Imprimir

¿Reforma al sistema de salud en Colombia? Pues, entonces, que sea cuanto antes. Cuando ya está próximo el trámite en el Congreso de una propuesta de Reforma Estructural al Sistema de Salud en Colombia por parte del Gobierno Nacional, es oportuno exponer algunos conceptos acerca del por qué y del qué es exactamente lo que se pretende y qué se debe reformar. Del desconocimiento de la propuesta completa de reforma al sistema no se puede deducir que su propósito sea acabar con todo, hacerlo al escondido o hacerlo a pupitrazo limpio en el Congreso.

El sistema de salud no puede seguir siendo solo eso de "el sistema de administración de los recursos de la atención médica". El Ministerio de Salud no puede seguir siendo eso de "El Ministerio de Finanzas de la Salud". El sistema de salud tiene que ser una organización social que permita mantenernos sanos y superar los riesgos cuando se presente la enfermedad, en las mejores condiciones técnicas y humanas, en el menor tiempo posible, de la manera más eficiente, y para todos los colombianos sin distinción alguna. Porque, ¿quién piensa en SALUD? ¿Desde cuándo SALUD es recursos y rentabilidad de inversiones? ¿Desde cuándo SALUD es burocracia y entidades territoriales?

Dos preguntas claves nos hacemos siempre quienes estamos lidiando con los asuntos de la salud y de la enfermedad, si estamos enfocados en la humanización de los servicios de salud, es decir, en el paciente, en el enfermo. La respuesta a esas dos preguntas es la que debería definir el rumbo de cualquier reforma en salud en el país o en cualquier otro lugar. La primera pregunta es ¿cómo mantenernos sanos? Y la segunda pregunta es ¿por qué enfermamos? Las preguntas claves no son ¿dónde está la plata para atender a los enfermos?, ni mucho menos ¿cuánto nos vamos a ganar por atender a los pacientes? Esas son preguntas muy secundarias e incluso terciarias. Es decir, la salud es otra cosa.

Antes de esas preguntas secundarias habría otras más contundentes. Por ejemplo, ¿qué tanto han contribuido las EPS a mantenernos sanos y cómo lo logran? ¿Qué tanto han contribuido las EPS al aumento de la esperanza de vida en Colombia en los últimos dos decenios? ¿Qué tanto impacto han tenido las políticas públicas generadas bajo el modelo

actúal, en los determinantes de la salud? Si un sistema de salud no impacta esos determinantes, ¿qué tipo de sistema es?

Cambiar el sistema de salud en el país no obedecerá solo a una justificación técnica (que la tiene, con mil razones y todas poderosas), sino que obedecerá, por excelencia, a una razón política: el Gobierno actual ganó la anterior contienda electoral y con ello se puso de manifiesto que el pueblo colombiano, en su mayoría, reconoce y demanda un cambio de fondo en todas las esferas del Estado, pero especialmente en salud. Es el juego democrático liberal.

Ese cambio de fondo tiene que garantizar el derecho a la salud, es decir, el derecho a estar sano, y garantizar también el derecho a la atención médica, tiene que reducir las brechas, reducir la inequidad, penetrar con los servicios de atención en la ruralidad lejana y abandonada, garantizar el acceso al más humilde de los colombianos, establecer la Atención Primaria en Salud, borrada en el actual modelo, como un mecanismo racionalizador y de entrada al sistema, erradicar cualquier diseño que propicie la corrupción, crear todas las garantías para mejorar la oportunidad en la atención, reducir la fragmentación de los servicios, humanizar la atención, asegurar el flujo permanente de los recursos del sistema y su uso eficiente, y asegurar la formalización del trabajo de los profesionales de la salud. Si no lograra todo eso, ¿qué reforma sería? No se trata de “acabar el sistema”. ¿A quién se le podría ocurrir algo así? Se trata de reformarlo para que funcione. Eso es todo.

Tecnicismo rima con cinismo

No se había entendido antes por qué la plata del sistema de salud en Colombia rendía los 365 días de cada año desde 1993, hasta que Ramón Abel Castaño lo explicó muy bien en su artículo (1): las EPS la hacen rendir conteniendo el gasto, negando servicios, glosando, aplazando, haciendo una “tarea perversa”. Esas 90.000 tutelas (¡y ese millón de quejas!) que se presentan al año, reclamando servicios de atención médica, incluidos en el plan básico de salud en su mayoría, ahora tienen sentido, ya tienen una explicación rotunda: alguien nos está haciendo la tarea más importante e incómoda. “Por favor, señores pacientes, no se

enojen si les niegan o les demoran los servicios, son las EPS ayudando a hacer rendir la plata del sistema". "Por favor, señores médicos, no se enojen si les negamos a sus pacientes lo que ordenaron, es porque estamos tratando de que la plata rinda". ¿Los médicos se están quejando por estar mal pagados o por contratos picarescos? "No se enojen, doctores. Es para que rinda la plata del sistema". Pacientes y médicos deberían quedar agradecidos con las EPS cada vez que vean las dificultades que enfrentan. ¡Quién lo hubiera pensado!

A los pobres se les dice en Colombia "Usted es pobre porque quiere". Y al 80 % de los médicos, contratados por prestación de servicios, por métodos de sospechosa tercerización laboral, se les dice: "Usted gana poco con ese contratico, pero es para que el sistema funcione bien. ¿O es que usted quiere que se acabe el sistema? ¿Dónde más podríamos disminuir el gasto?".

Si eso no es cinismo para explicar el papel de las EPS en el sistema de salud en Colombia, ¿qué es? Habrían podido decir que esas entidades "hacen rendir la plata mientras garantizan el goce efectivo del derecho a la salud de todos los colombianos", o también decir que "hacen rendir la plata y garantizan un trabajo decente a los profesionales de la salud". Pero no, no lo dicen, y no lo van a decir nunca. Al contrario, lo que dicen es que debemos estar agradecidos por una actividad perversa en el sistema, que alguien tenía que hacer y para la que ellos se ofrecieron voluntariamente. Ese tipo de argumento es de lo más pobre y mezquino que se pueda ojear acerca de por qué deben existir las EPS. Ni el mismo documento fundacional que sustenta teóricamente la existencia de los "articuladores" o "administradores", el famoso "Pluralismo estructurado", de Juan Luís Londoño y Julio Frenk, del año 1997 (2), lo concebía así. Ellos sentirían vergüenza si vieran lo que terminó sucediendo en Colombia.

No falta, además, quien haya argumentado que nos mantenemos sanos porque hay EPS, o que incluso las EPS han ayudado a mejorar los indicadores macro, los indicadores trazadores en salud del país. No tenemos un sistema de información en salud unificado, un hecho reconocido por todos los actores, pero algunos analistas se atreven a exponer semejante conclusión. ¿De dónde la sacarán?

Según lo comentado hasta acá, tendríamos entonces dos buenas razones para mantener las EPS: hacen rendir la plata y nos mantienen sanos. ¿Entonces la plata del sistema de salud rinde porque la hacen rendir las EPS o habrá otras razones? ¿Sin EPS la plata del sistema no va a alcanzar? ¿Y qué papel juegan los médicos, entonces? ¿Y cómo fue que se hizo rendir la plata para terminar debiéndole a los hospitales 27 billones de pesos? Y también: ¿sin EPS estaríamos todos enfermos? ¿De verdad? ¿Es decir que las EPS terminaron convertidas en el Gran Determinante de la Salud en Colombia? ¿Lalonde (3) y sus estudios quedó desvirtuado por el genuino aporte colombiano a la salud pública mundial? Creo que no es necesario acudir a grandes y confiables fuentes o datos, o a una inteligencia artificial, para entender que este tipo de argumentación es una auténtica "colombianada".

Los defensores del sistema actual también convirtieron en un mantra la famosa idea de que "La Ley 100 de 1993 es el logro económico y social más importante de los últimos decenios en Colombia", y con ello creen que ya lo dijeron todo y que hay que dejarlo como está, que no se puede "hacer borrón y cuenta nueva", que no se puede "destruir el gran logro de la Ley 100". Solo les falta mencionar un pequeño detalle: organizar la seguridad social en salud era una corriente que recorría América Latina a finales de los 80' y durante los 90', y era un deber inaplazable, había que superar la escasa cobertura que garantizaba el anterior Instituto de los Seguros Sociales, ISS, eso no daba más esperas. Ese fue el verdadero logro. El logro no fue crear las EPS, fue ampliar la cobertura. Y esa cobertura se habría podido ampliar sin EPS. Organizar la seguridad social en salud, como había que hacerlo, no obligaba a crear intermediarios o EPS (esa era solo una opción). Lo que obligaba era a crear mecanismos de acceso a la atención médica para reducir el riesgo de quiebra financiera para cada ciudadano y sus familias por presentar una enfermedad.

Hay quienes pretenden hacernos creer, entonces, que "lo bueno del sistema de salud de Colombia se debe a la Ley 100 de 1993", como si no hubiera más razones, por ejemplo, una medicina de muy buena calidad y desde mucho tiempo atrás, una medicina que no fue creada por esa Ley. O de que "lo bueno de la Ley 100 son sus EPS", y que "si se desaparecen las EPS, se acaba el sistema". Como si no existieran factores adicionales. Es decir, pretenden convencernos de que si el paciente fue diagnosticado u operado o si le hicieron la diálisis o si

le dieron el medicamento requerido, eso se dio “porque existen los administradores, las EPS”. Como si no existieran los prestadores de servicios de salud, médicos y hospitales, los que efectivamente brindan la atención que demandan los pacientes. Cuando es exactamente al revés: si le negaron todo eso es porque existen las EPS. Si eso no es una falacia, ¿qué es?

Otro mantra que se utiliza permanentemente para defender el actual modelo es que “Colombia tiene uno de los gastos de bolsillo más bajos de la región” (gasto de bolsillo: lo que la gente se gasta en salud de su propio pecunio, además de su gasto en la cotización mensual, y que lo hace “por fuera del sistema”, el examen, el medicamento o la consulta particular, por ejemplo). Pero, si fuera bajo el gasto de bolsillo en salud de los colombianos, ¿por qué las droguerías proliferan por todo el país y mantienen largas filas de gente comprando medicamentos? ¿Por qué crecen o se mantienen en el mercado centros privados de ayudas diagnósticas no contratados por las EPS? Porque hay un gran gasto de bolsillo.

O, peor aún: si el gasto de bolsillo es bajo en Colombia, ¿qué gasto es aquel de pagar los famosos “planes complementarios” y de “medicina prepagada”? ¿No es eso acaso un gasto de bolsillo típico? Y ahí llegamos a un tema que nos genera múltiples y preocupantes preguntas. Si tiene EPS y es buena, y si el sistema es tan bueno, ¿por qué el afiliado tiene también “prepagada”? ¿Por qué tiene planes complementarios? ¿Por qué un millón y medio de colombianos (3.4 % del total de afiliados a las EPS) dicen: “como esas EPS no funcionan toca pagar la Medicina prepagada”, o deciden también comprar el “plan complementario”? ¿Por qué aproximadamente 4,7 millones de personas tienen planes complementarios de salud? Si no fuera por esos planes adicionales, ¿se pensaría lo mismo del sistema de salud? ¿Qué tan bueno es el sistema de salud, entonces? Si “lo mejor del sistema de salud” es la existencia de los planes complementarios o de medicina prepagada, eso significaría que el plan básico de salud es claramente mal diseñado y que no es resolutivo ni oportuno.

Pero algunos colombianos no solo tienen medicina prepagada y planes complementarios de salud. También pagan planes adicionales de atención médica domiciliaria y de traslado asistencial, como EMI (Emergencia Médica Integral), CEM (Coomeva Emergencia Médica) y otras. ¿Cuántas personas pueden hacerlo? Eso es gasto de bolsillo puro y duro, y “hace

mucho mejor el sistema de salud porque resuelve las cosas pronto", es decir, porque mejora la oportunidad, ese sueño dorado de todos los afiliados a los servicios de atención médica en el mundo.

Como se puede apreciar, aplaudir el actual el sistema de salud desde los privilegios de quienes tienen capacidad para mejorar su oportunidad aumentando el gasto de bolsillo no es precisamente el argumento más convincente que se pueda esgrimir.

Nos hablan desde un supuesto tecnicismo que solo oculta poderosas falacias neoliberales, haciendo gala de un poderoso cinismo.

¿Negocios en el sistema de salud en Colombia?

Y si habláramos de "negocios en el sistema de salud", ¿en qué consisten exactamente? Veamos. En el modelo de salud actual hay varios negocios evidentes.

1. ¿Cuál es el negocio de las EPS? Su ideal sería que la gente estuviera sana: cuanto menos enfermos, menos gasto. Por eso, se han quebrado ya más de 170 EPS. Si nadie consultara, sería el negocio ideal: la EPS recibe un ingreso anual por cada afiliado y no se gasta un peso en ninguno porque están sanos todos. Pero, ¿quién va a mantener a la gente sana? Efectivamente, ninguna EPS. Es decir, se trata de un negocio inviable para la mayoría de los inversionistas. Por esa razón, dado que no pueden mantener a los afiliados sanos, las EPS hacen negocios, entonces, con dos estrategias adicionales:
2. a) Crean IPS propias porque el gran negocio está en la prestación. ¿Cuál EPS no tiene su red de IPS propias?
3. b) Hace contención del gasto, con dos métodos: a) Dificulta barreras de acceso, niega o aplaza servicios "para que rinda la plata del sistema", como dijo el analista mencionado, y también "para que rinda la plata de la empresa". b) Terceriza al trabajador, paga mal, precariza la vida del profesional contratado.
   Se trata de negocios, evidentemente no están jugando a las mamacitas ni a las hermanitas de la caridad.

2. ¿Cuál es el negocio de las IPS privadas y de la industria farmacéutica? Su negocio consiste en que la gente esté enferma y/o con miedo, tienen un interés pecuniario en la enfermedad: cuanto más enfermos, más facturas. No hay enfermos, no hay facturación. Una lógica demoledora y perversa que les impuso el modelo neoliberal de atención médica vigente. Por eso crecen, porque el negocio mismo crece puesto que hay mucho enfermo y lo seguirá habiendo (aunque también crecen por inyección de capital nacional o extranjero, conocedor del perfil de morbimortalidad de nuestra población).
   Se trata de negocios, tampoco están jugando a las mamacitas. De hecho, su peor negocio es atenderle afiliados a las EPS que no pagan. Por eso, tienen billones en cartera.

3. ¿Cuál es el negocio de las IPS públicas? Su negocio consiste en que las EPS las contraten. Por eso hay 400 IPS públicas en quiebra en todo el país. Ni reciben financiación suficiente del Estado ni son contratadas por los intermediarios. Están en el peor de los mundos.
4. ¿Cuál es el negocio de los médicos? Los médicos generales se quedaron sin negocio, tienen que vender su fuerza laboral, pero se las compran tercerizadas. Es el camino de la proletarización del médico, ese nuevo cognotariado. Los médicos especialistas venden una fuerza laboral un poco más costosa porque es más calificada, pero también tercerizada, y tienen la opción de hacer buenos negocios si alcanzan la subespecialización, por la exclusividad de sus técnicas. Por eso son el sueño dorado de algunos médicos generales para poder dejar la plebe médica, porque la capacidad resolutiva del médico general ha sido limitada por acciones legales.
   Este es el cuadro que permite explicar por qué han desaparecido 170 EPS y por qué las deudas de la EPS ya liquidadas y de las actuales suman aproximadamente 27 billones de pesos. Por eso se han denunciado más de 70 formas de robo al sistema. Se han quebrado 400 instituciones prestadoras públicas. Y por eso mismo el 80 % de los médicos colombianos están contratados por prestación de servicios. ¿Y todo eso por qué? Por la sencilla razón de que el modelo está diseñado para permitirlo. El modelo hay que cambiarlo de raíz para que no permita más ese tipo de fenómenos. Y si va a permitir negocios, que los ponga donde deben estar.

   ¿Qué tiene de malo que haya negocios en el mundo? Nada. ¿Qué tiene de malo que haya

atención médica y hospitales privados? Nada en absoluto. Pero que haya empresarios haciendo negocios con la salud o con la enfermedad de la gente sí es terriblemente perverso. Y debe ser puesto en su sitio.

Cualquier emprendedor o empresario debería entender que hacer negocios requiere unos principios éticos elementales, y que en cualquier campo puede ponerlos en práctica, siendo ello mucho más difícil en las áreas de salud y de educación, porque estas dos son otro asunto. Deberían hacer negocios con lo que quieran, menos con salud y educación. Eso es todo. Que viva el capitalismo, pero que saque sus manos de los asuntos de la salud y de la educación. ¿Será mucho pedir?

Parece que sí. Los defensores del modelo neoliberal no conciben la vida de un país sin "intermediarios que hagan rendir la plata para que todo funcione". En pensiones, tiene que haber un negociante, las AFP, Administradoras de Fondos de Pensión, y la gente pensionándose con un salario mínimo. En movilidad, tiene que haber un negociante, un intermediario que construya carreteras, y la gente pagando 180 peajes por todo el país. En educación, tiene que haber negociantes, y la gente pagando colegios y universidades de costos inimaginables para poder educar a sus jóvenes. En servicios de energía, tiene que haber un negociante para que la energía se distribuya y todos la tengamos en los hogares, y la gente sufriendo cortes de energía y pagando altas tarifas en todo el país. En salud, tiene que haber un negociante para que la gente esté sana, y se pierden 27 billones, y crecen las quejas y las tutelas, y los médicos y las enfermeras mal pagados, y los hospitales públicos en quiebra. El neoliberalismo nos enseñó que "sin un intermediario las cosas no funcionan" y con intermediarios tampoco.

¿Quién estaría dispuesto a hacer anticipos del Estado a entidades privadas del sector salud para que construyan centros de atención, y atiendan enfermos, de la misma manera en que se les hizo a los empresarios Nule en Bogotá para hacer vías públicas o a "Centros Poblados" para llevar el internet a las escuelas rurales? Si nos indigna sobremanera que se "abudineen" los recursos del Estado en otras áreas, ¿no debería indignarnos aún más en asuntos de salud? Pues de eso se trata. Todos deberíamos estar de acuerdo en que SALUD es tema

aparte y que requiere un manejo especial. Si teniendo semejante desagüe de diseño y de corrupción el país ha podido mantener un sistema de salud en el puesto 39 del ranking internacional, algo muy mediocre entre 94 países, ¿cómo sería ese sistema si se cerrara ese chorro de pérdida?

No podemos seguir dedicados al onanismo intelectual y político que considera al sistema de salud colombiano como el sexto mejor del continente porque la cobertura sea del 99,35 % o porque la plata rinda hasta fin de año. ¿Qué hacemos, por ejemplo, con toda esa corrupción, con las tutelas y con las quejas y con la tercerización laboral?

Tampoco podemos reducir el debate al sesgo neoliberal de que “la corrupción es inherente al Estado”, como si en el sector privado estuviera prohibida y erradicada. La ausencia de la osadía política suficiente para establecer mecanismos que eviten el robo a los recursos del Estado a nivel central y a nivel regional no puede paralizar el análisis. “Los políticos se van a robar la plata en los territorios”, dicen los críticos de la reforma actual, como si hubiera estado muy bien cuidada estos últimos 30 años en manos de los “aseguradores”.

Se afectó la relación médico-paciente

Los médicos están hoy sometidos a criterios de eficiencia y rentabilidad, algo completamente nuevo en la historia de la medicina. Es el neoliberalismo haciendo de las suyas en la práctica médica. Así no fue en la historia y así no tiene que ser en el futuro. Es la afectación más profunda de la relación médico-paciente que se haya podido generar en el devenir de la profesión. Es la fuente de conflictos más grande que se pueda imaginar en esa relación. Claro, se trata de un escenario en el que un personaje le exige al otro los tesoros que guarda, pero este último se los va entregando a cuentagotas o se los niega porque está sometido a múltiples restricciones. ¿Quién crea la relación médico paciente? ¿Solo el médico? ¿Solo el paciente? ¿O la crean los dos? ¿O la crea también un intermediario? En el mundo actual, ambos crean esa relación, pero lo hacen atravesados por intereses que le son ajenos, por terceros.

Cómo sería un sistema de salud en el que la gente fuera directamente a los centros de ayudas diagnósticas, sin pasar por el médico y dijera: “Por favor, me hace una tomografía de cráneo, es que me duele la cabeza”, “Una colonoscopia, es que ayer tuve diarrea”, “Una resonancia, es que juego fútbol y me duele la rodilla”, “Un hemograma y una prueba de tiroides, es que me siento cansado”, “Una endoscopia, es que me duele el estómago cuando como”, “Una biopsia de pulmón, es que soy fumador” … O que fueran a una farmacia y dijeran “Cámbieme este medicamento genérico que no me sirve por aquel de marca, que le sirvió a mi tía”, “Deme este medicamento porque vi en la televisión que es el mejor para el colesterol y para evitar el infarto” … Y que todo ese gasto en exámenes y en medicamentos corriera por cuenta del Estado. ¿Cuánto durarían las finanzas de ese sistema? ¿Y qué tal que los pacientes fueran primero a los administradores de las EPS a hacer todas estas solicitudes?

En un sistema de salud de verdad el médico es el primer y gran racionalizador de todo aquello, es el verdadero regulador, el verdadero agente del paciente y del Estado. ¿Para qué más intermediarios? ¿Por qué el médico no puede hacerlo? ¿Acaso no se preparó para todo eso? A veces se requerirán los exámenes o las intervenciones o ciertos medicamentos, y a veces no. Que haya siempre una razón médica para prescribirla, y ninguna otra razón, es lo fundamental. Pero hay quienes creen que el regulador de todo eso tiene que ser un tercero, la EPS, un intermediario, un atravesado en la relación médico-paciente, y que además debe ser el pagador.

¿Y si al médico se le formara en gestión en el pregrado y en el ejercicio? Si en algo hay que insistir en la formación médica en Colombia o en cualquier otro lugar del mundo es en la capacidad reguladora del médico, en desarrollar en el profesional el mejor criterio clínico para aplicar la mayor pertinencia en sus prescripciones, es decir, la mayor racionalidad y el mayor beneficio posibles para el paciente. El médico debe ser consciente de que con su prescripción está manejando los recursos del Estado, y de que también es el agente del paciente. De que su papel no es el de negar, por criterios de rentabilidad, lo que el paciente requiere, ni de ordenar lo que no se requiere o lo que le signifique un ingreso adicional a él, por medicamentos o por ayudas diagnosticas, de parte de la industria farmacéutica o de la

industria biomédica. Y acometerá esta tarea con mayor entusiasmo si sabe que su regulación contribuye a la sociedad en su conjunto y no a una empresa privada que solo busca mayor retorno a su inversión, sin considerar la humanidad de sus afiliados. Un sistema de salud no puede otorgar a cada afiliado lo que desea o lo que sueña. ¡Qué tal! Pero tampoco puede andar negando o aplazando lo que el paciente requiere. Y esa diferenciación la tiene que hacer el médico. ¿Quién más?

No es tan difícil de entender.

Democracia plena, eso es todo

Hay quienes creen que la salud es el producto de estar tomando medicamentos o el efecto directo de la existencia de médicos y de hospitales. Y así no es, evidentemente. La salud es el producto de un sinnúmero de variables que llamamos “Determinantes”, que son el verdadero foco en el que debe estar concentrado el Estado a la hora de hacer “Reformas de Salud”. Es decir, la sociedad debe organizarse para que la salud sea posible, el Estado debe garantizar que esas condiciones sean las mejores y las más eficientes. Es decir, ¿reforma al Sistema de Salud? Claro, y cuanto antes. Pero recordando las palabras de Rudolf Virchow, el patólogo alemán que en el siglo XIX dijo: “La mejora de la medicina alargará la vida humana, pero la mejora de las condiciones sociales permitirá lograr ese fin más rápido y con mayor éxito… La receta se puede resumir así: democracia plena y sin restricciones”. Tampoco es tan difícil de entender. Colombia debe acometer a la mayor brevedad sus mejores esfuerzos para lograr la Paz Total, para garantizar una renta básica a la población más pobre, para mejorar el ingreso de los campesinos y de los trabajadores, para mejorar el servicio de agua potable a las comunidades, para limpiar el aire de las ciudades, para elevar el nivel educativo de la gente y para garantizar un fácil acceso a los servicios de atención médica, sin las trabas de intermediario alguno. Salud es Democracia plena y sin restricciones.

Una auténtica reforma al sistema de salud debería poner donde corresponde a la industria farmacéutica y biomédica. Ella no es la encargada de la salud pública, ni en Colombia ni en ninguna otra parte. Contundentemente, no. Los inversionistas deberían comprenderlo: hagan

sus negocios, nada lo impide. Pero, ¿por qué en salud? ¿Y por qué en la salud pública? Aléjense de ella, ese no es su tema ni su área, déjenlo eso a los que saben, a los profesionales de la salud. Si el negocio más grande en los servicios de salud en Colombia está en la prestación, ¿qué hacen metidos de "intermediarios", de "aseguradores", de "administradores", de "articuladores"? Sigan con sus negocios en la prestación, hagan hospitales y atiendan enfermos, según las leyes vigentes, pero no se atraviesen más en la relación médico-paciente ni en la relación Estado – Salud pública, ni en la construcción de democracia. Y no hagan más lobby para frenar la Reforma en el Congreso, y que este se encargue de cambiar lo que haya que cambiar y de erradicar para siempre lo que haya que erradicar. Se requiere una reforma que devuelva al Estado su capacidad rectora del sistema de salud, absolutamente eliminada en el modelo actual, una reforma en la que prevalezca el papel rector del Estado.

Referencias

1. Castaño, RA. Goce efectivo del derecho a la salud… ¿De enero a junio? Consultado el 14 de enero de 2023. Disponible en: https://www.ramonabel.com/blog/goce-efectivo-del-derecho-a-la-salud-de-enero-a-junio

2. Londoño, JL y Frenk, J. Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Consultado el 14 de enero de 2023. Disponible en: https://publications.iadb.org/es/publicacion/13652/pluralismo-estructurado-hacia-un-modelo-innovador-para-la-reforma-de-los-sistemas

3. Lalonde, M. New perspective on the health of Canadians: 28 years later. Consultado el 14 de enero de 2023. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/8528/12867.pdf?sequence=1&isAllowed=y

John Jairo Bohórquez Carrillo. Médico, Magíster en Administración en Salud. Twitter: @Johnbo100

Foto tomada de: Semana.com