



## Reflection Paper

# La ficción de los servicios de salud

## The fiction of health Services

Oscar Echeverry

Senior Public Health Specialist (r), Banco Mundial.

Echeverry O, *The fiction of health Services*. *Colombia Medica*, 2012; 43(2):185-8

### Article history:

Received 13 april 2011

Received in revised form 15 July 2011

Accepted 3 november 2011

Available online 1 june 2012

### Key words:

Health services, Medical Services, Health Protection Service, Health Promotion Services, Preventive Medicine Services.

### Palabras clave:

Servicios de salud, servicios médicos, Servicios de Protección de la Salud, Servicios de Promoción de la salud, Servicios de Medicina Preventiva.

### Resumen

Lo que hoy conocemos como servicios de salud es una ficción creada, talvez involuntariamente, con hondos repercusiones, más negativas que positivas para la salud. Hace unos 24 siglos, Esculapio dios de la medicina e Hygeia diosa de la higiene y la salud generaron una dicotomía entre enfermedad y salud que se mantiene hasta hoy. La substitución de los servicios de salud con servicios médicos comenzó confusamente a fines del siglo XIX. Pero fue en 1948 cuando el llamado Servicio Nacional de Salud inglés marcó un hito en el mundo y su modelo fue adoptado por muchos países, tergiversando el sentido de los verdaderos servicios de salud. Las consecuencias de esta ficción han sido nefastas. Es necesario llamar las cosas por su nombre para no engañar a la sociedad y corregir el grave desequilibrio entre los servicios de salud y los servicios médicos. Hygeia y Esculapio deben hermanarse.

### Abstract

What we know today as Health Services is a fiction, perhaps shaped involuntarily, but with deep health repercussions, more negative than positive. About 24 centuries ago, Asclepius god of medicine and Hygeia goddess of hygiene and health, generated a dichotomy between disease and health that remains until today. The confusing substitution of Health Services with Medical Services began by the end of the XIX century. But it was in 1948 when the so called English National Health Service became a landmark in the world and its model was adopted by many countries, having distorted the true meaning of Health Services. The consequences of this fiction have been ominous. It is necessary to call things by its name not to deceive society and to correct the serious imbalance between Medical Services and Health Services. Hygeia and Asclepius must become a brotherhood.

## Introducción

Lo que hoy conocemos como servicios de salud es una ficción creada, talvez involuntariamente, pero que ha tenido hondos repercusiones, más negativas que positivas para la salud. El concepto de salud ha sido tan estudiado que por ahora quedémonos con aquel que cada cual sienta como el más apropiado, pues su complejidad no permite intentar aquí un análisis juicioso que pueda agregar claridad al tema central que se presenta en este ensayo. Sí vale la pena decir que desde Esculapio, dios de la medicina y su hija Hygeia diosa de la higiene y la salud, se estableció una dicotomía en la forma de pensar sobre la enfermedad y la salud que ha

permanecido a lo largo de 24 siglos<sup>1</sup>. Al principio, Esculapio fue venerado por su capacidad de alejar la enfermedad y restaurar la salud, mientras que Hygeia se fue desvaneciendo en medio de sus enseñanzas sobre cómo conservar y mantener la salud, mediante las prácticas de higiene y el acatamiento de las leyes naturales. Sólo después de unos 18 siglos, cuando Esculapio no pudo contener las pestes cada vez más frecuentes en el mundo, resurgió Hygeia demostrando que era capaz de controlar las epidemias, dándole gran prestigio a la salud pública. Al mismo tiempo comenzó a propagarse una idea confusa que consistía en llamar servicios de salud a la atención de pacientes, organizada predominantemente por compañías de seguros y por el Estado\*. Valiéndose de los frutos y el prestigio logrados por Hygeia en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, Esculapio comenzó a llamar servicios de salud a sus servicios médicos.

### Corresponding Author :

E-mail Address : [oecheverry@emcali.net.co](mailto:oecheverry@emcali.net.co)

\*(Sólo algunas organizaciones de la sociedad civil en Europa crearon “fondos de enfermedad” para financiar la atención médica de sus socios)

## La ficción

El acontecimiento que marcó el hito decisivo sobre esta ficción ocurrió en 1942, cuando William Beveridge presentó al Parlamento Inglés el Plan de Seguridad Social y Servicios Aliados, el cual incluyó el Servicio de Salud Inglés en el punto XI descrito así: “El tratamiento médico que cubra todos los requerimientos será suministrado a todos los ciudadanos por un Servicio Nacional de Salud organizado en departamentos de salud...”<sup>2</sup>. Sólo en 1946 el Parlamento Inglés aprobó el primer Servicio Nacional de Salud y comenzó su organización y operación en 1948, basado en tres principios centrales referidos al individuo y no a la población general: “1) satisfacer las necesidades de cada persona; 2) basado en la necesidad clínica, no en la capacidad de pago y 3) ser gratuito en el punto de entrada”<sup>3</sup>. Para ello dispuso una estructura tripartita basada en hospitales; médicos familiares, dentistas, optómetras y farmaceutas; y clínicas comunitarias para suministrar inmunizaciones, cuidado materno y servicios médicos a escolares. Es decir, el sistema se limitó a apoyar la práctica de la medicina individual, a curar, controlar, paliar y en algunos casos a evitar la enfermedad. Para Beveridge, un argumento fundamental - en tiempos de guerra- fue disipar en el ciudadano el miedo a enfermarse, al remover las barreras financieras que le impedían el acceso al cuidado médico y hospitalario.

La misma Asociación Británica de Medicina -BMA- había formulado su propio Plan Nacional de Seguro Médico en 1938, más como un mecanismo para proteger a los MD de los pacientes sin capacidad de pagar, que para asegurar a estos contra los altos costos del cuidado médico<sup>4</sup>.

Los planes de servicios médicos propuestos relegaron al olvido los servicios de salud, a tal punto que, en 1945, un médico inglés criticó duramente el esquema planteado por el gobierno advirtiendo el privilegio de Esculapio sobre Hygeia: “Mucho se ha oído de las reacciones profesionales de los médicos al esquema, por su estatus financiero incluido; pero muy poco se ha publicado para mostrar los defectos fundamentales del esquema que legisla solo para la enfermedad y falla en iniciar una política de salud creativa”<sup>5</sup>.

Muchos países en el mundo siguieron un patrón similar al de Inglaterra bajo la responsabilidad de los Ministerios de Salud (antes Ministerios de Higiene) o dependencia similar del gobierno nacional, creando así uno de los espejismos más engañosos sobre la salud: La ilusión de que paliando, tratando, cuidando y algunas veces curando la enfermedad empleando una organización de corte industrial, se podría mejorar la salud de la población.

Lo que llamamos servicios de salud no son más que servicios médicos dedicados a la atención de la enfermedad -ni siquiera a quienes las padecen - ignorando la protección y promoción de la salud y en gran parte la prevención de la enfermedad. La medicina ha sido usada por el gran capital para armar complejos industriales con ánimo de lucro que ofrecen el consumo de servicios de laboratorio, diagnóstico, y tratamientos ambulatorios y hospitalizados. El uso de tecnologías cada vez más sofisticadas y costosas conduce

a su concentración en centros de diagnóstico, clínicas y hospitales, restringiendo el acceso a un gran segmento de la población y constriñendo la ancestral práctica del médico ejercida en su consultorio<sup>6-7</sup>.

En esta organización, los pacientes dejan de serlo para convertirse en clientes, usuarios o simplemente consumidores sometidos a dos nuevos riesgos: Iatrogenia clínica, cuando el paciente-usuario-consumidor -PUC- sufre complicaciones, secuelas o muerte a causa de los servicios recibidos. Iatrogenia social, cuando la gente es sometida al poder médico mediante certificados médicos de salud, aptitud, incapacidad, convalecencia, etc., y se vuelve dependiente de las visitas médicas periódicas y de prescripciones de medicamentos para “reducir riesgos” en personas sanas, o para adoptar ciertos estilos de vida. Todo esto apoyado por el poder industrial de los llamados servicios de salud que presionan por la medicación de la vida cotidiana, creando un inmenso mercado de fármacos no siempre inofensivos. Probablemente, en el mediano plazo toda la población que accede a estos servicios médicos estará tomando diariamente medicinas curativas, paliativas, “preventivas”, estéticas, o modificadoras del estilo de vida. La medicación de la vida cotidiana parece inexorable. Esculapio es sometido por el gran capital e Hygeia vuelve a desvanecerse.

Ya en 1974, Mark Lalonde en su famoso informe sobre la salud de los canadienses analizó el hecho de que los llamados servicios de salud son servicios personales médicos, no necesariamente los más efectivos, dejando por fuera múltiples intervenciones en el campo de la salud que producen mucha más salud que lo que puede hacer la medicina .

La contribución de estos mal llamados servicios de salud a reducir los riesgos de morir por distintas causas y lo que gastan en esa reducción, llega a ser un despilfarro tal, que debe ser motivo de divulgación exhaustiva en la población. En USA por ejemplo: Para reducir un 11% de la mortalidad por todas las causas atendidas por los llamados servicios de salud se gasta el 91% del total de los recursos asignados al sector salud, mientras que para reducir el 19% de las muertes por causas ambientales se gasta el 1.5 %, para reducir el 27% de las causas biológicas se gasta el 7% y para reducir el 43% de las muertes por causas del estilo de vida se gasta apenas el 1.2%<sup>9-10-11</sup>.

Algunos afirman que los llamados seguros de salud y de incapacidad no aseguran la salud del cliente sino su bolsillo contra depredaciones del sistema médico y la reducción de su ingreso por incapacidad para trabajar<sup>12</sup>. El mismo Beveridge era muy crítico de las ganancias enormes de los llamados seguros de salud y argumentaba que “los intereses comerciales no deberían estar asociados con la administración del estado social de bienestar”<sup>13</sup>.

La confusión con los mal llamados servicios de salud es tal que en publicaciones del más alto prestigio científico no se hace distinción con los servicios médicos, y peor aún se cometen errores tan garrafales como hablar de salud preventiva y servicios de salud preventiva (una total incoherencia) en vez de medicina preventiva y servicios de medicina preventiva. Ejemplo: “Education plays a role in people’s attitudes about preventive health, as well as their expectations of health standards”<sup>14</sup>.

## Los verdaderos servicios de salud

Las intervenciones que protegen y promueven la salud, así como aquellas que previenen que ocurra la enfermedad son los verdaderos servicios de salud. Por tanto, podemos llamar servicios de salud a los servicios descritos en la tabla 1.

Los verdaderos servicios de salud son prestados por diferentes organizaciones del Estado y no sólo por el denominado “sector salud”.

Específicamente, los servicios de protección de la salud, como el suministro de agua potable, la disposición adecuada de desechos y el control de agentes tóxicos y radiaciones, son servicios que, en el caso de los dos primeros, han llegado a convertirse en grandes empresas públicas y, recientemente, en empresas privadas. No por esto dejan de estar entre los servicios de salud más importantes que el Estado suministra a toda la población.

Igualmente, buena parte de los servicios de promoción de la salud no son suministrados directamente por lo que se denomina “el sector salud”. Este sólo fomenta y promueve precariamente actividades que modifican el comportamiento y trata débilmente de influir en planes y programas de otros sectores que posibilitan estilos de vida saludables.

El gran desafío que representan los verdaderos servicios de salud para el actual “sector salud”, consiste en reformar de manera radical la organización del Ministerio y las secretarías de salud (hoy secretarías predominantemente de servicios médicos).

---

### SERVICIOS DE PROTECCIÓN DE LA SALUD

- Suministro de agua potable
- Control y consumo seguro de alimentos y medicamentos
- Disposición apropiada de desechos
- Fluoración e higiene bucal
- Control de agentes tóxicos y radiaciones
- Seguridad ocupacional
- Prevención de accidentes
- Vigilancia y control de enfermedades infecciosas (i.e., ITS)

### SERVICIOS INDIVIDUALES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Fomento de actividad física y ejercicio
- Fomento de nutrición apropiada
- Fomento de la higiene personal y de la vivienda
- Fomento del respeto por los demás

### SERVICIOS COLECTIVOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Abogacía y Políticas Públicas
  - Control del uso de tabaco, alcohol y otras drogas
  - Provisión de vivienda digna e higiénica
  - Estándares de Desarrollo Urbano
    - Zonas verdes - parques - campos de deporte
    - Andenes y zonas peatonales
    - Ciclo vías
- Desarrollo de Capital social
  - Organización de la comunidad
  - Cultura Ciudadana - Respeto

### SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA

- Planificación familiar
  - Control del embarazo, parto y puerperio
  - Crecimiento y desarrollo
  - Inmunizaciones
  - Prevención del embarazo en adolescentes
  - Tamizaje y seguimiento de casos
- 

**Tabla 1.** Servicios de Salud

Esta reforma debe garantizar la formación de alianzas sectoriales, creación de capacidad para promover y fomentar la organización de las comunidades y fortalecer las funciones de rectoría, abogacía y análisis de políticas públicas, que sean necesarias para asegurar el suministro de los verdaderos servicios de salud, independientemente de la institución pública o privada que los suministra.

Al mimetizar los servicios médicos bajo el nombre de servicios de salud, se engaña a la sociedad que necesita con altísima urgencia verdaderos servicios de salud como los arriba enunciados y que generalmente se denominan bajo el nombre genérico de salud pública. Son los verdaderos servicios de salud los que han contribuido de manera preponderante al mejoramiento de la salud en el mundo<sup>15</sup>.

## Consecuencias

La importancia de llamar las cosas por su nombre es enorme. Veamos el caso de Colombia que mercantilizó la medicina: privatizó los servicios médicos mediante un sistema de aseguramiento pagado por los empleadores, los empleados, los independientes y por el Gobierno en el caso de la población pobre. Se crearon unos intermediarios privados denominados incorrectamente Empresas Promotoras de Salud –EPS- que no son más que aseguradoras con ánimo de lucro que en nada protegen ni promueven la salud de la población. Su poder ha crecido hasta dominar todo el sistema de provisión de servicios médicos, constriñendo la autonomía de la práctica médica, la libertad de elección del paciente y limitándole los beneficios autorizados por ley. Además el Gobierno les permitió recuperar los copagos y cuotas moderadoras dizque para que hagan “promoción y prevención”, algo que no saben hacer y cuando lo hacen, es una pantomima vergonzosa de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud. Tal sistema de servicios médicos ha sido enormemente costoso para todos, altamente ineficiente y de contera proletarizó la profesión médica. Sin embargo, las asociaciones médicas siguen distantes pensando en el beneficio individual, mientras el “sistema” somete al médico a un trato de operario y convierte al paciente en un consumidor desprotegido y pasivo.

Otro impacto muy negativo de los mal llamados servicios de salud fue la conversión de las Secretarías de Higiene en Secretarías llamadas de Salud, que dedican el 80% de su esfuerzo a conseguir los fondos para garantizar el aseguramiento médico de los más pobres. Mientras tanto, los fondos para controlar, reducir o eliminar problemas de salud prioritarios, como los inaceptables brotes epidémicos de dengue, la epidemia de obesidad, la propagación del VIH/SIDA, el incremento de casos nuevos de tuberculosis y de sífilis, entre otros, sólo alcanzan al 4% del total de presupuesto nacional de salud<sup>16</sup>. Además, la organización de esas secretarías es una muestra de la incoherencia entre su verdadero objeto y funciones, y de la ineficiencia en las acciones que terminan haciendo por tratar de garantizar los seguros médicos impuestos por el sistema.

Finalmente, vale advertir que no se pretende estar en contra de los servicios médicos, sino de que se mienta con ellos al disfrazarlos de servicios de salud. Además, la forma actual de financiarlos en el caso colombiano, no parece ser la más equitativa ni la más eficiente. Una alternativa que sí parece más equitativa y eficiente es el financiamiento de servicios médicos con impuestos o convertir

las EPS en organizaciones sin ánimo de lucro. Al mismo tiempo, los verdaderos servicios de salud deben recibir toda la importancia por parte del Estado, mediante apropiaciones adecuadas del presupuesto público para su funcionamiento eficiente y efectivo. La Universidad, por su parte, debe investigar sobre los verdaderos servicios de salud y formar profesionales para analizar políticas públicas y hacer abogacía que garanticen el suministro equitativo, eficiente y efectivo de los servicios de salud a la población. En fin, si en realidad se quiere mejorar la salud de la población, es necesario reivindicar a Hygeia y Hermanarla con Esculapio.

## Referencias

- 1 Graves R. Greek Myths. 2nd ed. New York: Penguin books; 1992
- 2 Social Insurance and Allied Services. Report by Sir William Beveridge. Published by His Majesty's Stationery Office; 1942. p.11
- 3 "The NHS in England - About the NHS - NHS core principles". Nhs.uk. 2009-03-23. <http://www.nhs.uk/NHSEngland/aboutnhs/Pages/NHSCorePrinciples.aspx>.
- 4 Forsyth G. Doctors and the State Medicine. A Study of the British health Service. New York: J.B. Lippincott Co.; 1966.p.15.
- 5 Abbott CC. "Don't be doped: An exposure of state medical tyranny". British Library of Political & Economic Sciences. Pamphlet Collection N°P184780; 1945. p.3.
- 6 Ehrenreich B, Ehrenreich J. The American health empire: Power, profits and politics. New York. Vintage books; 1971
- 7 Bulger R. Technology, bureaucracy, and healing in America. Iowa City. University of Iowa Press; 1988. p. 63-93.

- 8 Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. A working document. Ottawa. Canada; April, 1974.
- 9 Dever A. Community Health Analysis. Global awareness at the local level. 2nd ed. New York: Aspen Publishers; 1991. p.37.
- 10 Iestra JA, Kromhout D, Van der Schouw YT, Grobbee DE, Bos-huizen HC, van Staveren WA. Effect Size Estimates of Lifestyle and Dietary Changes on All-Cause Mortality in Coronary Artery Disease Patients : A Systematic Review. Circulation. 2005; 112:924-934
- 11 Nechuta SJ, Shu XO, Li HL, Yang G, Xiang YB, Cai H, et al. Combined impact of lifestyle-related factors on total and cause-specific mortality among Chinese women: prospective cohort study. PLoS Med. 2010; Sep 14;7(9). pii: e1000339.
- 12 Deaton A. What does the empirical evidence tell us about the injustice of health inequalities? New Jersey: Center for Health and Wellbeing, Princeton University; January, 2011.
- 13 Whiteside N. Private Provision and Public Welfare: Health Insurance between the Wars. En Gladstone D. (Ed): Before Beveridge: Welfare before the Welfare State. Civitas. Choice in Welfare No. 47. London: The Cromwell Press; 1999. p.34.
- 14 Graham C. Happiness and Health: Lessons—and Questions—for Public Policy. Health Affairs. 2008; 173: 72-86.
- 15 McKewon T. The role of medicine. Dream, mirage or nemesis? New Jersey: Princeton University Press; 1979
- 16 Ministerio de la Protección Social: Recursos para la salud 2009. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2010.