, en nuestro país se construyen clínicas y hospitales particulares por doquier y se implementa la famosa “hospitalización en casa” (con el fin de “abaratarse costos”), sin que se pueda dar abasto para atender a tantos enfermos, inequívoca señal adicional del fracaso de la Ley 100 en su empeño por mejorar la salud de los colombianos, pues como ya se dijo, cuanto más salud tenga una persona (o población), menos atención médica necesita. Y como es apenas lógico, la pobreza, señalada por la OMS con sobrada razón

como la enfermedad más mortífera del mundo,<sup>19</sup> sigue siendo una barrera obvia para lograr estilos de vida saludables y, en consecuencia, un obstáculo irremediable para el logro del verdadero derecho a la salud de los millones de colombianos que la deben soportar. Es aplicable entonces sin duda alguna a nuestra realidad la afirmación de P. Bhattacharya, entonces 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”.<sup>20</sup> Queda entonces muy claro que cuando el derecho a la salud es bien entendido no hay motivos para las alegres apreciaciones que algunos defensores de la Ley 100 se atreven a pregonar.

Para no extenderme mucho en otro asunto, de todas formas estrechamente relacionado con el tema de la Ley 100, debo señalar que con ella se creó un Sistema de Seguridad Social –apellidado “en salud” por aquello del aseguramiento en servicios médicos– que además de hipertrofiar el componente de la atención médica se desprecupó totalmente de los otros DS importantes, descuidando elementos significativos de la Seguridad Social como el de la pensión de vejez, a pesar de que ostentamos unos de los indicadores más precarios de América Latina para las coberturas de tan importante rubro,<sup>21</sup> con cifras bastante lejanas de las del aseguramiento en atención médica de las que se jactan algunos (enseñándolas como “coberturas de salud”), con proyecciones que no son para nada halagüeñas. Y qué decir de la desprotección de los 3,5 millones de discapacitados, muchos de ellos obligados mientras tanto a sobrevivir de la caridad pública recogida en forma de limosnas en los semáforos, destino compartido sin duda alguna por miles de pobres y desplazados que “migran” erráticamente por todo el país, pues tampoco se les atienden debidamente sus elementales necesidades básicas, poniéndolos en consecuencia en grave riesgo de enfermar y hasta de morir. El trágico drama que se desprende de la negligencia de nuestra Seguridad Social en este aspecto se resume en uno de los párrafos de una reciente noticia de prensa: “En 2009, en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl se registraron 3.418 casos de pacientes abandonados. Y hasta junio de 2010, se habían presentado 1.773 abandonos: se cree que al

final del año la cifra crecerá, afectando a adultos mayores, menores de edad, población especial, desplazados, habitantes de calle, indígenas y reinsertados, entre otros, afirma Martha Lucía Arenas, jefe de trabajo social de la entidad”.<sup>22</sup> Tal vez se pudiera aceptar que con la reforma a nuestro flamante “Sistema de Seguridad Social” se dio solución a lo que llamaban la “bomba económica” del componente pensional de la seguridad social, pero mediante la creación, a pesar del evidente y progresivo envejecimiento de la población, de una atroz bomba social muy pronta a detonar y que no parece preocupar en absoluto a los astutos “reformadores”. Debo decir entonces, con mayor razón que cuando lo afirmaba para la salud, que Seguridad Social también es mucho más que ir a donde un médico y recibir una receta.

A pesar de que este complejo asunto se presta indudablemente para un análisis mucho más amplio, incluyendo la exploración de los dudosos beneficios de la medicina cuando se la utiliza como medio único para mejorar la salud de la población, y de los riesgos que se corren con la vulgarización de los servicios médicos, asunto preocupante puesto de manifiesto por las 225.000 muertes ocurridas en los Estados Unidos en el año 2000 por tratamientos médicos en pacientes hospitalizados (12.000 muertes por cirugías innecesarias, 7.000 muertes por errores de medicación en hospitales, 20.000 muertes por otros errores hospitalarios, 80.000 muertes por infecciones hospitalarias, 106.000 muertes por efectos laterales de los medicamentos, no por error),<sup>23</sup> y que ubican la iatrogenia como tercera causa de muerte en EE UU, después de la enfermedad cardíaca y el cáncer, y lejos de la causa siguiente: la enfermedad cerebro-vascular, escenario que llevó al doctor Esguerra a asegurar 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”,<sup>24</sup> así como sobre la filosofía de los sistemas de aseguramiento, sobre lo cual baste mencionar el Proyecto de Ley “Por el cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, radicado el 18 de agosto de 2010, que dice al respecto: “Para efectos de esta Ley, entiéndase por aseguramiento el mecanismo estructurado y formal por el cual se protege financieramente una persona y su familia frente al riesgo de enfermar”.<sup>25</sup>

Espero que estas breves y sencillas reflexiones aporten elementos de juicio sobre tan importante materia, pues estoy de acuerdo con que debemos esforzarnos por hacer efectivo el derecho a la salud –dejando muy claro eso sí, que ello es bien distinto a la meta propuesta en la Ley 100: lograr el derecho a la atención médica– pues, como lo decía Kofi Annan, “Es mi aspiración que la salud sea vista no como una bendición deseable, sino como un derecho humano por el cual luchar”, debiendo procurar que se haga realmente efectivo para todos los colombianos, pero muy especialmente para los más pobres, meta que implicaría necesariamente darles condiciones de vida digna, cumpliendo así con la definición de Seguridad Social que aparece en el preámbulo de la Ley 100 (“La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida...”), y con su atractivo objetivo propuesto en el artículo 1 del capítulo I (“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...”), pero que en la práctica, por el enfoque equivocado que para lograrlo se dio en la Ley 100, se quedó en letra muerta.

Para terminar, me permito concluir ingratamente, invocando a Battcharya,<sup>20</sup> que a pesar de que los gastos en servicios médicos (no “gastos en salud”, como se predica) se han incrementado palmariamente, dilapidando recursos que serían más eficientes y eficaces en procura de mejorar la salud de los colombianos de ser dedicados a DS ajenos a la medicina, los avances en el derecho a la salud son pura palabrería, desconsolador escenario instaurado mediante una monserga mañosa que nos está llevando a un país sin obras verdaderas, “y si no hay obras verdaderas no florecen el arte y la moral. Sin arte y sin moral no hay justicia. Si no existe la justicia, la nación no sabrá cuál es la ruta; será una nave en llamas y a la deriva...”. Y peor aún, si además, como parece ocurrir, mediante diagnósticos falsos y la aplicación de remedios malintencionadamente equivocados, “el más vil interés toma descaradamente el sagrado nombre de bien público... y se hacen pasar falsamente con el nombre de leyes, decretos inicuos que no tienen más finalidad que el interés particular”.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La salud insostenible. Editorial, El Espectador, agosto 2 de 2009; disponible en <http://www.elespectador.com/articulo154075-salud-insostenible> Consultado el 20 de octubre de 2010.
2. Gómez LF. En contra del fin de lucro de terceros mediante el aprovechamiento del trabajo de los médicos. *Medicina* (revista de la Academia Nacional de Medicina). 2007; 29: 82-101.
3. Diccionario de la lengua española, 22ª ed. Madrid: Espasa; 2001.
4. Superintendencia de Salud. Por la defensa de los derechos de los Usuarios. Trámites en línea. Disponible en <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/default.aspx> Consultado el 28 de octubre de 2010.
5. Orwell G. La política y el idioma inglés. 1946. Disponible en: [http://ladoblehelice.files.wordpress.com/2007/11/politica\\_idiomaingles\\_orwell.pdf](http://ladoblehelice.files.wordpress.com/2007/11/politica_idiomaingles_orwell.pdf) Consultado junio 21 de 2008.
6. “Social Determinants of Health. The Solid Facts” (OMS, 2003). Traducción al castellano de Roberto Páramo Gómez del Campo (rparamo@cable.net.co), para el Instituto PROINAPSA-UIS, Centro Colaborador de la OPS/OMS en Colombia en Promoción de la Salud y Salud Sexual y Reproductiva. Disponible en <http://www.cepis.org.pe/bvsacd/cd90/1008WILdet.pdf> Consultado el 27 de octubre de 2010.
7. WHO. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Preguntas y respuestas. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/strategy/QandAs/es/index.html](http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html)
8. Pinnet G. Health Determinants. *Internat Health Legislat* 1998; 49:131-137.
9. Álvarez LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev Gerenc Polit Salud* 2009; 8: 69-79.
10. OMS, Comisión sobre determinantes sociales de la salud, resumen analítico del informe final. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Disponible en [http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdfh\\_finalreport\\_2008\\_execsumm\\_es.pdf](http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdfh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf) Consultado el 27 de octubre de 2010.

11. Gracia D. ¿Qué es un Sistema Justo de Salud? Bol Of Sanit Panam 1990; 108: 571-578.
12. Unos 20.000 niños murieron en Colombia en tres años por mala calidad del agua. Disponible en <http://www.terra.com.pr/noticias/articulo/html/act1120228.htm> Consultado el 8 de octubre de 2010.
13. La infancia, el agua y el saneamiento básico en los planes de desarrollo departamentales y municipales. Procuraduría General de la Nación, 2008. p. 19.
14. El 12% de los niños colombianos sufre de desnutrición crónica. Disponible en <http://contextuspablofeliperezg.blogspot.com/2009/05/el-12-de-los-ninos-colombianos-sufre-de.html>; Consultado el 14 de octubre de 2009.
15. La sombra del hambre en Colombia. Disponible en <http://historico.unperiodico.unal.edu.co/Ediciones/115/7.html> Consultado el 8 de octubre de 2010.
16. González AE. El médico de antes suplía la deficiencia científica con generosidad. Disponible en <http://www.facebook.com/topic.php?uid=78968339138&topic=7822> Consultado el 27 de octubre de 2010.
17. 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 27 de octubre de 2010.
18. Pinder L, Rootman I. Un preludio a la salud para todos. Foro Mundial de la Salud (Ginebra): Revista internacional de desarrollo sanitario 1997; 19: 243-246.
19. The World Health Report 1995. Bridging the gaps. Report of the Director General. Ginebra, Suiza: World Health Organization. Disponible en [http://www.who.int/whr/1995/en/whr95\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1995/en/whr95_en.pdf) Consultado: 27 de octubre de 2010.
20. Bhattacharya P. Renovación de la estrategia de salud para todos [Debate]. Foro mundial de la salud 1996; 17: 363-364.
21. Huenchuan S, Guzmán JM. Seguridad Económica y Pobreza en la Vejez: Tensiones, Expresiones y Desafíos para Políticas. Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe, 14 y 15 de noviembre 2006, Santiago, Chile. Disponible en [http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/5/27255/Huenchuan\\_Guzman.pdf](http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/5/27255/Huenchuan_Guzman.pdf) Consultado el 28 de octubre de 2010.
22. Tragedia silenciosa: familias abandonan cientos de pacientes en hospitales. El Pulso, año 11 n° 144, septiembre de 2010, disponible en <http://www.periodicoelpulso.com/html/1009sep/general/general-04.htm> Consultado el 28 de octubre de 2010.
23. Starfield B. Is US health really the best in the world? JAMA 2000; 284: 483-484.
24. Esguerra R. El médico para el nuevo milenio. Acta Médica Colombiana 1999; 24: 5-8.
25. Senado de la República. Presentación Proyecto de Ley "Por el cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" disponible en <http://www.comisionseptimasenado.gov.co/ACTUALIDAD%201/PL%2095%202010%20Reforma%20Sistema%20Segurida%20Social%20en%20Salud.pdf> Página 4. Consultado el 27 de octubre de 2010.

