# Menopausia: paradigmas, presente y futuro. Ley 100 de 1993

*Roberto Jaramillo U.; Presentado en el I Simposio Regional de Menopausia. Asociación Colombiana de Menopausia, Capítulo del Valle del Cauca. Cali, oct 27-28 de 2000.

**RESUMEN**

La Ley 100 con todo su desarrollo está rompiendo el más grande de los paradigmas: el Paradigma Hipocrático. Ya la relación médico - paciente no es lo que importa. Ya el tiempo para dedicarle a los pacientes no es posible en esta mercantilización y sentido economicista que se le está dando al ejercicio profesional. El paciente, ya no lo es tal; ahora es un cliente o usuario y hay que atenderlo; pero hay que atenderlo produciendo una gran extensión y una mínima profundidad en sus problemas. Esta es una de las cosas preocupantes y uno de los aspectos que tendremos que ver en el futuro. Se está anteponiendo la productividad a la calidad de la atención médica e interesa más el rendimiento desde el punto de vista económico.

**Palabras clave:** Ley 100, Paradigma hipocrático.

**SUMMARY**

The Colombian "Ley 100" ( Law 100) of 1993, throughout its huge development, is throwing down the greatest medical paradigm, the Hippocratic Paradigm. Nowadays, the physician-patient relationship is not what matters and there is no time to devote to the patient in this mercantilist era and economicist trend being given to the practice of medicine. The patient is not the "patient" anymore. Now, he is the "client" or "user", whose problem has to be assisted by the doctor, with great superficiality and minimal deepness. This is a very worrying matter, one which we will have to take very good care of in the near future. Productivity has been prefixed to quality in medical care and economic yields are given greatest importance.

Key words: Law 100, Hippocratic Paradigm.

Los principios en que se fundamenta la Ley 100 de diciembre 23 de 1993 son buenos porque corresponden a una concepción moderna de justicia y seguridad social. Se basan en un modelo de cobertura universal y de competitividad derivada de la libre escogencia por un usuario consciente de la calidad y de los costos. El modelo se orienta a promover calidad y economía en un sistema de administración eficiente. Es la hipótesis de la competencia regulada. Sus principios son objetivos e inobjetables.

En el capítulo primero, articulo segundo, la ley dice que los principios son:

1. Eficiencia: La mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a los cuales da derecho la Seguridad Social, sean prestados en forma adecuada y suficiente.

2. Universalidad: Es la garantía de la protección para todas las personas sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

3. Solidaridad: Es la práctica de la mutua ayuda para las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades, bajo el principio del más fuerte hacia el más débil. Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el sistema de seguridad social mediante su participación, control y dirección. Los recursos provenientes del erario público en el sistema de seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables.

4. Integralidad: Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general, las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto, cada cual contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender su contingencia, amparado por la ley.

5. Unidad: Es la articulación de políticas, Instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones, para alcanzar los fines de la seguridad social.

6. Participación: Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones del sistema, en su conjunto.

Más adelante, en el libro segundo del sistema de seguridad social en salud en el título primero "Disposiciones Generales", Art. 153, se dice que son reglas del Servicio Público de Salud, rectoras del sistema general de seguridad social en salud, las siguientes:

1. Equidad: En la cual, el sistema general de seguridad social en salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad para el pago.

2. Obligatoriedad: La afiliación al sistema, es obligatoria para todos los habitantes de Colombia.

3. Protección Integral: El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el artículo 162,con respecto al plan obligatorio de salud.

4. Libre escogencia: El sistema general de seguridad social en salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración de los servicios de salud, bajo la regulación y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicio de salud, cuando ello sea posible, según las condiciones de oferta de servicios. Quienes atenten contra este mandato, se harán merecedores de las sanciones previstas en el art. 230 de ésta ley.

5. Autonomía de las Instituciones: Las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud tendrán, a partir del tamaño y complejidad que reglamente el gobierno, personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, salvo los casos previstos en la presente ley.

6. Descentralización administrativa: La organización del sistema general de salud será descentralizada y en ella harán parte las divisiones seccionales, distritales y locales de salud. La ley estimula la participación de los usuarios en la organización y control de las Instituciones del sistema general de seguridad social en salud y del sistema en su conjunto. Igualmente, el sistema propiciará la concertación de los diversos agentes en todos los niveles y establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en los procedimientos y en la práctica profesional.

En el capítulo tercero, el régimen de beneficios en el art. 162, Plan Obligatorio de Salud, se lee: El Sistema general de seguridad social en salud crea las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este plan permitirá la protección integral de las familias, de la maternidad y de la enfermedad en general, en las fases de promoción y fomento

de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Por todos estos enunciados, se considera que la Ley 100 concebida como tal es buena, pero evidentemente lo que ha pasado es que su implementación exhibe grandes fallas y ha conducido a una crisis de enormes proporciones, tal vez sin antecedentes en la historia del país.

La ejecución de la reforma, ha desplazado el imperativo Hipocrático basado en el arte, concebido como humanismo, la ciencia, entendida como avance y ordenamiento del conocimiento, la tecnología, percibida como instrumentación y el profesionalismo, comprendido como autonomía intelectual y capacidad de autorregulación en un marco ético, por una argumentación económica que somete el acto médico a la infraestructura de la industria y al poder del mercadeo y que convierte al médico en un operario medianamente calificado para el cumplimiento de una jornada laboral. Es la conversión de la medicina, como disciplina intelectual, en un oficio que al disminuir costos resulte en mayores márgenes de utilidad para las entidades intermediarias.

El principio de todo esto, es el deterioro de la calidad de la atención, en momentos en que ésta debería ser optima en pleno auge de la sociedad del conocimiento y cuando las instituciones del sector habían hecho enormes esfuerzos para modernizar su tecnología y adecuar sus estructuras para mayor beneficio comunitario. La ley 100 convierte al paciente en usuario concebido como un cliente y consumidor de una industria que es la de la salud.

La reforma de la seguridad social en salud cambia el modelo tradicional de atención médica basada en la relación directa médico paciente, conocida como el Paradigma Hipocrático, a un sistema de atención gerencial de la salud y que corresponde a una concepción corporativa de la atención médica. El ejercicio médico, tradicionalmente, ha obedecido a la intensidad moral y al rigor deontológico que establece la ética hipocrática, cuyo objetivo primordial es el paciente para quien se debe hacer lo mejor, lo óptimo, para preservar su salud y bienestar. La ética de una corporación como lo son las entidades intermediarias E.P.S, A.R.S y A.R.P., se enmarcan en el rendimiento, el lucro y el costo- beneficio, pero éste, únicamente considerado en términos económicos. Su preocupación es la contención de costos en la prestación de los servicios, así ello signifique disminución de la calidad.

Hay discriminación en la prestación de los servicios, por lo cual rechazan a las personas con preexistencias o a aquellas con incapacidades o de edad avanzada, pues son un elevado riesgo económico; establece, pues, la discriminación sobre bases puramente financieras, muy ajenas al concepto de equidad y solidaridad social.

Ahora bien, en relación con la menopausia y la Ley 100, tenemos que decir que ésta ha sido reglamentada en el Decreto 1292 de 1994, creando el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y por Acuerdo 008 de 1994, el Plan Obligatorio de Salud. Igualmente, han publicado el llamado MAPIPOS que es el Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del POS, por resolución del Ministerio de Salud 5261 de agosto 05 de 1994. Igualmente han elaborado y aprobado, por parte del Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, una serie de acuerdos, el último de los cuales sale el 23 de diciembre de 1993, constituyendo el Manual de Medicamentos Esenciales.

Estudiando los diversos aspectos de la ley, podemos ver que la menopausia no aparece mencionada en ninguno de los artículos. MAPIPOS, en el artículo 6, trata de la orientación a la atención integral de las principales enfermedades, el 18, de las exclusiones y limitaciones del POS, el 102, 109, 114 y 115, sobre los niveles de atención primero, segundo, tercero y cuarto; en ninguna parte aparece mencionada la menopausia.

A los legisladores se les olvidó el problema de la menopausia; en sí no tiene tanta importancia como sí la tiene la evolución de las patologías asociadas en diferentes campos. En el campo de la osteoporosis, la cual constituye un verdadero problema de salud pública y considerada por muchos como la "epidemia silenciosa", no se encuentra en ninguna parte la autorización para usar la osteodensintometría como método de tamizaje. En relación con las enfermedades cardiovasculares, todos sabemos que es la principal causa de muerte, incluyendo el cáncer y otras enfermedades degenerativas; tampoco aparece mencionada.

Es bueno decir que dentro de las prácticas de laboratorio permitidas en el POS, sí hay una serie de exámenes que consideramos de rutina para el control de la menopausia, tales como la mamografía, la ecografía endovaginal y la citología tumoral y funcional; pero, repito, en ninguna parte aparece el estudio de la densintometría ósea.

En cuanto al Manual de Medicamentos Esenciales, reglamentado, como se dijo atrás, el 23 de diciembre de 1993, aparecen como medicamentos autorizados los estrógenos conjugados equinos, la medroxiprogesterona acetato, el carbonato de calcio y el calcitriol y los anticonceptivos hormonales, pero no aquellos con más bajas dosis de estrógenos. No aparecen los de vía transdémica, tampoco los SERM, excepto el tamoxifeno, el cual como ustedes bien saben, no se usa en el control y tratamiento de la mujer menopáusica y lo que es más complicado, es que parte fundamental de la Ley se basa en la promoción y prevención de las enfermedades; en ninguna parte existe un postulado relacionado con el motivo de esta reunión.

La Ley 100 con todo su desarrollo está rompiendo el más grande de los paradigmas, el paradigma hipocrático. Ya la relación médico _ paciente no es lo que importa. Ya el tiempo para dedicarle a las pacientes no es posible en esta mercantili-

zación y sentido economicista que se le está dando al ejercicio profesional. El paciente, ya no es paciente sino cliente o usuario y hay que atenderlo; pero hay que atenderlo produciendo una gran extensión y una mínima profundidad en sus problemas. Esta es una de las cosas preocupantes y uno de los aspectos que tendremos que ver en el futuro. Se está anteponiendo la productividad a la calidad de la atención médica e interesa más el rendimiento desde el punto de vista económico.

## Paradigmas

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, "Paradigma, se deriva del Latín y del Griego y significa mostrar, manifestar, es algo de ejemplo o ejemplar". Y, según el pequeño Larousse Ilustrado, "paradigma es el modelo sinónimo de ejemplo, lo que puede servir de modelo".

De acuerdo a esto, hay muchas creencias y muchas condiciones, las cuales se han venido estableciendo a través del tiempo y se han constituido en paradigmas, algunos de los cuales, día a día, se observan como no ciertos.

En los años 60, cuando la síntesis de los progestágenos aportó ese gran armamentario cual son los compuestos combinados hormonales para buscar la anticoncepción, se presentaron una serie de complicaciones menores, las cuales se fueron constituyendo en paradigmas. Así, vimos cómo las pacientes subían de peso y las pacientes cambiaban de carácter, la irritabilidad era el común denominador y la pigmentación, especialmente en la cara, era lo usual. Con el transcurso del tiempo, estos paradigmas han desaparecido y gracias al perfeccionamiento de los productos farmacéuticos y a las dosis cada vez más bajas, se han derrumbado todas estas creencias. Así, con el uso de los medicamentos hormonales a dosis cada vez menores, se han ido derrumbando paulatinamente estos paradigmas y ni qué decir de la creencia de la relación del cáncer con el uso de los estrógenos - progestágenos!

Este último paradigma, el cual ha persistido por largo tiempo, fue aquel derivado de la creencia de que los estrógenos producían cáncer. En efecto, en los años 70 comenzaron a aparecer una serie de problemas relacionados con la administración de los estrogenos de variado origen, naturales y sintéticos, los cuales trajeron como consecuencia el aumento exagerado del riesgo relativo del cáncer de endometrio; multitud de estudios han probado que el factor estimulante del crecimiento celular, los estrógenos, se ha venido neutralizando hasta el punto de que al usar los estrógenos con la oposición de la progesterona, ya sea en forma cíclica o en forma continua, este riesgo relativo disminuye hasta tal punto que deja de ser siquiera semejante al de las mujeres testigo, quienes no reciben ninguna clase de tratamiento.

Otro tanto ha sucedido con la relación de los estrógenos y el cáncer de mama y ya hoy, podemos decir que no hay verdaderos estudios conclusivos de que éste fenómeno sea evidente; es lógico que sirve de estímulo al crecimiento celular y que si existe el tumor en etapas tempranas, pues lógicamente, se estimula más su crecimiento y florece a la clínica, especialmente los hormono-dependientes. Actualmente, a ese problema relacionado con el cáncer de mama se le está dando una importancia muy grande en cuanto al papel de la progesterona y es así como mientras el efecto de los estrógenos sobre el endometrio se ve perfectamente controlado por la progesterona, no sucede esto con el tejido mamario. En este se ha observado como la progesterona puede ser estimulante del crecimiento celular. Tenemos que acordarnos cómo actúan los estrógenos y la progesterona en éstas glándulas en los acinos y en los canales, para entender, perfectamente, cuál es la acción de los estrógenos y progesterona en el tejido mamario, según como se ha dicho, pero no hay estudios conclusivos que nos hagan ver si, evidentemente, existe una relación causa efecto con el cáncer mamario.

Cuánto tiempo ha pasado desde que Brown-Sequard (1889) reportó los efectos en el rejuvenecimiento, cuando se inyectaban extractos pasteurizados de testículo y Murray, en 1891, previno efectivamente el mixedema del hipotiroidismo mediante una administración oral de glándula tiroides.!!

Por este mismo tiempo hay ya suficientes evidencias de que la pérdida de la función ovárica es la responsable de la mayoría de los síntomas de la menopausia; por eso en 1893 Regas inyectando extractos ováricos por vía subcutánea, en una paciente con psicosis menopáusica, logró curarla. Luego en 1899 Glass demostró que la administración de los extractos ováricos en una paciente previamente ovariectomizada restableció la menstruación, los deseos sexuales y la autoestima. Ya en 1950 el grupo de R.P. Greenblatt publicó en un Journal of Clinical Endocrinology los resultados de un estudio doble ciego usando estrógenos, estrógenos y andrógenos combinados, andrógenos solos y placebo y encontró que el 97% de las pacientes mejoraba de los calores y sudores nocturnos con los estrógenos, pero también encontró que el 16% de las pacientes con placebo se mejoraba. Es bien conocido que el placebo pudo provocar la secreción de endorfinas y que sus propiedades sedantes actúan en esa dirección.

Desde entonces hasta esta parte, los progresos en la terapéutica hormonal han sido evidentes y cada día se producen más preparados purificados, cada día tenemos un armamentario mejor para el tratamiento de todas estas afecciones relacionadas con la menopausia.

¿Qué nos deparará el futuro? ¿Drogas específicas, mejores ejecutorias para hacer más efectiva la prevención primaria o nuevos conceptos en la terapéutica, como por ejemplo, el uso de los fitoestrógenos? El tiempo lo dirá. Pero, lo que sí es evidente, es que el porvenir está en el estudio genético de las pacientes; con la comprensión más amplia del genoma humano y gracias a la Ingeniería Genética, podremos prolongar la vida de los ovarios, el prolongar la producción de estrógenos y por consiguiente prolongar la vida en las mejores condicio-

nes; ¿hasta dónde llegaremos?

Los nuevos medicamentos como los fitoestrógenos, como los SERM, nos están abriendo un amplio horizonte y seguramente, en el futuro será esto cada vez más patente y mejor; pero en lo que vamos a tener que progresar y mirar hacia el futuro es en la prevención primaria, en la promoción de la salud. En el campo de la educación, tendremos que hacer mayor énfasis, en primer lugar, en la enseñanza de los médicos, en la enseñanza de estas nuevas promociones de profesionales que tienen que prepararse para enfrentar junto con las mujeres, toda una serie de patologías relacionadas con la madurez y la vejez; la esperanza de vida es cada día mayor y la mujer está pasando por lo menos un tercio de su vida en estado de insuficiencia estrogénica, lo cual nos ha enfrentado y nos enfrentará a unas nuevas patologías, las cuales, definitivamente, debemos prevenir para lograr que la mujer tenga una mejor vida y tenga un bienestar y no que viva muchos años en malas condiciones. Por esto recordemos que no debemos tener una vida larga sino una vida plena.

Ha sido tan grande el avance en los conocimientos de la Biología molecular, de la Biología celular y de la Genética, que allí estoy seguro que se están abriendo nuevos horizontes y allí vamos a encontrar seguramente la respuesta a todas las incógnitas.

Hablando de la terapia hormonal de reemplazo, uno de los beneficios que se pensaron podrían traer la terapéutica transdérmica con estrógenos era que en esa forma no era necesario tomar los progestágenos como oposición. Esto no es cierto y evidentemente, se ha podido demostrar que es necesario la oposición del tratamiento estrogénico con la progesterona en aquellas mujeres que tienen útero para mejorar ese pronóstico y bajar el riesgo relativo del cáncer. Otro paradigma que cae.

Otro tabú estaba relacionado con la dieta del calcio y la vitamina D; se dijo, en principio, que siempre que se daba el calcio había que complementarlo con la vitamina D; es bien sabido que entre nosotros en el trópico, el sólo hecho de la exposición a los rayos ultravioletas hace que la síntesis de la vitamina D a través de la piel sea suficiente para garantizar la buena absorción y el metabolismo del calcio. Sólo en algunas circunstancias cuando hay mala nutrición o cuando los pacientes están recluidos en una cama, es lógico que la terapia de sustitución hormonal y el calcio se deben complementar con la administración de la vitamina D.

Escribe el profesor Botella Llusiá "El por qué en estos últimos años han aparecido tantas obras sobre la menopausia y el climaterio, es algo que nos debe hacer meditar; no cabe duda de que a partir de 1980 se ha desarrollado un enorme interés por esta fase de la vida y eso se debe fundamentalmente a tres razones:

1. Al aumentar la esperanza de vida, hay cada vez más mujeres en fase postmenopáusica

2. Las mujeres maduras, antiguamente, se consideraban como terminadas en su femineidad y no se preocupaban ya más de sus problemas sexuales; hoy día y con toda razón, las climatéricas y aún las que ya han dejado atrás los años críticos se sienten mujeres y se preocupan por sus trastornos genitales tanto más en cuánto les decimos ampliamente que tienen remedio.

3. El progreso de los conocimientos biológicos y médicos han sido tan grandes que conocemos la etiología y el tratamiento de la mayoría de los fenómenos climatéricos y en vez de despachar a estas mujeres con recetas anodinas, nos ocupamos de ellas y éstas a su vez, al sentirse atendidas acuden más a nosotros y nos confían una serie de síntomas que antes ocultaban, en parte por vergüenza y en parte también por que ellas mismas no los valoraban.

Así que hemos descubierto nuevos horizontes sobre los cuáles investigar.

Estimados Colegas: Todos los que hemos vivido por largos años en el trajín médico, los que hemos visto el progreso de nuestra especialidad, cómo algunos paradigmas persisten, pero otros caen; los que podemos otear el horizonte y mirar hacia el futuro, seguimos vivos y recibimos con esperanza todos estos progresos, podemos repetir las palabras que escribe Goya al pie de uno de sus últimos dibujos hechos en Burdeos: "Aún Aprendo".

## Bibliografía


1. Patiño JF. ed. Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud; impacto de la reforma de la seguridad social en salud sobre la medicina como profesión y como ciencia. Santafé de Bogotá: Academia Nacional de Medicina, 1999. 120p. El doctor Roberto Jaramillo Uricoechea como Coordinador de la Comisión de Salud de la Academia Nacional de Medicina.
2. Mendoza VJ. ed. Ley 100 de 1993. El Sistema General de Seguridad Social en Salud: El ejercicio profesional, los medicamentos y la tecnología. Santafé de Bogotá: ASCOFAME, 1994, p (II Foro Nacional ASCOFAME).
3. Vásquez AD. La Ley 100 y Menopausia; POS- Manual de Medicamentos esenciales: Bogotá 2000. (Segundo encuentro anual septiembre 29 de 2000).
4. Colombia. Leyes, Decretos, etc. Ley 100 de 1993. Libro 2° Sistema General de Seguridad Social en Salud. Santafé de Bogotá: 1993. p.