

Introducción

Con este número de la Revista Colombiana de Menopausia damos comienzo no sólo a un año más de publicación, sino es la apertura a un nuevo milenio. Sin duda alguna este comienzo debe hacernos reflexionar sobre el papel que como médicos jugamos en la sociedad actual.

En este nuevo siglo el enfoque de la medicina deberá cambiar. Día a día debemos pensar más en prevención que en tratamiento. Creo que es innegable que el campo de la menopausia es uno de los principales en el área de la prevención. Ya no pensamos en mejorar síntomas; estamos más enfocados en prevenir osteoporosis, enfermedad cardiovascular, enfermedad de Alzheimer y muchas otras. En fin, nuestros esfuerzos van encaminados a mejorar la calidad de vida de nuestra población.

Para lograr este objetivo necesitamos unir esfuerzos. No podemos estar “divorciados” de los entes que rigen las políticas de salud en el país. Qué interesante que en este número de nuestra Revista ya aparezcan dos artículos que analizan el papel que la Ley 100 de 1993 juega en el ámbito de la menopausia! Esta ya es una voz de alerta, un llamado a la reflexión.

Creo que es el momento para hacer un alto en el camino. Los médicos debemos recuperar el liderazgo perdido años atrás. Quién mejor que nosotros para trazar las políticas en salud. Nadie más puede entender mejor la problemática de nuestros pacientes. Que triste es ver como en pocos años se han desintegrado nuestros hospitales. Es doloroso ver como se nos obliga a violar el Juramento Hipocrático, ya que se han interpuesto entes que anteponen los intereses económicos a las necesidades del “usuario”; cuantas veces se han rechazado pacientes en las diversas entidades por carecer de una empresa que responda por sus gastos.

La filosofía plasmada con la Ley 100 es hermosa. No busca otra cosa que brindar servicios equitativos al total de la población. Pero algo falla y el resultado final ha sido catastrófico: el colapso del sistema de salud. Si bien existen recursos millonarios para la atención en salud, un gran porcentaje de estos dineros no está llegando a los hospitales. Los invito a que unamos esfuerzos y que como médicos asumamos el liderazgo para corregir las falencias de la Ley 100. Debemos luchar por nuestras instituciones, a través de un vía democrática que permita modificar esta legislación.

Los invito a que nos unamos a la convocatoria que ha hecho el Hospital de la Samaritana. Busquemos la forma de modificar la Ley 100 a través de un referéndum. De la supervivencia de nuestros hospitales depende nuestro futuro.

Germán Barón
Editor adjunto

LEGISLACIÓN COLOMBIANA EN SALUD

Ley 100 y menopausia

*David Vásquez A.; -

RESUMEN:

En vista de que se iba a reformar la seguridad social, se pensó en reformar también la salud y pasar de un esquema que subsidiaba la oferta a uno que subsidiaba la demanda. Se aprobó la Ley 100, la cual cambió radicalmente el sistema de salud y trajo múltiples consecuencias (buenas y malas), algunas de ellas apenas aflorando, y modificó para siempre las reglas del juego vigentes entre los pacientes (ahora llamados usuarios) y los médicos (llamados prestadores del servicio).

Palabras clave: Ley 100, Reforma de Seguridad Social, Sistema Nacional de Salud.

SUMMARY:

The Law-100 (Ley 100) pretended, on one side, the reform of the social security in Colombia, specially in issues related to retirement, since, at that moment- as it is nowadays, such situation was like a time-bomb menacing to destroy the country's economy, dragging along, in his fall, the economic forthcoming of pensioners. Considering that the idea was to Reform Social Security (yes, in capital letters, as it should be), they thought of also reforming health, going from a supply financing system to a demand financing system. That is how, in a hurried way (keep in mind it was December, close to the end of the law-making period), the Law-100 was passed, radically changing the Health System, bringing up multiple consequences (good and bad ones), some just cropping up and modified forever the prevailing rules established between patients (now called users) and their doctors (now called health-care providers).

Key words: Ley 100, Social Security Reform, National Health System .

Existe un tren llamado ley 100. Inició su recorrido en diciembre de 1993 bajo el nombre de “Reforma de la Salud y la Seguridad Social”. Sus conductores iniciales fueron el presidente de la República, César Gaviria Trujillo, y su ministro de Trabajo y Seguridad Social, Luis Fernando Ramírez. Esta ley pretendió, por un lado reformar la Seguridad Social, en especial lo que tiene que ver con el tema pensional, ya que, en ese momento - al igual que hoy - tal situación era una bomba de tiempo que amenazaba con arrasar las finanzas del país y, llevarse en su caída, el futuro económico de los pensionados. En vista de que se iba a Reformar la Seguridad Social (sí, así, en mayúsculas como debe ser), se pensó en reformar también la Salud y pasar de un esquema que subsidiaba la oferta a un esquema que subsidiara la demanda. Es así como de una forma veloz (téngase en cuenta que era Diciembre, vísperas de terminar el período legislativo) se aprobó la Ley 100, la cual cambió radicalmente el Sistema de Salud y trajo múltiples consecuencias (buenas y malas), algunas de ellas apenas aflorando, y modificó para siempre las reglas de juego vigentes entre los pacientes (ahora llamados usuarios) y los médicos (ahora llamados prestadores del servicio).

Total, que existe un tren llamado Ley 100. Y usted, distinguido colega, tiene 3 caminos a escoger:

1. Pararse en la vía férrea , por delante del tren, gritar y agitar los brazos y sólo conseguirá ser arrollado.
2. Pararse al lado de la vía férrea, ver pasar el tren, levantar la mano y decirle adiós.
3. Subirse al tren, viajar en él, sacar el máximo provecho para usted, para su institución y para sus pacientes. De paso, usted, montado en el tren, puede intentar mejorar su rumbo.

Con base en la ley 100 del 93 y, por medio del decreto 1292 del 94, el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) dió origen al Plan Obligatorio de Salud (POS), en sus dos modalidades, Contributivo y Subsidiado. Por otra parte, el Ministerio de Salud por medio de la Resolución 5261 de agosto 5 del 94 expidió el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del POS (MAPIPOS), el cual regula todas las actividades médicas y paramédicas. El CNSS, con las facultades emanadas del artículo 72, numeral 5 de la ley 100 del 93 expidió el Manual de Medicamentos Esenciales, que entró a regular los fármacos que, a juicio de dicho Consejo, son suficientes e idóneos para el tratamiento de los pacientes y sus dolencias.

Vale la pena recordar dos artículos del MAPIPOS, con el ánimo de iniciar una reflexión sobre el tema que nos ocu-

pa. El artículo 6 reza :“Minsalud orientará la adopción de las guías de atención integral para las principales enfermedades en razón del perfil de morbi-mortalidad y del costo efectividad de sus tratamientos, los cuales deberán contener sin excepción actividades de promoción y fomento de la salud”. El artículo 18, a su vez, (Exclusiones y limitaciones del POS) habla de la “Universalidad, Equidad y Eficiencia enunciados en la ley 100 del 93”. Igualmente, este artículo “excluye cirugía estética, infertilidad, tratamientos experimentales médicos o sustitutos que no se encuentren expresamente autorizados en el MAPIPOS”.

Ahora busquemos en dónde aparece la menopausia en el MAPIPOS. El artículo 102 menciona las actividades propias del primer nivel de atención. Aquí aparece la planificación familiar, el control prenatal, las enfermedades de transmisión sexual, etc. No aparece la menopausia. El artículo 109 habla de las actividades propias del segundo nivel, y el 114 y 115 de las de tercer nivel. La menopausia tampoco es mencionada en estos dos artículos. El artículo 117 se refiere al cuarto nivel de atención y los eventos catastróficos (SIDA, cáncer, trasplantes, etc.) Tampoco en este artículo se hace referencia a la menopausia. Es decir, el MAPIPOS no menciona siquiera a la menopausia.

Vemos entonces que la menopausia como tal es totalmente ignorada en el MAPIPOS. Sin embargo, eso no quiere decir que no haya nada que hacer. Por el contrario, se puede hacer mucho, trabajando de forma aislada con lo que el MAPIPOS y el Manual de Medicamentos Esenciales incluyen.

Me voy a permitir confrontar lo que, a criterio de tres reuniones de expertos, debe hacerse en la menopausia, con la aceptación que dichos esquemas tienen en el MAPIPOS y el Manual de Medicamentos Esenciales. Las tres reuniones de expertos consultadas son:

1. Declaración de Consenso sobre Menopausia, Asociación Colombiana de Menopausia, Bogotá. 1994
2. Consenso sobre Menopausia, Minsalud, Medellín. 1995
3. Reunión de Consenso Expertos en Menopausia, Bogotá, Febrero de 2000

Estudios Previos

1. Laboratorio clínico. Es posible realizar los siguientes estudios - entre paréntesis está el código asignado a tal estudio - :

1. Hemograma completo - tipo V - (19303)
2. Glicemia pre y postprandial (19490)
3. Uroanálisis (19966)
4. Triglicéridos (19940)
5. Colesterol total (19241)
6. TSH (19915)
7. Sangre oculta en heces (19868)

Además, es posible, en caso de necesidad, solicitar otros exámenes a saber:

1. Calcitonina (19181)
2. Calcio (19177)
3. Estradiol (19380)
4. FSH (19447)
5. LH (19694)
6. PTH (19774)
7. Progesterona (19798)
8. Testosterona (19905)

2. Citología vaginal: Puede realizarse:

1. Citología vaginal tumoral (20301)
2. Citología vaginal funcional (20302)

3. Mamografía bilateral (212210)

4. Ecografía endovaginal: En el consenso no se considera examen de rutina sino solo por indicación. Sin embargo, puede solicitarse por el POS con el código 311104.

5. Densitometría ósea: En el consenso no se considera examen de rutina sino sólo por indicación y/o seguimiento. Sin embargo, puede solicitarse por el POS con el código 212114.

Tratamiento

1. Terapia hormonal de reemplazo

1. Estrógenos: Sólo está autorizado el uso de “estrógenos conjugados” en tabletas de 0,625 mg y 1,25 mg. Coloco las comillas porque no se especifica si son naturales, sintéticos, de origen equino, etc. También están autorizados los estrógenos conjugados en ampollas de 25 mg y en crema vaginal. No figura la vía transdérmica para estrógenos solos o combinados, ni tampoco la vía percutánea (gel). Este aspecto es muy importante ya que existen situaciones (v.g. antecedente de enfermedad tromboembólica, hipertrigliceridemia) en las cuales la vía oral está contraindicada.

2. Progestágenos: Está autorizado el acetato de medroxiprogesterona en ampollas de 50 mg y en tabletas de 5 mg.

2. Otros medicamentos

No figuran los alendronatos, la calcitonina, el veralipride, ni la tibolona, fármacos que tienen hoy en día un extenso campo en el manejo de la mujer en menopausia. El único SERM que figura es el tamoxifeno, pero sabemos que no es éste el indicado para los trastornos menopáusicos. El calcitriol sí

figura en sus presentaciones de 0,25 y 0,5 mcg. El calcio figura en presentación de carbonato por 600 mg. Es aceptado que el carbonato de calcio no es la mejor manera de administrar este mineral; se preferiría el fosfato o el citrato.

3. Anticonceptivos

El único anticonceptivo oral aceptado es el compuesto por levonorgestrel 150 mcg + etinilestradiol 30 y 50 mcg. Anovulatorios con otro gestágeno o con dosis menores de estrógeno no están autorizados por el POS y son los que están indicados en la pre y perimenopausia.

La resolución 412 del 2000 expedida por el Ministerio de Salud da vida a los Programas de Promoción, Educación y Prevención (PEP) apoyando a las diferentes EPS para que los adelanten. Entre estos programas figuran las alteraciones del embarazo, la planificación familiar y las alteraciones del adulto mayor de 45 años. Aquí tampoco se tuvo en cuenta la menopausia. Esta omisión es difícil de aceptar ya que la Menopausia es uno de los puntos en donde precisamente los programas de promoción, educación y prevención tienen más justificación en razón de su globalidad (en cuanto a que afecta a todas las mujeres en edad madura) e integralidad (en cuanto a que afecta todos los sistemas del organismo femenino).

Después de expuesto este desolador panorama, viene la pregunta: “Bueno, y entonces ¿qué hacemos?”. Aquí me permito enunciar una frase que todos hemos escuchado o leído alguna vez en la vida: “Más vale encender una vela que maldecir en la oscuridad”. Podemos hacer mucho. Estas son algunas recomendaciones que sugeriría:

1. Usar lo autorizado, que de por sí abarca un buen número de pacientes.
2. En situaciones que lo ameriten, usar los formularios que el POS contempla para que sean autorizados fármacos que no están en el Manual de Medicamentos Esenciales. Es cierto que hay que llenar un formulario dispendioso y que debe justificarse por qué no sirve el medicamento autorizado por el POS o por qué es mejor el que el médico recomienda. Pero debemos tener paciencia y ser laboriosos en este aspecto ya que la salud de la paciente es el objetivo primario de nuestro quehacer.
3. Enfatizar ante las diferentes EPS y ante el CNSS la importancia que en términos costo/efectividad tiene el manejo integral de la paciente climatórica (osteoporosis, enfermedad cardiovascular, etc.).

Por último, lo más importante es adelantar un esfuerzo conjunto entre sociedades científicas, clínicas de climaterio, médicos y para médicos, asociaciones de usuarias, ONGs, laboratorios farmacéuticos, etc. para persuadir al CNSS de dar a la menopausia la importancia que en salud pública se merece.

Existe un tren llamado Ley 100. No nos paremos al frente porque atropellados sobre la vía férrea no podremos hacer nada. No nos contentemos con verlo pasar al lado y decirle adiós. Mi invitación final, apreciado colega, es que nos subamos al tren, viajemos en él, tratemos de llegar hasta la locomotora y, así, cambiaremos el rumbo. Hagámoslo por nosotros, por nuestra institución y, lo más hermoso, por esas mujeres que diariamente llegan a nuestro consultorio y en su mano cálida, su sonrisa generosa y su corazón abierto, nos recuerdan a nuestras abuelas, nuestras madres, nuestras esposas y, cuando hayamos completado el viaje, a nuestras hijas y nietas. Sería la forma más sublime y más auténtica de ayudar a construir la paz.

Bibliografía

1. Ley 100 de 1993, en especial el artículo 72, numeral 5: Manual de medicamentos esenciales.
2. Decreto 1292 de 1994: Origen del plan obligatorio de salud (POS).
3. Resolución 5261 de Minsalud (agosto 5 de 1994): Mapipos (Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del POS).
4. Resolución 412 de Minsalud (año 2000): Programas de promoción, educación y prevención (PEP).
5. Declaración de consenso sobre menopausia, Asociación Colombiana de Menopausia, 1994.
6. Conferencia de consenso sobre terapia de suplencia hormonal en la menopausia. Dirección de Recursos Humanos. Ministerio de Salud. República de Colombia. Conclusiones y Recomendaciones. Rev Col de Menopausia. 1996; 2: 46-49.
7. Reunión de consenso de expertos en menopausia, Bogotá, febrero de 2000.