

Atención médica, salud, pobreza y Ley 100

Luis Fernando Gómez · Medellín

"Es imposible hacer algo a prueba de tontos, porque éstos son muy ingeniosos". Principios de Peter

"Nunca cause un problema para el que no tiene una solución". Regla de Burke

"Una vez que se ha hecho un mal trabajo, cualquier cosa que se haga para mejorarlo únicamente lo empeora". 4ª Ley de Finagle

El trato que el Estado le ha dado a la medicina, más que injusto, ha sido infame y descarado. Infamia y descarado que no tienen que ver únicamente con la Ley 100, pues ya teníamos el antecedente del SOAT. Se puede decir que a través de él se exploró la posibilidad de aprovecharse al máximo de nuestra profesión para la posterior aprobación de la Ley 100. Como justificación para el SOAT, tenemos una Colombia que ocupaba y sigue ocupando el primer lugar en el mundo en muertos por accidentes de tránsito por cada 100 mil vehículos circulantes; cifras concretas de esta grave situación hablan de más de 7.000 muertos al año que le cuestan al país 1.2 millones de dólares (1). Tiene Colombia más del doble de muertes por esta causa, que el país que ocupa el segundo lugar. Y fuera de los muertos, infinidad de heridos, muchos de los cuales quedan con discapacidades permanentes a pesar de su costosa atención. Según proyecciones del Plan Sectorial de Salud de Antioquia para el año 2000 que se debieron cumplir, los accidentes de tránsito ocupaban en nuestro departamento el segundo lugar en años de vida potencialmente perdidos (AVPP), explicando el 8% de ellos, cifra muy similar a la que según proyecciones de dicho plan, congregaba los tres rubros siguientes: neumonías cáncer e infarto, y aventajada sólo por los homicidios que explicaban el 76.6% de los AVPP (2). Ese mismo año, según datos del Fondo de Prevención Vial para Medellín, Bello, Itagüí y Envigado, tuvimos 8.826 peatones atropellados en estos municipios, de los cuales fallecieron 239, arrojando la escandalosa cifra de 24 peatones atropellados diariamente y un peatón muerto cada 36 horas (3). Hay estimaciones de que los accidentes de tránsito relacionados con la ingestión de bebidas alcohólicas ocasionan 3.500 muertes de jóvenes al año en el país. En un estudio realizado en 1996 en Medellín, 25% de las víctimas fatales de los accidentes de tránsito mostraron pruebas positivas de alcoholemia (4). Otro estudio sobre la preva-

lencia del consumo de alcohol en el país, demostró que por cada accidente de tránsito entre los que no tienen problemas de alcoholismo, se presentan ocho accidentes entre los posibles alcohólicos (5). Estos datos son expresión de la principal causa de esta epidemia en el país, pues ha sido atribuida repetidamente a la imprudencia de conductores y peatones: conducir bajo efectos de licor, excesos de velocidad, incumplimiento de elementales normas de tránsito como el respeto a los semáforos y a los límites de velocidad, impericia, mal mantenimiento de los vehículos, cruzar las calles y avenidas por los sitios no indicados, no utilizar los puentes peatonales, caminar por las calzadas, etc.

La principal y casi única "solución" planteada hasta ahora para tan preocupante problema, ha sido el SOAT, mediante el cual se obliga a médicos, clínicas y hospitales a atender los resultados de la imprudencia de otros, con unas tarifas que además de impuestas, la mayoría de las veces son injustas dada la complejidad de los traumas resultantes en estos accidentes. Y mientras todo esto le ocurre a nuestro sector, otros se lucran con la distribución y la venta del licor y son muy pocos los esfuerzos preventivos que se hacen para disminuir tan grave problema. Es de anotar, además, que con el SOAT, los conductores juiciosos, responsables y precavidos son también castigados, pues se ven obligados a pagar un alto costo por él, costo que se deriva de la alta frecuencia de los siniestros ocurridos por la imprudencia de otros. El SOAT es entonces una especie de premio a la mala conducta de algunos (conducta que muchas veces se pudiera tildar de antisocial), pues en el aspecto de la atención médica de los heridos que se producen por este rubro, no tendrán que responder por sus actos; el plato roto lo pagan entonces las clínicas, los hospitales y los

Dr. Luis Fernando Gómez U.: Profesor Titular de Pediatría, Universidad de Antioquia, Medellín.

médicos. Ante tamaño descaro no fuimos lo suficientemente ingeniosos para comprender y denunciar la injusticia de esta medida.

Es muy posible que la notoria pasividad nuestra frente a este atropello le hubiera abierto las puertas a otro: la famosa Ley 100. La justificación que esta vez se esgrimió tiene que ver con las altas tasas de pobreza en el país, situación que según defensores de la Ley, "les impedía tener acceso a la salud" a las personas afectadas por esta penosa enfermedad social. Y si bien, ello es cierto, los argumentos utilizados para lograr la aprobación de la "reforma a la salud" estaban llenos de falacias y de engaños. Si con el SOAT no nos dimos cuenta de la injusticia que se cometía con nosotros, mucho menos la percibimos en la Ley 100. Y pensar que esto nos ha ocurrido muy a pesar de la seria advertencia que años atrás nos hiciera Ernst Jünger, cuando afirmaba 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"* (La Emboscadura, 1988). Es que parece que hay quienes están interesados en ignorar que la medicina es una profesión, por demás difícil de estudiar y bien difícil de ejercer y quieren que sea considerada como un "sacerdocio": *"...Con esa milonga del sacerdocio, ustedes tienen regímenes asfixiantes de trabajo, están haciendo cosas que no les correspondería y los utilizan como mano de obra barata. La medicina es una profesión, y como tal, debe ser éticamente ejercida y decorosamente remunerada pero no es un sacerdocio; es un apostolado a lo sumo, pero laico"* (6). Y fue tan bien montado este adefesio legislativo, que hasta la mayoría de los médicos han caído en la trampa de ver grandes bondades en él; en otras palabras, se supo disfrazar muy bien de manso cordero, a un terrible lobo feroz, haciendo poco visibles los argumentos en su contra, pero creo que los hay y que son muy contundentes.

Para entrar en materia, traigo a colación unas reflexiones del filósofo Jaime Alberto Vélez sobre el uso del lenguaje en períodos de crisis; se nos recuerda en ellas una anécdota relatada en el libro XIII de los Anales, según la cual, cuando Tzu-Lu indagó a Confucio sobre la primera reforma que emprendería en caso de ser llamado por el duque de Wei para administrar el Estado, el gran maestro le respondió que sería la reforma del lenguaje. Con esta respuesta, según Vélez, Confucio quería dar a entender que *"Un lenguaje que no nombre con claridad, no sirve para administrar justicia. Gobernantes y gobernados, dicho de otro modo, deben conocer, por lo menos, el alcance de las palabras que les conciernen"*. Complementemos esta anécdota con un pensamiento de Enrique Rojas: *"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"* (El hombre light, una vida sin valores; resaltado

mío). Esto, en resumen, es lo que ha ocurrido: desconociendo el alcance de las palabras y denominando una cosa por otra, la Ley 100 logró el fenómeno de la confusión en el tema de la salud incluso en los médicos, y como lo afirma Vélez, con la utilización de un lenguaje que no nombra con claridad, no se puede administrar justicia. Y es supremamente triste y especialmente preocupante para el país, que sus legisladores y gobernantes no tengan claridad sobre el significado o el alcance de las palabras que les conciernen para la aprobación de una ley, teniendo como resultado de ello, una ley completamente injusta con nuestro sector. Y no se trata del uso inadecuado de palabras de segunda categoría, se trata de la utilización amañada, o al menos equivocada, de palabras que se relacionan íntimamente con el espíritu mismo de la Ley. A veces pienso que la utilización equivocada de estos términos fue completamente mal intencionada, para validar entonces lo dicho por George Orwells: *"La decadencia de un idioma debe tener causas políticas y económicas, y no se debe a la influencia de tal o cual escritor en particular"* pues son bien evidentes las implicaciones políticas y económicas que se derivan de la Ley 100.

Como ya quedó dicho, su principal justificación fue la de crear mecanismos que nos llevaran al logro de la salud de la población, pero especialmente la de los más pobres. Se diseñó entonces un nuevo Sistema de Seguridad Social "en Salud", hecho que algunos llaman con orgullo la "reforma a la salud"; mediante dicha reforma, se crearon unas "Entidades Promotoras de Salud" ("EPS"), unas "Administradoras del Régimen Subsidiado de salud" ("ARS") y un "Plan Obligatorio de Salud" ("POS"). Pero es bien evidente que lo que se diseñó fue un Sistema de Seguridad Social en Atención Médica, que se reformaron las reglas de juego de la atención médica y no se reformó la salud, que se crearon unas Empresas Promotoras de Atención Médica (EPAM), que las tristemente célebres ARS no dan "salud subsidiada" sino atención médica subsidiada, y que el famoso "POS" es un simple Plan Obligatorio de Atención Médica (POAM). Para resumir, en la Ley 100 se confunden los términos salud y atención médica como si fueran lo mismo.

Son tantas y tan evidentes las diferencias entre estos dos términos que no profundizaré en ese análisis. Baste decir que mientras la atención médica es un servicio, la salud es un estado (de bienestar como la define la OMS, y no es solamente la ausencia de enfermedad) o un bien, considerado por algunos como un bien meritario. Y es bien claro que mientras más salud tenga una población, menos atención médica necesita. La salud depende de lo que algunos autores llaman los determinantes de la salud, uno de los cuales es obviamente la atención médica. Y desde muchos puntos de vista, la atención médica no es el principal determinante de la salud y mucho menos el único como se plantea en la Ley 100. A juicio casi unánime de los expertos en la materia, el principal determinante de la salud, incluso en los

países ricos, es el estilo de vida. Es tan claro ello, que las dos primeras causas de morbilidad en nuestro medio se relacionan con él: homicidios y accidentes de tránsito, ligados estos dos con mucha frecuencia al ya citado consumo del licor. Un estudio realizado en Medellín, por ejemplo, revela que 29.34% de las víctimas de homicidios presentaban alcoholemia positiva (7). Otro serio problema que con frecuencia se deriva de un estilo de vida insano es el SIDA, entidad que se lleva gran parte de los aportes al sistema de Seguridad Social. No debe ser gratuito entonces el hecho de que la definición de Seguridad Social de la OIT, condicione sus beneficios a "situaciones no dependientes de la voluntad". Y los anteriores ejemplos se derivan de estilos de vida insanos voluntarios, pero más del 60% de los colombianos tienen que soportar un estilo de vida insano completamente obligado o impuesto: la pobreza.

Es tan clara la relación de la pobreza con la enfermedad, que el Dr. Nakahima, siendo director de la OMS, la señaló como la enfermedad más mortífera del mundo (8). Y esta observación se cumple incluso en países ricos o "desarrollados" como Inglaterra (9), Holanda (10), Francia (11), Italia (12), Australia (13) entre otros y no es debida solamente a su asociación con enfermedades infecciosas. Es que no podemos olvidar que pobreza es sinónimo de tugurio, hambre, mugre, hacinamiento, analfabetismo, falta de oportunidades, falta de acueducto y alcantarillado... enfermedad y muerte. Muy probablemente lo que menos falta les hacía a los pobres en su cotidianidad para mejorar las condiciones de salud, era la atención médica que decidió "darles" la Ley 100. La sola desnutrición, obligada sombra de la pobreza, es un gran facilitador de múltiples enfermedades tanto infecciosas como no transmisibles (14,15). La hija de la noche, como llamó Hesiodo al hambre, es definitivamente una importante causa de muerte que inclusive en los países "desarrollados", ocurre a más temprana edad en los pobres que en los ricos como se puede ver en algunas de las citas mencionadas (9-13). Es importante recalcar, además, que según estudios de Pelletier, 83% de todas las defunciones por malnutrición son atribuibles a los efectos potenciadores de la malnutrición leve a moderada, lo que obliga a replantear las estrategias que buscan detectar y tratar únicamente los casos de malnutrición grave (16). En la práctica, vale la pena recordar la experiencia de la China con programas de alimentación (17). Y en nuestro medio, mientras se premian bondadosamente con el SOAT y con la Ley 100 los resultados de estilos de vida voluntarios, muchos de los resultados de un estilo de vida obligado o impuesto como lo es la pobreza, no reciben ninguna solución. Y pensar que para la revista Dinero bajo la dirección del Dr. Juan Luis Londoño, el Dr. Nakahima era un burócrata y un inepto (18), olvidándose de que uno puede atacar las ideas de otra persona siempre y cuando tenga argumentos, cosa bien distinta de poder atacar -injustamente además- a la persona que las emite.

Los problemas ambientales ocupan el segundo lugar de importancia y muy distante de los siguientes determinantes; en este determinante, los pobres vuelven a ser los más afectados, pues tienen un estilo de vida completamente insano, en un ambiente que por lo general también es insano. Es de tal magnitud la influencia de este determinante, que en los países pobres la baja sanidad y el mal aporte de aguas explican la muerte de 2.2 millones de personas/año por la enfermedad diarreica aguda.

Las condiciones socioeconómicas constituyen otro determinante de la salud. Está muy bien definido que a menor *status* socioeconómico de la persona, más alta la prevalencia de morbilidad. Al respecto podemos recordar a Ernst Grunberg : "*la enfermedad está en función contraria del ingreso familiar, mientras que la atención médica recibida está en función directa del ingreso familiar*" Y para los que no entienden a Grunberg, mencionemos a Thomas Szaz : "*la pobreza engendra enfermedad y la opulencia atención médica*". Como la Ley 100 es opulenta en sus recaudos a pesar del "conejo" del Estado, puede dar atención médica a los pobres, pero jamás les podrá dar salud. En la lucha contra la pobreza se tiene otro gran reto propuesto por la OMS para alcanzar la meta de salud para todos: "*...la pobreza es el mayor determinante aislado de la salud individual, familiar y comunitaria, y más aún, es el principal reto de nuestros tiempos*" (19). Paradójicamente, según lo dicen repetidamente expertos en la materia, gracias en muy buena parte al mismo gobierno que aprobó una ley "*para darle salud a los pobres*" tenemos hoy un mayor número de personas sobreviviendo en la pobreza; ante esta situación, tengo que recordar un estribillo del folclor mexicano: *El señor don Juan de Robles / con caridad sin igual / hizo hacer este hospital / y claro, también hizo los pobres*. Opina la Dra. Pinnet hablando de este determinante: "Mejorar la salud en el mundo de hoy, llama no solo a nuevas tecnologías médicas, sino a unas nuevas relaciones humanas" (20). Por lo anterior, P. Bhattacharya, secretario de Salud en Bengala Occidental, afirma que "*mientras no se reduzcan las diferencias entre los privilegiados y los desposeídos, la salud para todos seguirá siendo mera palabrería*" (21). Y el profesor Ferguson nos enfatizaba dramáticamente la influencia de la pobreza y sus acompañantes: "*Es mucho más fácil que un hombre rico e inculto preserve su salud; empeño vano aún para el higienista más sabio, si se halla hambriento, desnudo y hacinado en un tugurio, no importa qué tan vastos sean sus conocimientos sanitarios*" (22). Y Virchow, el padre de la medicina social, aseguraba que "*para dar salud, el problema no radica en la construcción de más hospitales o más clínicas, sino en unas profundas reformas económicas, políticas, laborales y sociales*". Y en nuestro medio, todas las reformas que se hacen en estos renglones, están cada vez más en contra de la salud e incluso de la misma Seguridad Social de los más pobres.

La educación y la cultura conforman otro importante determinante de la salud. No se puede negar que la educación es un factor decisivo para el mejoramiento de la salud de la población y por ello es considerada por la OMS como el primero de los ocho elementos esenciales de la Atención Primaria en Salud (APS). Dice la Dra. Pinnet: *"la educación primaria universal debe ser reconocida como esencial para el logro de la meta de salud para todos; las metas de salud y educación deben ser alcanzadas concomitantemente"*(20). En este como en los otros determinantes de la salud, los pobres son los más desfavorecidos.

Otro determinante de la salud tiene que ver con la equidad y la justicia social. Ya hemos mencionado otros determinantes que están íntimamente relacionados con ellas. La OMS en 1995 señaló que *"la inequidad creciente es literalmente una cuestión de vida o muerte para muchos millones de personas, puesto que los pobres pagan el precio de las desigualdades sociales con su salud, que es el precio de la injusticia social. Esta afirmación está bien documentada: acercándonos al siglo XXI, casi seis millones de muertes al año son debidas a la desnutrición, y cerca de 2.7 millones de muertes son causadas por pobre higiene, falta de aporte de agua y baja salubridad ambiental que afectan a las poblaciones más pobres del mundo"* (19).

Los derechos humanos son otro determinante de la salud, y están, como es obvio, íntimamente ligados a otros determinantes. Al respecto dice la Dra. Pinnet: *"El reconocimiento de la interdependencia entre los derechos humanos y la salud, es una precondition para avanzar en el bienestar y la dignidad del hombre"*(20). Es conocido de todos el balance triste de los derechos humanos en nuestro país, siendo los pobres, como siempre, los más afectados. Los avances en la información y las comunicaciones también son determinantes de la salud. Es fácil entender el papel que el desarrollo de estas áreas puede tener para lograr una buena salud en la población. De nuevo recordemos a la Dra. Pinnet: *"en esta área también debe haber equidad, porque la sociedad de la información debe servir a todos, no solamente a los económicamente privilegiados, a los sofisticados técnicamente, o a las élites"* (20).

Los avances en la ciencia y la tecnología son también importantes determinantes de la salud; menciono al respecto, como tema de meditación, otro comentario de la Dra. Pinnet relacionado con los avances en la tecnología médica: *"con frecuencia nos llevan a un aumento de los costos de una atención médica que puede prolongar el proceso de la muerte, a expensas de la dignidad humana"*(20). El envejecimiento de la población es otro gran determinante de la salud y de la seguridad social, pues conlleva un aumento de las enfermedades crónicas al mismo tiempo que gran grado de dependencia. Y aceptando -en gracia de discusión- que la atención médica ha sido un factor decisivo para aumentar años de vida, tengo que traer de nuevo a colación a la Dra. 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"(20). Más drástico al respecto es M. Abdussalam: *"para la mayor parte de la humanidad que vive bajo las sombras mellizas de la pobreza y la enfermedad, añadir años a la vida puede representar principalmente una prolongación de una existencia difícil y penosa más que una bendición"*(23).

Esta rápida revisión de los determinantes de la salud, nos valida la afirmación del español Eneko Landaburu: *"La nutrición, la vivienda, la canalización de las aguas, la limpieza y el saber influyen muchísimo más en la salud, que los medicamentos"*. También valida el pensamiento de Fergusson: *"más que medicamentos lo que necesita un pueblo para mantener la salud es alimento, agua pura, alcantarillado, etc. Piense el lector por un minuto si algunas de las toneladas de las drogas "milagrosas" hoy conocidas pueden mejorar la calidad de vida humana en un tugurio o solucionar los problemas de sus moradores"* (22). La Ley 100 escogió, sin embargo, el camino equivocado, costoso, frecuentemente inútil y hasta peligroso de los medicamentos.

Dos principales conclusiones se derivan de la anterior revisión de los determinantes de la salud; en primer lugar, que los pobres son los más afectados en todos ellos, y en segundo lugar, que la salud -especialmente la de los más pobres- depende notoriamente de otros determinantes que llevan a una mejor calidad de vida de las personas, y muy poco de la atención médica. En consonancia con esta conclusión fue que se tuvo que dar entonces la definición de Seguridad Social "en Salud" de la Ley 100: *"Conjunto de instituciones y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad, para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento de planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar a todos los habitantes del territorio nacional la cobertura integral de las contingencias que especialmente menoscaban o afectan la salud y la capacidad económica de las personas"*. Desafortunadamente, por los equívocos en el uso de los términos y por los conceptos también equivocados que tiene la Ley 100 sobre el proceso salud-enfermedad, se tomó a la enfermedad como *"una contingencia que afecta la salud"*, cuando la verdad es que la mayoría de las veces no es otra cosa que la resultante de esas contingencias que especialmente menoscaban o afectan la salud. Con esa distorsión en el significado de los términos y con la apreciación también distorsionada sobre dicho proceso, la única solución para los problemas de salud de los pobres planteada por la Ley 100, resulta ser la atención médica. Acaba siendo entonces una propuesta absurda y falaz, además de ser tremendamente injusta con unas pocas profesiones. Y se hace entonces iluso en la práctica el propósito teórico de la Ley 100: *"El sistema de seguridad social tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida*

acorde con la dignidad humana mediante la protección de las contingencias que la afecten" (artículo 1° del capítulo I; resaltado mío). El divorcio entre estos bellos enunciados y la tramposa propuesta que en la práctica plantea la Ley 100, es sencillamente descomunal.

Un balance de la situación de los diferentes determinantes de la salud en nuestro país, nos permite concluir que el que menos reformas necesitaba para mejorar la salud a los más pobres, era precisamente la atención médica. Es importante, para reforzar esta afirmación, hacer un análisis de la trascendencia o utilidad de la atención médica para el logro de la salud, especialmente cuando hablamos de la salud de los más pobres. Recordemos inicialmente que para Alma Ata, la APS -diferente a la atención médica de primer nivel-, fue considerada como la principal herramienta para el logro de la meta de salud para todos, constando dicha estrategia de ocho elementos esenciales, entre los cuales se resaltan la educación, la alimentación y nutrición, la disponibilidad de agua potable, el saneamiento ambiental y obviamente, la atención médica para los más desfavorecidos y en áreas muy estratégicas como la maternidad infantil; por ello queda claro en el documento de Alma Ata, que *"la Atención Primaria en salud entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos con el desarrollo nacional y comunitario, en particular con la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores, y exige los esfuerzos coordinados de todos estos sectores"* (Artículo VII No. 4), deduciéndose entonces que mejorar la salud de los más pobres, no es responsabilidad únicamente nuestra. La Ley 100, dadas las repetidas confusiones de términos en que incurre, tomó a la APS como sinónimo de atención médica, para diseñar el pomposo "plan obligatorio de salud", ignorando de paso los otros siete importantes elementos de la APS desviando obviamente la meta de salud para todos hacia la atención médica para todos de muy dudosa calidad, pues esta situación no sólo nos ha afectado a nosotros, sino que ha deteriorado gravemente la calidad de la atención médica y ha herido de muerte la otrora sagrada relación médico-paciente. Recientemente, el uruguayo José Portillo (24) nos advertía que desafortunadamente el término APS propuesto por Alma Ata, adquirió una variedad de connotaciones según diversas interpretaciones, fenómeno que ha hecho difícil imitar las primeras pruebas de que podría lograrse un real mejoramiento de la salud a un costo muy asequible, como quedó bien claro en países como Yugoslavia, China, Cuba, Costa Rica o Sri Lanka, países que lograron 15 a 20 años más de esperanza de vida en 20 años de aplicación de dicha estrategia, con unos costos relativamente pequeños; en todos estos países se recurrió a la atención universal de un primer nivel de complejidad, junto con medidas de educación y salud pública (25). Finaliza sus comentarios el Dr. Portillo, asegurándonos que, desafortunadamente, *"la lectura neoliberal de la estrate-*

gia de APS ha triunfado en la mayoría de los países de escasos y medianos recursos económicos hecho del que no se escapó nuestro país y que lo llevó a desarrollar un perverso sistema que buscó solapadamente la manera de aprovecharse por completo del trabajo del médico (obrerización de la medicina), con el descarado pretexto de mejorar la salud de los pobres.

Analizaré algunos tópicos sobre la atención médica para puntualizar sus verdaderos alcances, sus costos, sus limitaciones y sus riesgos. Empezando el análisis sobre sus alcances, es importante mencionar, que no existiendo cuestionamientos acerca del papel que juega la pobreza como generadora de enfermedad, sí existen varios estudios en los cuales se cuestiona seriamente el papel que ha jugado la atención médica para mejorar las condiciones de salud alcanzadas en diferentes poblaciones y en el aumento de la longevidad de las mismas, así como también se discute su importancia en la disminución de las tasas de mortalidad infantil. Y como es apenas lógico, relacionan estos logros -mejor estado de salud, menos mortalidad infantil y mayor longevidad- con progresos alcanzados en los otros determinantes, lo que se traduce en una mejor calidad de vida para dichas poblaciones (17, 26-30.). Unos datos que nos pueden dar una idea acerca del pobre papel que juega la atención médica en cuanto a aumentar la longevidad: en Estados Unidos, el 80% de los gastos en atención médica que realiza un ciudadano promedio, lo hace en los dos últimos años de su vida, y el 70% de estos gastos, los hace en sus últimos seis meses (31). Y dice el economista Restrepo JH: *"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% y 25% del aumento de las condiciones de salud obedece a los servicios médicos"* (32). Y también es dudoso que la atención médica sea la manera más eficiente para mejorar la salud de los pobres; en ese sentido vale la pena tener en cuenta que el *Informe Lalonde*, fue, en gran medida, una respuesta del Primer Ministro canadiense al Parlamento, ante la implantación de un Seguro de Atención Médica que exigía del Gobierno Federal cubrir el 50% del costo 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 este 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 (33).

Podría extenderme en muchos ejemplos de cómo se malgasta la plata en la atención médica desde antes de "la reforma", y peor aún, creo que mucho más después de ella, plata que daría mejores frutos si se invirtiera en rubros relacionados con otros determinantes de la salud; y a manera de introducción en este tópico, una cita del español Diego Gracia: *"No es justo desviar fondos de otras partidas a la sanidad, si la relación costo beneficio es mejor en*

otros campos que en el sanitario. Así por ejemplo, la educación o la política de vivienda pueden presentar una relación costo beneficio superior, en cuyo caso lo justo es invertir en esos campos" (34). Es así como en un hospital como el Infantil de Medellín que es donde yo realizo mi labor docente-asistencial con la universidad desde hace unos 26 años, a pesar de las auditorías de la EPS y las ARS, sin una intención académica justificable y sin ánimo de lucro por parte de los médicos que allí laboramos, veo malgastar a diario (y con inmenso dolor), mucho dinero en exámenes innecesarios, drogas innecesarias y hasta hospitalizaciones y hospitalismos innecesarios; el señalamiento de todo ello ha sido parte de mi accionar docente durante todo el tiempo que allí llevo, pues mi posición al respecto no ha sido propiamente a raíz de la Ley 100. Y aunque se encuentra fácilmente literatura mundial sobre este asunto pues no es un problema exótico ni peculiar de la medicina colombiana (35), ha sido poco estudiado en nuestro medio. Recientemente aparecieron, en una publicación de la Universidad Nacional algunas cifras nuestras que apoyan mi apreciación, derivadas de un estudio realizado por López J.J. en cuatro centros hospitalarios de Bogotá; menciono algunas de ellas para dar una idea al respecto: 1. El 30% de los adultos hospitalizados recibe más de tres esquemas diferentes de distintos antibióticos; 2. Uso precipitado de ceftriaxona y ciprofloxacina en neonatos con diagnóstico de neumonía o sepsis; 3. En una de las clínicas investigadas se encontró que la neumonía es tratada comúnmente con una fluoroquinolona recientemente ingresada al país y que se encuentra en un proceso agresivo de introducción al mercado, a pesar de que la mayoría de ellas podrían responder a esquemas menos costosos e incluso menos riesgosos; 4. En otro centro se utiliza cefepime para la profilaxis de infecciones en cirugía (Borjas MC *La cura, más grave que la enfermedad* Un periódico).

Y en la práctica ambulatoria las cosas no son mejores. En los procesos febriles agudos de los niños, que en su inmensa mayoría (90%) son virales, con muchísima frecuencia se formulan antibióticos, situación que ha llevado al grave problema de la resistencia antimicrobiana en todo el mundo (insisto: el problema no es únicamente en Colombia). Y cuántos exámenes innecesarios se solicitan a diario en la práctica ambulatoria. Y cuántas fórmulas innecesarias o de productos de dudosa utilidad o hasta peligrosos se hacen diariamente. Incluso, cuantas cirugías innecesarias o inútiles se realizan a diario: amigdalectomías, tubos de ventilación, adenoidectomías, circuncisiones, cesáreas... Las gripas que antes se aliviaban solas, con la vulgarización de la atención médica y la medicalización de la vida y de la salud (fenómenos a los que nos lleva la Ley 100), se convierten en el mejor de los casos en "bronquitis", cuando no en sinusitis (¡con rayos X y todo!) o en lo que nuestros estudiantes llaman las "gripomonías". Y todos estos procedimientos innecesarios y/o inútiles por baratos que sean (drogas genéricas del POS, consultas y ayudas diagnósticas

mal pagadas...), dado que se multiplican por miles (¿millones?) diariamente, no se pueden despreciar. Y si con una cobertura cercana al 50%, ya vamos "gastando en salud" cerca del 10% del PIB, ¿cómo será si alcanzamos la cobertura universal?. Algunos datos de un estudio realizado en Inglaterra sobre las "ayudas diagnósticas" nos pueden ilustrar al respecto: de 41.655 exámenes de laboratorio (promedio 27 por paciente), el 94.2% fueron normales.

Se repitieron pruebas en 57% de las anormales (1.389) y en 37 % de las normales (14.306). Total repetidas: 15.695.

Trece por ciento de las repetidas fueron solicitadas por otro médico y 4% de ellas (1.527 pruebas) se solicitaron en los primeros cinco días de la primera; 90% de éstas habían sido normales inicialmente y 88% también lo fueron en la segunda oportunidad. Solamente 6% de las repetidas mostraron resultados diferentes al inicial (36).

Como ejemplo concreto en nuestro medio, hace pocos días se presentó lo que algún periódico tituló "el ISS en cifras" en el año 2001 (37). Realizó esta EPS un total de 26.330.493 de actividades médicas, de las cuales 39.989 fueron partos; de éstos, 17.504 (que corresponden a un 43.7% del total), fueron atendidos por cesárea. El Dr. Juan Luis Londoño en una conferencia dictada en Comfenalco (Medellín, 1998), nos aseguraba que 37% de los partos atendidos por "el sistema de salud" colombiano eran por cesárea, y nosotros en la consulta pediátrica tenemos la oportunidad de confirmar diariamente estas preocupantes cifras. Suponiendo que hasta 15% de los partos se debieran atender por cesárea, se puede deducir la magnitud del derroche en que se incurre con la realización del gran número de cesáreas que se practican innecesariamente. Y si se abusa en esta forma de una cirugía, es muy obvio que es bien fácil incurrir en gastos innecesarios en otros tópicos de la atención médica, los que como ya dije, se repiten a diario miles (tal vez millones) de veces. En un escenario teórico en el cual en cada actividad médica se gasten innecesariamente 5.000 infelices pesitos (cifra muy alejada de situaciones como la de las cesáreas y muchas otras actividades médicas), tenemos que el solo ISS se malgastó en un año la suma de \$131.652 millones; y mientras tanto, tenemos a millones de personas que al mismo tiempo que "se han beneficiado de la salud subsidiada" que les da la Ley 100, están penando por hambre y por los demás acompañantes de la pobreza. Y el país se da el lujo de botar toda esa plata, mientras su infraestructura sanitaria sigue en completo abandono, las condiciones de los pobres se empeoran y lo que es peor, se incrementa el número de ellos. ¿Se ha pensado alguna vez en el monto malgastado anualmente a través de las actividades médicas realizadas innecesariamente por todas las EPS y las ARS? Por lo que yo he podido ver en más de 25 años de actividad docente y más de 30 años del ejercicio de la medicina, estoy convencido, por ejemplo, de que con el solo dinero que nos hemos gastado de manera innecesaria en "purgantes" y en los "coprológicos de rutina", habríamos resuelto muy buena parte de la falta de

acueductos y alcantarillados, logrando así disminuir notablemente la incidencia de varias enfermedades. Por ello el Dr. Héctor Abad Gómez nos decía que era mejor hidratar las casas que a los pacientes. Y si se abusa en esta forma de la cesárea, cómo no se abusará de formulaciones innecesarias, exámenes innecesarios, hospitalizaciones innecesarias... Y para mostrar otra de las grandes bondades de la tecnología médica (mecanismo casi único utilizado por la Ley 100 para "darle salud a los pobres"), ahora la gran mayoría de los recién nacidos no reciben alimentación materna, y en su defecto "se benefician" de las múltiples alternativas que ha desarrollado la industria para reemplazarla. Si un 35-40% de los cerca de 900 mil niños que nacen al año se atienden por cesárea ¿cuánto se gasta innecesariamente en este solo rubro?

También hay literatura mundial disponible sobre la alta tasa de incumplimiento del paciente a la formulación realizada por el médico, lo que además de ser considerado por algunos como una grave epidemia, aumenta los gastos irracionales e innecesarios en la atención médica (y lo peor de ello, es que la mayoría de los que no cumplen con la formulación hecha por el médico, también se alivian como lo recalcan Axton y Zwambila (38)); y con la modalidad de atención médica impuesta por la "reforma a la salud", este incumplimiento de las recomendaciones del médico tiene que incrementarse, dado que la "escogencia" del médico tratante se realiza sin libertad y con muy poca confianza, y las consultas se deben realizar en corto tiempo. El recorte del tiempo a las consultas impide que el médico explique al paciente las razones que lo llevan a no formular o no pedir exámenes de laboratorio y se ve obligado a proceder por la vía más fácil; esto lo había descrito Kafka de una manera muy sencilla en *Un médico rural*: "Recetar es muy fácil, lo difícil es entenderse con la gente". Vale la pena en este aspecto recordar también a Fukuyama: "La diseminación de la desconfianza equivale a la imposición de un impuesto económico, que hace más lentas incluso las actividades más simples, y todo más costoso y difícil"; hasta por este solo aspecto, es dudosa la argumentada "eficiencia" buscada con la Ley 100. Y es bien triste tener que mencionar la Ley del Cuidado Inverso de Tudor Hart, según la cual, los pacientes más pobres, que son los que más tiempo necesitan de consulta para resolverles dudas y darles las explicaciones pertinentes, son precisamente a los que menos tiempo se les dedica (39). Main J y Main P, además de advertir que la consulta con los más pobres consume más tiempo, señalan que es más estresante y que por falta de continuidad, a menudo se torna inútil (40). Tres décadas después, Hart hace un balance de la situación planteada en su ley para concluir que "las cosas están mejor" -como nos lo quieren hacer creer también a nosotros-, "pero la gente está peor" (41).

Y para mencionar algo relacionado con el tópico de la formulación, recuerdo a Morice cuando en 1985 resaltaba que cerca de un 40% de los fondos destinados a la "salud

pública" en el tercer mundo, se asignaban a la compra de productos farmacéuticos, en comparación con un 7.7% en los países industrializados (42). Y hay autores que aseguran que hasta el 90% de los gastos que se hacen en atención médica en los países más pobres, pasan a engrosar las ganancias de las multinacionales que giran al rededor de ella. Es difícil valorar la magnitud del problema del incumplimiento de los tratamientos en países subdesarrollados, pues en una revisión realizada por Donovan y Blake en 1992, se encontró que la mayoría de los 8.000 estudios publicados sobre el asunto han sido realizados en pocos de ellos (43); la búsqueda por Index Medicus, Bireme, Lilacs y Medline sólo muestra 37 trabajos realizados en países del tercer mundo; los hallazgos para los países desarrollados arrojaron datos de incumplimiento de 50-60% (44) (para los del tercer mundo se han descrito incumplimientos hasta del 74%). Se convierte este aspecto en otra llave abierta para el desperdicio de recursos, pues según esto, un buen porcentaje de los medicamentos que les "da" la "salud subsidiada" a los pacientes no serán utilizados.

Otro punto importante por tener en cuenta sobre la atención médica, es el que se relaciona con costosos exámenes o tratamientos que después de que se han utilizado por muchos años, se demuestra que eran completamente inútiles o incluso peligrosos. En Estados Unidos se gastan, por ejemplo, billones de dólares al año en el manejo quirúrgico de las otitis media de los niños (los famosos tubos de ventilación), y ahora, después de muchos años de incurrir en dichos gastos, hay estudios muy serios que cuestionan la eficacia de este procedimiento (45, 46). Igual cosa ha sucedido con la cisaprida para el manejo del reflujo gastroesofágico en los niños, la cual fue utilizada masivamente sin demostración de su eficacia para el manejo de esta condición, y se debió abandonar recientemente por peligrosas reacciones adversas (47), después de que de uno solo de sus preparados comerciales (Prepulsid en suspensión), se vendieron más de seis millones de litros en el mundo en 12 años (1988-2000), con un costo de unos \$260.000/litro. Vale la pena mencionar también las experiencias recientes con la vacuna cubana para *N. meningitidis* B-C y la vacuna para el rotavirus, así como el manto de dudas que hace poco se ha tendido sobre la utilidad de una costosa medida preventiva como la mamografía; desafortunadamente, los grandes intereses económicos que giran alrededor de todos estos puntos nos dificultarán conocer toda la verdad al respecto, pues muy buena parte de las investigaciones médicas tienen el patrocinio de las multinacionales que harán hasta lo imposible por imponer sus intereses.

Pudiera extenderme en más argumentos que evidencian la forma como se gasta la plata en la atención médica y como los "gastos en salud" se incrementarán con lo que algunos llaman "aumento de las coberturas en salud", pero que realmente son aumentos de las coberturas de atención médica mediante la obrerización del médico, fenómeno

que lleva implícita la medicalización de la salud y de la Seguridad Social, la medicalización de la vida y la vulgarización de la medicina, con muy poco o incluso sin ningún beneficio en cuanto a una mejor salud de la población más pobre de Colombia. Menciono, como tema de reflexión, a Canals y Romani hablando del comportamiento del médico y de los pacientes en la Seguridad Social en España, (pues como lo he dicho insistentemente, estos fenómenos ocurren en todo el mundo): *"Se acude al médico por trastornos de poca importancia que anteriormente se resolvían con procedimientos caseros y que generan un gran incremento en la prescripción de medicamentos, a veces con poca convicción por parte del médico y con la sola intención de quitarse de encima una demanda profesional poco gratificante"* (en *médicos, medicinas y medicina: del sacerdocio al marketing*). Además, muchos son los pacientes que se sienten defraudados o juzgan como mala la atención médica que se les presta, cuando no se les formulan esas "balas mágicas" que ha producido la industria farmacéutica, obligando al médico a la formulación "a la que tienen derecho", para poder terminar rápidamente -en los 15 a 20 minutos reglamentarios- la poco gratificante consulta que le impone tan perverso sistema. La misma defraudación sienten cuando no solicitamos las famosas y muchas veces tan innecesarias como inútiles y costosas "ayudas diagnósticas" de que disponemos.

Pasando a otro tópico, es útil revisar las bases reales de la práctica médica cotidiana. Castaño R A en un libro que no es propiamente una crítica a la Ley 100, nos señala que *"resulta sorprendente sin embargo, 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"* (48). Y Esguerra R en unas reflexiones sobre *El Médico del nuevo milenio*, corrobora lo dicho por Castaño: *"solamente el 15% de los procedimientos médicos actuales tienen alta evidencia de su eficacia"* (49). Y basta mirar cualquiera de los números de la excelente publicación semestral *Clinical Evidence* (BMJ Publishing Group), para deducir fácilmente la veracidad de estos datos y ser conscientes de la gran cantidad de cosas que hacemos a diario sin demostración de su eficacia, o peor aun, de su inocuidad. Resulta sorprendente que personas que sean conocedoras de esta realidad, se atrevan a defender una ley, que mediante una actividad tan costosa y al mismo tiempo tan imprecisa, empírica, subjetiva y riesgosa (ver adelante) como lo es la atención médica, se lleva tan importante tajada del PIB en un intento inútil por mejorar la salud de la población colombiana más pobre, mientras, insisto en ello, tenemos otros campos de acción con posibilidades incuestionables en este sentido y que definitivamente ofrecerían una solución más humanista e integral que la puramente economicista de la Ley 100.

Y qué decir de los paradójicos costos aquí sí en salud y en vidas que se derivan de la atención médica moderna. El

mismo Esguerra nos da datos aterradores -con estadísticas americanas, pues tampoco conocemos las nuestras- que confirman aquello de los riesgos de la atención médica, cuando nos recuerda que ocurren en ese país entre dos mil y tres mil muertes semanales y se reportan además 1'300.000 lesionados al año por procedimientos médicos. Así las cosas, mueren en ese país por procedimientos médicos, tres veces más americanos al año que los que murieron en la guerra del Viet Nam y cuatro veces más que los que mueren anualmente por accidentes de tránsito; estas escalofriantes cifras han llevado al Dr Esguerra a afirmar 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"* (49). Y hay quienes aseguran que hasta un 10% de las admisiones hospitalarias en EE UU, son debidas a reacciones adversas de los medicamentos. Valencia F nos presentó los resultados de un estudio del Instituto Nacional de Ciencias de los Estados Unidos que corrobora lo dicho por Esguerra: en ese país fallecen alrededor de 98000 personas al año por errores imputables a los médicos, lo que corresponde a *"más muertes por esta causa que por accidentes de tránsito, cáncer de seno o SIDA"*; otra cifra como punto de referencia: más de 7000 muertes *"que sobrepasan la cifra nacional de muertes por lesiones laborales"* ocurrieron por errores en la medicación (50). Definitivamente es muy difícil desmentir a Ilich cuando asegura que *"la medicina institucionalizada se ha convertido en la peor enemiga de la salud"* (26). Y también se ve uno en la obligación de estar de acuerdo con Homedes y Ugalde, cuando a raíz de un estudio realizado en la India, Indonesia, Oriente medio, África y el Caribe en el que se encontró la formulación de un 70% de productos innecesarios o peligrosos y un gran incumplimiento de los tratamientos por parte de los pacientes, opinaban que *"en muchos casos ese incumplimiento no es tan malo como parece"* (44); en consecuencia, no sería bueno hacer esfuerzos para modificar el hábito del incumplimiento de los pacientes a la formulación. Yo pienso, como lo dice Ilich, que en la búsqueda de una "igualdad de acceso a la salud" mediante un modelo como el que se utiliza en la Ley 100, estamos simplemente logrando igualdad de acceso a un gran número de perjuicios y al mismo tiempo a un gran número de riesgos (26). Mientras tanto, no se reforman los otros determinantes que tienen mucho más peso en la búsqueda del verdadero logro de la salud de los más pobres.

Para ir finalizando las ideas y no alargar más esta revisión, traigo a colación una cita del Dr. Derek Yach cuando aseguraba que *"es un hecho ya ampliamente reconocido que, a largo plazo, el estado de salud depende más de factores socioeconómicos que del propio sector de la salud. Ahora bien, este sector es el mejor situado para calibrar la magnitud de estas desigualdades, evaluar la contribución de la pobreza a la mala salud y preconizar políticas favorables a la salud"* (51). Estoy muy seguro de que

incluso a corto plazo, más importantes que la atención médica para mejorar la salud de los más pobres, son los factores socioeconómicos y los otros determinantes antes mencionados, que no sólo no se han modificado favorablemente, sino que incluso se han empeorado; y tengo muy claro, además, que somos el "sector mejor situado para calibrar la magnitud de estas desigualdades, evaluar la contribución de la pobreza a la mala salud y preconizar políticas favorables a la salud" y no a la atención médica como lo hace la Ley 100. Soy muy consciente, además, de las limitaciones, de los riesgos y de los costos de nuestro accionar como médicos en la búsqueda de la salud de los más pobres; pienso además que con el enfoque medicalizado de la salud y de la Seguridad Social que se lleva a cabo en la Ley 100, se quiere negar la magnitud de esas desigualdades señaladas por Yach, y se le impide a la sociedad la oportunidad de evaluar la contribución de la pobreza (y otros factores que se le asocian) a la mala salud, preconizando equivocadas políticas, favorables NO a la salud, sino a una atención médica de dudosa calidad y explotada por voraces intermediarios. Con sobrada razón decía el Dr. Spencer, Decano de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, al hablar del modelo medicalizado utilizado en los diferentes programas en pro de la "salud para todos": "En el sistema actual funcionan incentivos económicos clarísimos que propician el énfasis en la medicina curativa" (52).

Y a pesar de todas las anteriores consideraciones, en gracia de discusión se podría aceptar el hecho de que si todos los colombianos tuvieran acceso a la atención médica (eso sí, de excelente calidad), podría ser un gran logro para el país (?). Pero sin ninguna duda, si todos los colombianos pobres tuvieran educación, vivienda digna, servicios de acueducto y alcantarillado o letrinas, empleo en condiciones dignas, alimentación y vestuario adecuados, posibilidades de recreación, respeto de los derechos humanos...sería un logro de mucho más trascendencia y con una mejor relación costo beneficio en el objetivo de dar salud, pues con absoluta seguridad, si al menos parte de estas cosas se dieran, se lograría mejor calidad de vida -propósito de la Ley 100- y por consiguiente mejor salud para la población pobre. Y para el logro de todo esto, obviamente se podrían y deberían intervenir por ley -como se intervinieron la medicina y demás profesiones que atienden enfermos (las mal llamadas "profesiones de la salud"), a todas las profesiones y actividades que sea necesario para tal fin, fijándoles unas nuevas reglas de juego que les regulen sus actividades y les fijen unos ingresos que no interfieran con "el bien común" -especialmente con el de los más pobres-, como se nos ha predicado a nosotros. Si optamos por este camino, podremos realmente pensar en el logro de la salud para todos, e incluso podríamos tener la ilusión de la tan anhelada y al mismo tiempo tan esquiva paz.

No puedo dejar de mencionar un tópico que es muy importante para este debate: mientras el derecho a la Segu-

ridad Social no es fundamental ni de aplicación inmediata, el *derecho a la igualdad* expresado en el artículo 13 de la Constitución Nacional, un derecho que sí es fundamental y de aplicación inmediata, nos ha sido arrebatado por la Ley 100. Según este artículo, se "garantiza un trato igual, y los mismos derechos, igualdades y oportunidades, sin ninguna discriminación a todos los colombianos; y el Estado debe promover las condiciones para que esta igualdad sea real y efectiva". Y ese Estado que debiera velar para que esa igualdad se cumpla y para que nuestro trabajo -como todos los demás- goce de su especial protección como lo reza el artículo 25 de la Constitución Nacional, no solamente nos arrebató la igualdad de derechos y de oportunidades de trabajo independiente y digno, sino que en lugar de protegerlo, nos da un trato discriminado y nos pone en condiciones desventajosas e indignas en comparación con muchas otras profesiones o actividades, las cuales, a pesar de estar íntimamente relacionadas con la salud de la población más pobre, no han sido intervenidas como las nuestras. En resumen, de profesionales de la enfermedad, pasamos por la Ley 100 a ser obreros de la enfermedad. Y más preocupante que el daño que se nos ha causado a nosotros, es el que se le ha propiciado a la dignidad de la profesión, a la calidad de la atención médica y a la relación médico-paciente; los altos costos que en este sentido han pagado los pacientes, nuestra profesión y el país, no se ven compensados con los pocos logros en salud que se derivan de los mecanismos puestos en marcha con la Ley 100, encaminados hacia el logro de la "Atención Médica para Todos".

A manera de conclusión final, la siguiente reflexión: a pesar de la muy triste situación del país, más del 60% de los colombianos que viven en la pobreza siguen teniendo la *ilusión* de que las cosas cambien algún día, de tal manera que puedan tener calidad de vida acorde con la dignidad humana; mientras tanto, la Ley 100 pretende cumplir con este propósito de una manera *falaz*. Vale la pena recordar entonces a Ben Gurion: "El futuro se puede construir basado en ilusiones, pero no en falacias".

Referencias

1. El Tiempo, página 1-11 del 4 de diciembre de 2001.
2. Plan Sectorial de Salud de Antioquia año 2000.
3. Mensaje publicitario de las compañías aseguradoras del SOAT
4. **Jaramillo FJ, Giraldo CA.** Muertes por causa externa, Medellín 1992-1996. *Bol Epidemiol Antioquia* 1996;22:167-179.
5. **Torres de GY.** Alcohol: prevalencia de consumo y dependencia en Colombia. *Revista CES Medicina* 2000;14:60-71.
6. **Maglio F.** Relación médico-paciente. *Rev Hosp Niños B Aires* 1999;41:187.
7. Instituto de Medicina Legal y ciencias Forenses. Mortalidad por causa externa en Medellín. Primer semestre de 1996.
8. Nakahima, Asamblea mundial de la Salud, 1995.
9. **Drever F, Whitehead M.** Health inequalities -decennial supplement. Office for national statistics, 1997.
10. **Bruijnzeels M y col.** General Practice consultation in the Netherlands: sociodemographic variations. *J Epidemiol Comm Health* 1995;49:532-533.
11. **Lang T, Ducimetiere P.** Premature cardiovascular mortality in France: divergent evolution between social categories from 1970-1990. *Int J Epidemiol* 1995;24:331-339.

12. **Rosso S, Faggiano F, Zaneti R, Costa G.** Social class and cancer survival in Turin, Italy. *J Epidemiol Community Health* 1997;**51**:30-34.
13. **Bennett S.** Socioeconomic inequalities in coronary heart disease and stroke mortality among australian men 1979-12993. *Int J Epidemiol* 1996;**25**:266-275.
14. **Nicholls ES.** Diferenciales de mortalidad en las enfermedades no transmisibles según el nivel socioeconómico: el caso de América Latina. *Bol of Sanit Panam* 1993;**115**:255-269.
15. **Beale N.** Unequal to the task: deprivation, health and UK general practice at the millenium. *British Journal of general practice* 2001;**51**:478-485.
16. **Pelletier DL y col.** Efectos de la malnutrición en la mortalidad de menores de cinco años en países en desarrollo. *Bol of Sanit Panam* 1996;**120**:430.
17. **Mackewon T.** El camino hacia la Salud. *Bol of Sanit Panam* 1989;**107**:264.
18. Salud por la Salud. *Dinero* 2000;**112**:190.
19. OMS, Reporte de la Salud en el Mundo 1995.
20. **Pinnnet G.** Health Determinants Internat Health Legislat 1998;**49**:131.
21. **Bhattacharya P.** Renovación de la estrategia de salud para todos (Debate). *Foro mundial de la salud* 1996;**17**:363-364.
22. **Fergusson G.** Esquema crítico de la medicina en Colombia CIEC, Bogotá, 1979
23. **Abdussalam M.** Ética, equidad y renovación de la estrategia de salud para todos de la OMS (debate) *Foro Mundial de la Salud* 1997;**18**:129.
24. **Portillo J.** El Lugar de la diferencia. *Arch Pediatr Urug* 2001; **72**:125-130.
25. OMS, Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de Salud. Ginebra; OMS 2000
26. **Ilich I.** Némesis Médica: La Expropiación de la Salud Barral editores, 1975
27. **Fuchs.** Citado por Castaño en Ética, Medicina y Reformas a la Salud, página 115
28. **Sagan LA.** Citado por Cifuentes A, en comunicación personal sobre el tema
29. **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.
30. **McKinlay J, McKinlay S.** Citado por Emanuel Nieto en Desarrollo y Salud: ejes de convergencia. Memorias II congreso internacional de Salud Pública, Medellín, noviembre 2001
31. **Cifuentes A.** Comunicación personal
32. **Restrepo JH.** Panel Situación en Salud El Caso Colombia, una visión desde la economía y el desarrollo. Memorias II Congreso Internacional de Salud Pública 121-127, noviembre 2001
33. **Pinder L, Rootman I.** Un preludio a la salud para todos. Foro mundial de la Salud 1997;**19**:243-246.
34. **Gracia D.** ¿Qué es un Sistema Justo de Salud? *Bol of Sanit Panam* 1990; **108**:571.
35. WHO Pharmaceutical distribution, prescription and use. Conference of Experts on the Rational Use of Drugs Nairobi, Kenya, 25-29 noviembre 1985
36. Branger y colaboradores, resumen en Lab al día 1996;6:186.
37. El ISS en cifras El Tiempo 25 de enero de 2002
38. Axton y Zwambila en 1982 Treatment compliance and outcome at an urban primary health care clinic Cent Afr Med 18:129-131,1982 citados por Homedes y Ugalde en ¿qué sabemos del cumplimiento de los tratamientos médicos en el tercer mundo? *Bol of Sanit Panam* 1994;**116**:491-507.
39. **Hart TH.** The inverse care law. *Lancet* 1971;**1**(7696):405-412.
40. **Main J, Main P.** Citados por Beale N en Unequal to the task: deprivation, health and UK general practice at the millennium *British Journal of General Practice* 2001;**51**:478-485.
41. **Hart TH.** Commentary: three decades of the Inverse Care Law. *BMJ*2000;**320**:18-19.
42. **Morice E.** Citado por Homedes y Ugalde en ¿qué sabemos del cumplimiento de los tratamientos médicos en el tercer mundo? *Bol of Sanit Panam* 1994;**116**:491-507.
43. **Donovan y Blake.** Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making citado por Homedes y Ugalde en ¿qué sabemos del cumplimiento de los tratamientos médicos en el tercer mundo? *Bol of Sanit Panam* 1994; **116**:491-507.
44. **Homedes N y Ugalde A.** ¿qué sabemos del cumplimiento de los tratamientos médicos en el tercer mundo? *Bol of Sanit Panam* 1994;**116**:491-507.
45. **Rovers MM, Straatman H, Ingels K, et al.** The effect of ventilation tubes on language development in infants with otitis media with effusion: A randomized trial. *Pediatrics* 2000;**106**:3-42.
46. **Paradise J, Fieldman HM, Campbell TF y Col.** Effect of early or delayed insertion of tympanostomy tubes for persistent otitis media on developmental outcomes at the age of three years. *N Engl J of Med*2001 ;**344**:1179-1187.
47. **Bourke B, Drumm B.** Cochrane's epitaph for cisapride in childhood gastro-oesophageal reflux. *Arch Dis Child* 2002;**86**:71.72.
48. **Castaño RA.** Medicina, Ética y Reformas a la Salud páginas 70-71. ECOE ediciones, Bogotá, 2000
49. **Esguerra R.** El médico para el nuevo milenio. *Acta Med Colomb* 1999;**24**:5.
50. **Valencia F.** Errores que matan El Colombiano 27 de febrero de 2000
51. **Yach D.** Renovación de la estrategia de salud para todos (Debate). *Foro Mundial de la Salud* 1996;**17**:345-351.
52. **Spencer HC.** Renovación de la estrategia de salud para todos (Debate). *Foro Mundial de la Salud* 1996;**17**:352-354.