

# La quimera de los servicios de salud

## *The chimera of health services*

Oscar Echeverri Cardona

Profesor Asociado (Retirado), Consultor del Banco Mundial; Escuela de Medicina, Universidad del Valle, Cali, Colombia

Acceda a este artículo en siicsalud

Código Respuesta Rápida  
(Quick Response Code, QR)



[www.siicsalud.com/dato/arsic.php/126273](http://www.siicsalud.com/dato/arsic.php/126273)

Recepción: 25/2/2013 - Aprobación: 26/3/2013  
Segunda edición, corregida y ampliada: 30/1/2014

Enviar correspondencia a: Oscar Echeverri Cardona, Escuela de Medicina, Universidad del Valle, Cali, Colombia  
oecheverri@emcali.net.co

Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales del autor.

### Abstract

*In the mid-19th century a mystifying idea began to circulate that consisted in giving the name of health services to the medical care of patients organized predominantly by insurance agencies and the State. Something similar happened with the ministries of hygiene and public health that were created at the beginning of the 20th century; in the 1940's their names were changed to health ministries, apparently to provide health services to protect and maintain the health of the population. Regrettably, this was not what happened, because they became ministries to take care mainly of disease and its consequences, relegating the promotion, protection and maintenance of health to their minimum expression. This paper analyzes how this change happened unnoticed by a deceived population, with ominous sequels, such as a rise in iatrogenesis. It is necessary to call things by their name in order not to deceive society and to correct the serious imbalance between medical services and health services. A summarized reference is made to true health services and certain implications for medicine and medical education are mentioned.*

**Key words:** medical services, health services, medical insurance, health protection services, health promotion services, preventive medicine services, medical education

### Resumen

Desde la mitad del siglo XIX 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. Algo parecido ocurrió con los ministerios de higiene y salud pública que nacieron a principios del siglo XX, a los cuales en los años 40 les cambiaron de nombre, llamándolos Ministerios de Salud, aparentemente para proveer servicios destinados a proteger y mantener la salud de los habitantes de la nación. Lamentablemente, esto no fue lo que ocurrió, pues se convirtieron en ministerios para atender principalmente la enfermedad y sus consecuencias, relegando a su mínima expresión la promoción, la protección y el mantenimiento de la salud. Este ensayo analiza cómo ocurrió dicho cambio sin que la población se percatara de la falacia que esto representaba y las nefastas secuelas que ha ocasionado, como la iatrogenesis. 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. Se hace referencia a los verdaderos servicios de salud y se mencionan algunas repercusiones en la práctica médica y la educación médica.

**Palabras clave:** servicios médicos, servicios de salud, seguros médicos, servicios de protección de la salud, servicios de promoción de la salud, servicios de medicina preventiva, educación médica

### Introducción

A principios del siglo XX, la mayoría de los países tenían ministerios de guerra. Poco antes de la creación de las Naciones Unidas fueron cambiando a ministerios de defensa, pues su objetivo, más que hacer la guerra, se convirtió supuestamente en defender la nación y proteger sus intereses. Algo parecido ocurrió con los ministerios de higiene y salud pública, los cuales fueron transformándose en ministerios de salud, aparentemente para proteger y mantener la salud de los habitantes de la nación. Lamentablemente, esto no fue lo que ocurrió, pues se convirtieron en ministerios para atender principalmente la enfermedad y sus consecuencias, relegando a su mínima expresión la promoción, la protección y el mantenimiento de la salud. Este ensayo analiza cómo ocurrió dicho cambio sin que la población se percatara de la falacia que esto representaba, y las nefastas secuelas que ha ocasionado durante algo más de 60 años.

### Un poco de historia

Desde la antigüedad, la salud y la enfermedad han sido interpretadas de manera diversa y sus definiciones han sido igualmente abundantes. Esta diversidad indica que los conceptos de salud y enfermedad son complejos y pluridisciplinarios y, por tanto, no trataré de hacer más interpretaciones de ellos para evitar un debate que no es

necesario frente al asunto que aquí se presenta. Sólo resaltaré el hecho de que, desde la civilización griega, la dicotomía de enfermedad y salud fue personificada en dos deidades: Esculapio e Hygeia.<sup>1</sup> Esta dicotomía ha persistido en el pensamiento occidental a lo largo de 24 siglos. Esculapio –padre de Hygeia–, bajo la influencia de su padre Apolo y de su preceptor Chirón, aprendió los secretos de la sanación llegando hasta revivir muertos, generando una inmensa fama más allá de los confines griegos, pero provocando con ello la ira de su abuelo Zeus, quien decidió matarlo con uno de sus poderosos rayos. Mientras tanto, su hija Hygeia difundía su sabiduría para que la gente aprendiera a proteger, conservar y mantener la salud, mediante prácticas que tomaron su nombre (higiene) y la observancia de las leyes naturales. Sin embargo, el poder y la fama de su padre fueron opacando la valiosa tarea de Hygeia, justamente cuando el hacinamiento producto del aumento de la población, la extrema pobreza y la organización feudal precipitaron la proliferación de enfermedades y epidemias. Estas enfermedades colectivas condujeron al deterioro de la salud en toda Europa entre los siglos XIII y XVIII. En esa época, un número creciente de médicos y científicos sociales fue confirmando que el origen de la enfermedad estaba en la pobreza, la falta de higiene, la desnutrición, la ignorancia, los malos hábitos y la injusticia. Con esta visión, las intervenciones

para controlar la enfermedad y las epidemias no podrían limitarse al tratamiento individual de perturbaciones fisiopatológicas. Fue entonces, en 1848, cuando Rudolf Virchow en su histórico "Informe sobre la epidemia de tifo en Alta Silesia" afirmó que "los determinantes sociales de la salud y la enfermedad son asuntos políticos". Virchow estaba seguro de que la medicina clínica por sí sola no podía resolver los problemas de salud de la población; era necesario dar a la medicina un enfoque social para lograr un impacto efectivo en la salud de la gente y por eso dijo su famosa frase "la medicina es una ciencia social y la política no es más que la medicina en gran escala".<sup>2</sup>

Las ideas de Virchow y de otros médicos de la época fueron la base para crear un movimiento con el fin de reformar la medicina haciendo énfasis en epidemiología, prevención y medicina social en vez de medicina clínica; el movimiento demandaba reformas sanitarias y legislación que apoyara transformaciones sociales que contribuyeran a mejorar la salud de toda la población. La victoria de la reacción política en Europa después de 1848 ahogó el movimiento y dio paso por primera vez a un esquema de aseguramiento de servicios médicos, dedicado a tratar individualmente las enfermedades. De aquí surgen los primeros sistemas de servicios médicos que relegaron el enfoque social de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.<sup>3</sup> Tales sistemas –que después comenzaron a llamarse falazmente servicios de salud– no pudieron frenar las epidemias y el aumento de enfermedades endémicas producto del hacinamiento, la revolución industrial, la pobreza, la falta de higiene, la desnutrición, la ignorancia, los malos hábitos, la injusticia y la ineficacia de la medicina. Es decir, Esculapio no pudo contener la enfermedad y las pestes cada vez más frecuentes en el mundo, a pesar de que el Estado o las compañías privadas comenzaran a ofrecer infructuosamente atención médica mediante sistemas de aseguramiento. La medicina, necesaria como es, actúa después de que el daño está hecho y sólo puede actuar en una persona a la vez. Fue por eso que 18 siglos después de su confinamiento, Hygeia resurgió con su inmensa sabiduría capaz de controlar las epidemias y las enfermedades endémicas: sus seguidores lograron convencer al Estado de que el origen de la enfermedad estaba en las condiciones sociales desventajosas de amplios segmentos de la población. Además, a diferencia de la medicina, el cuidado público de la salud actúa para mantener la salud de todos (La traducción literal del término alemán *Die öffentliche Gesundheitspflege* sería cuidado público de la salud, usado en la ley propuesta por Salomón Neumann en 1849 a la Sociedad Berlinesa de médicos y cirujanos. Se tradujo al español como salud pública y así se siguió usando). Por tanto, el Estado debía asumir la responsabilidad por modificar esas condiciones antes y durante el momento en que la enfermedad sucediera. La salud (la de Hygeia) entonces, pasa a ser función del Estado y por eso su nombre: cuidado público de la salud, denominado hoy salud pública. La salud pública había nacido de las entrañas de Hygeia. ¡Hygeia había prevalecido sobre Esculapio!

Fue sobre todo el avance de la bacteriología lo que cambió la práctica de la medicina y dio inmensa fama a la naciente salud pública. La obsesión por encontrar el germen patógeno o el mecanismo causal de la enfermedad condujo a la aparición de intervenciones drásticamente efectivas, tanto en el individuo como en la población (filtración del agua, vacunas, pasteurización de la leche, antibióticos, etc.), convirtiendo la primera mitad del siglo XX

en la época de oro de la salud pública. Con el progreso de la bacteriología, la salud pública en general fue adoptando el modelo médico de la etiología de la enfermedad. En este modelo, las condiciones sociales pueden incrementar la susceptibilidad o exacerbar la enfermedad pero no son las causas primeras como lo son los agentes microbianos, los trastornos fisiológicos, congénitos o genéticos. La reciente investigación de los determinantes sociales recobra la idea de Virchow y algunos colegas de su época que afirmaron que la enfermedad era producto de la pobreza, la falta de higiene, la desnutrición, la ignorancia, los malos hábitos, y la injusticia.

Hoy, la medicina puede mostrar éxitos o fracasos en días o meses, mientras que un año es un instante para actuar en salud pública; Esculapio actúa después del daño y salva una persona cada vez que puede, mientras que Hygeia actúa antes y durante y salva muchas siempre, además de proteger, mantener y conservar la salud.

### La quimera

Una reflexión preliminar: el descuido en la definición de conceptos puede causar interpretaciones equivocadas y, en ocasiones, inducir ideas confusas y comportamientos incorrectos en la vida cotidiana, o relegar un argumento simplemente al olvido. Por eso, no hay que considerar la precisión en las definiciones como simplemente un ejercicio semántico ni mucho menos como una demostración pedante de erudición. La claridad conceptual garantiza la pertinencia y el análisis objetivo del asunto que se propone desarrollar.

Al tiempo que surgía la salud pública en el siglo XIX, 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. Inglaterra estableció en 1911 el seguro médico nacional para los trabajadores de bajos ingresos (excluía a su familia) y solo cubría servicios médicos y algunos medicamentos. Luego, la Asociación Británica de Medicina formuló su propio Plan Nacional de Seguro Médico en 1938, más como un mecanismo para proteger a los médicos de los pacientes sin capacidad de pagar que para asegurar a estos contra los altos costos del cuidado médico.<sup>4</sup> Estos seguros médicos comenzaron a llamarse, incorrectamente, servicios de salud (Algunas organizaciones de la sociedad civil en Europa crearon fondos de enfermedad desde el siglo XIX para financiar la atención médica de sus socios. Hasta hoy persisten las cajas de enfermedad y no de salud, como en el caso de Alemania, pionera en el aseguramiento obligatorio de servicios médicos). Nada tenían para brindar en promoción de la salud ni en prevención de la enfermedad, excepto vacunaciones en algunos casos.

Las dificultades económicas surgidas de la segunda guerra mundial y la angustia de la población empobrecida de enfermar en medio de la crisis, presionaron al gobierno inglés a pensar en un sistema estatal de servicios médicos en vez de pensar en un sistema de servicios de salud que previniera la enfermedad y promoviera la salud en sus habitantes. Más que pensar en la salud de la población, la preocupación era tratar la enfermedad, que producía gran ansiedad en la gente y debilitaba la productividad laboral en tiempos de guerra y de posgue-

rra. Entonces, William Beveridge presentó al Parlamento Inglés en 1942 el Plan de Seguridad Social y Servicios Aliados, incluyendo 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>5</sup> Es clara la incongruencia de un servicio de salud que sólo ofrece tratamiento médico. Más aún, se organizó un servicio nacional para garantizar que el Estado asumiera el financiamiento de esos servicios médicos a través de impuestos. El ciudadano inglés difícilmente distinguiría si realmente el Estado había creado un servicio nacional para promover y proteger la salud y prevenir la enfermedad o para sufragar gastos de atención médica. De todas maneras, 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>6</sup> Para cumplir estos principios, el gobierno utilizó hospitales y contrató médicos, dentistas, optómetras y farmacéuticos; como complemento, instauró 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 curativa y, en algunos casos, a ofrecer algunos servicios de medicina preventiva.

Este camuflaje de servicios médicos como servicios de salud fue criticado por un segmento de la profesión médica inglesa: 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 sólo para la enfermedad y falla en iniciar una política de salud creativa.<sup>7</sup>

La creación del mal llamado Servicio Nacional de Salud inglés fue un hito en la historia del mundo capitalista, despertando admiración de muchos países en todo el mundo. Algunos siguieron el ejemplo y cambiaron sus ministerios de higiene o agencias de gobierno similares, adoptando el modelo medicalizado inglés, creando la quimera más engañosa sobre la salud: la ilusión de que se podría mejorar la salud de la población paliando, tratando, cuidando y algunas veces curando la enfermedad, recortando la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Los mal llamados servicios de salud no son más que servicios médicos dedicados a la atención de la enfermedad más que a quienes las padecen y poco o nada tienen que ver con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en la población. En más de 6 décadas de instalada la quimera, los problemas que han surgido con los mal llamados servicios de salud merecen un análisis ecuánime y decisivo. Veamos algunas evidencias.

### Problemas que enfrentan los mal llamados servicios de salud

El gran capital aprovechó el camuflaje de los servicios médicos con el nombre de servicios de salud para armar complejos industriales con ánimo de lucro que promueven el consumo de servicios de laboratorio, diagnóstico, tratamientos ambulatorios y hospitalizados. Estos complejos industriales agrupan en centros de diagnóstico, clínicas y hospitales desde tecnologías médicas sencillas hasta las más sofisticadas, limitando el acceso por barre-

ras de distancia, cultura y costo a un gran segmento de la población y constriñendo la ancestral práctica del médico ejercida en su consultorio.<sup>8</sup> Además, dichos complejos industriales ignoran el hecho de que el 60% de los problemas que traen sus clientes no pueden etiquetarse como enfermedades; son problemas, preocupaciones, síntomas y condiciones misceláneas, incluyendo una variedad amplia de problemas sociales y psicológicos, que poco saben manejar los médicos sin recurrir a medicamentos innecesarios.<sup>9</sup>

Los sistemas mal llamados de salud financiados por el Estado han permanecido en crisis financieras recurrentes que obligan a reformas igualmente recurrentes infructuosas. Las principales causas son el alto costo de tecnologías médicas y medicamentos nuevos no siempre efectivos, así como la creciente demanda de intervenciones médicas complejas y el elevado costo del tipo y del volumen de cuidado médico (más paliativo que restaurativo) para la población de edad avanzada, cada vez más numerosa. Los seguros privados se protegen seleccionando usuarios jóvenes, sanos y con ingresos estables, dejando a los pobres por fuera del sistema para que el Estado los cubra. 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 contra la reducción de su ingreso causada por incapacidad para trabajar.<sup>10</sup> El mismo Beveridge era muy crítico de las ganancias enormes de los mal llamados seguros de salud y argumentaba que "los intereses comerciales no deberían estar asociados con la administración del estado social de bienestar".<sup>11</sup> En una palabra, los mal llamados servicios de salud actuales son poco rentables, notablemente inequitativos y convirtieron la atención médica en una mercancía, como las papas o los zapatos.<sup>12</sup>

En 1974, el famoso informe sobre la salud de los canadienses (presentado por Mark Lalonde) advirtió 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.<sup>13</sup>

La información sobre qué tan efectivos son los mal llamados servicios de salud es escasa. Lo que sí es claro es que tienden a usar los tratamientos médicos y quirúrgicos más costosos, aun sin rigurosos estudios sobre su eficacia o su impacto.<sup>14</sup> Hace unos 40 años, Kerr White, uno de los más brillantes investigadores del cuidado médico, estimó que sólo el 20% de los procedimientos médicos (clínicos y quirúrgicos) están respaldados en ensayos terapéuticos que demuestran que son más benéficos que dañinos; que el 20% al 40% de los efectos terapéuticos están asociados con el efecto placebo o el efecto Hawthorne y que del 40% al 70% restante no se conoce la naturaleza de los beneficios.<sup>15</sup> Hoy podemos decir que los avances de los últimos 30 años en técnicas de diagnóstico han mejorado las probabilidades de diagnosticar el problema, pero no siempre han significado diagnósticos más precisos ni tratamientos más efectivos. Varios estudios muestran que entre el 25% y el 40% de las autopsias revelan que el paciente murió de causas no diagnosticadas.<sup>16</sup> Tal vez la devoción casi totémica por mucho cuidado médico ha aumentado drásticamente pero con poco valor demostrado.

En cuanto a la eficiencia y la competitividad, Michel Porter condensó en 10 puntos las más duras críticas al mal llamado sistema de salud estadounidense: la con-

cepción errada del cuidado mismo de la salud; la mentalidad mercantilista; el objetivo erróneo en un horizonte erróneo de tiempo; el mercado geográfico errado; la estructura errada del suministro de cuidado (médico); la estructura errada industrial; la información equivocada; las actitudes y motivaciones erradas de los pacientes, y los incentivos errados para los proveedores.<sup>17</sup> Estas diez críticas al sistema médico norteamericano pueden aplicarse a un buen número de los sistemas médicos en el mundo, hoy mal llamados servicios de salud.

La contribución a reducir los riesgos de morir por distintas causas de estos mal llamados servicios de salud y lo que gastan en esa reducción, llega a ser un despilfarro tal que debe ser motivo de divulgación exhaustiva en la población. En Estados Unidos, por ejemplo: para reducir un 11% de la mortalidad por todas las causas atendidas por los mal 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>18</sup>

Los riesgos para la salud y la vida por el uso de los mal llamados servicios de salud son cada vez mayores. La proliferación de pruebas diagnósticas ha producido graves defectos en la buena práctica médica: el médico depende más de las pruebas de laboratorio que de un buen interrogatorio clínico y de una semiología rica en signos y síntomas, llegando a una despersonalización que degrada tanto al paciente como a la calidad de la práctica médica. Los cinco sentidos aplicados al diagnóstico están siendo reemplazados por datos de laboratorio, reduciendo ese contacto casi mágico del examen físico que fortalece inmensamente la relación entre el enfermo y su médico. Las pruebas diagnósticas se han convertido en un muro cada vez más infranqueable para establecer esa relación eficaz médico-paciente: el médico sólo espera recibir los resultados para encuadrar al paciente en un diagnóstico y seguir el protocolo para el caso: ¡El paciente se esfumó! Quedó convertido en un amasijo de datos, impersonal y peligrosamente dañino, tanto para el paciente como para el médico, pues el riesgo de error aumenta enormemente. La situación empeora cuando el paciente requiere de varios especialistas para un manejo holístico de su problema, pues se convierte en el ojo con glaucoma, el pulmón con una sombra, la vesícula biliar con cálculos, la próstata hipertrófica... etc. Ahora que la secuencia del genoma humano puede hacerse en el laboratorio en un día por menos de US\$1 000, se vislumbra una práctica médica personalizada a nivel molecular, olvidando a ese ser de carne y hueso reflejado en el mismo genoma humano.

El uso de tecnologías no siempre efectivas ni seguras y el uso excesivo de medicamentos (algunos sin eficacia demostrada y otros peligrosamente tóxicos o con efectos secundarios graves) han aumentado de manera preocupante la iatrogenia clínica expresada en complicaciones, secuelas o muerte a causa de los servicios recibidos. Por ejemplo, en Estados Unidos los errores médicos matan más gente anualmente (44 000 a 98 000 pacientes) que los accidentes vehiculares (43 458), el cáncer de mama (42 297) o el sida (16 516).<sup>19</sup> Específicamente, las muertes inducidas por medicamentos (38 371 en 2010) son mayores que las muertes causadas por alcohol o armas.<sup>20</sup> Otros estudios concluyen que en Estados Unidos los eventos ad-

versos por drogas causan 140 000 muertes anualmente<sup>21</sup> y que los aparatos o equipos médicos causaron 454 383 traumatismos que requirieron consultas al departamento de urgencias y, de estos pacientes, 58 000 murieron o fueron hospitalizados.<sup>22</sup> A nivel mundial, uno de cada cuatro pacientes hospitalizados adquirirá una infección durante su hospitalización, proporción que aumenta entre 25% y 40% en algunos países en desarrollo.<sup>23</sup> La Organización Mundial de la Salud afirma que el cuidado poco seguro del paciente es ubicuo y está asociado con morbilidad y mortalidad significativas en todo el mundo.<sup>24</sup>

Además de la iatrogenia clínica ha crecido la iatrogenia social, cuando la gente es sometida al poder médico mediante certificados médicos de salud, aptitud, incapacidad, convalecencia, etc.; la gente 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 la poderosa industria farmacéutica que presiona 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 mientras que la industria farmacéutica presiona cambios en la educación médica para asegurar la medicalización de la vida. Como acotación final a esta desconcertante situación vale la pena recordar a Oliver Wendell Holmes cuando dijo: "¡si todas las medicinas del mundo fueran lanzadas al mar, sería mucho mejor para los humanos pero tanto más peor para los peces!"

Esta confusión con los mal llamados servicios de salud es tal que en publicaciones del más alto prestigio científico se cometen errores tan garrafales como hablar de salud preventiva y servicios de salud preventiva o servicios preventivos de salud (una total incongruencia): es un atentado prevenir la salud y más aún tener servicios que previenen la salud. Ejemplos: "*education plays a role in people's attitudes about preventive health...*".<sup>25</sup> La revista médica más prestigiosa de Estados Unidos publicó una sección denominada *Preventive health services* en su página editorial, relacionada con un debate sobre tamizaje de cáncer de próstata.<sup>26</sup> ¡De lo que se trataba era de medicina preventiva! Una página web define salud preventiva así: "*Preventive health, also known as preventative health is best described as 'warding off disease'*".<sup>27</sup> Tal vez, la joya de la corona es la conferencia *Preventive Health 2011* convocada por el gobierno inglés afirmando que "*this is a crucial time for preventive health provision in the UK*".<sup>28</sup>

Al mimetizar los servicios médicos bajo el nombre de servicios de salud, no sólo se engaña a la sociedad sino que se cometen abusos contra la gente, nacidos de la codicia y la avaricia del gran capital privado que ofrece tecnologías y tratamientos médico-quirúrgicos cada vez más costosos y de incierta efectividad, bajo una clara asimetría de información entre el proveedor y el paciente (ahora cliente). La creciente iatrogenia es una muestra de cómo la panacea de los mal llamados servicios de salud se convierte en némesis. Además, son los verdaderos servicios de salud, no los servicios médicos, los que han contribuido de manera preponderante al mejoramiento de la salud en el mundo.<sup>29</sup>

## Los verdaderos servicios de Salud

Después de analizar la génesis y el desarrollo de esa quimera mal llamada servicios de salud, es necesario explicar cuáles son entonces los verdaderos servicios de salud, los que protegen y promueven la salud, así como aquellos que previenen que ocurra la enfermedad. Podemos clasificarlos en servicios de protección de la salud, servicios individuales de promoción de la salud, servicios colectivos de promoción de la salud y servicios de medicina preventiva. Enseguida se presenta un listado de cada uno de ellos:

### *Servicios de protección de la salud*

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

### *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
  - Fomento de la producción de alimentos.
  - 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.
    - Ciclovías.
- 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.

El actual sector salud no tiene la responsabilidad ni la capacidad para prestar todos estos servicios de salud. La mayoría son prestados por diferentes organizaciones del Estado, especialmente los servicios de protección de la salud, como el suministro de agua potable, la disposición adecuada de residuos y el control de agentes tóxicos y radiaciones. Los que son vitales para la higiene colectiva han llegado a convertirse en grandes empresas públicas y recientemente en empresas privadas, como el suministro de agua potable y la disposición adecuada de residuos. En cambio, los servicios de promoción individual de la salud y los de medicina preventiva son suministrados directamente por el actual sector salud, mientras que los de promoción colectiva de la salud son esfuerzos plurisectoriales cuya efectividad depende fundamentalmente de factores de poder y autoridad.

Si el actual sector salud quiere asumir el liderazgo sobre los verdaderos servicios de salud, tendrá que reformar ra-

dicalmente la organización del ministerio y las secretarías de salud (hoy secretarías predominantemente de servicios médicos). Esta reforma debe garantizar la formación de alianzas sectoriales, la 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 privadas que los suministra. Un cambio como el propuesto garantizaría la viabilidad de la importante iniciativa salud en todas las políticas.<sup>30</sup>

## Consecuencias

La importancia de llamar las cosas por su nombre es enorme. Tomemos el caso de Colombia que mercantilizó 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 pues no son más que aseguradoras con ánimo de lucro que en nada protegen ni promueven la salud de la población y muestran altos grados de corrupción. 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. Las EPS, que en nada promueven la salud, son las que deciden si el paciente puede obtener o no el examen de laboratorio o la prescripción ordenados por el médico. 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, son 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 paso 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.<sup>31</sup>

La gente debe saber que al pagar obligatoriamente un seguro médico definido por ley (que no ofrece verdaderos servicios de salud) está siendo cubierto por un paquete básico de servicios médicos que, aunque sea igual para todos, la prima del seguro no es equitativa: tanto el ciudadano que gana un salario mínimo como el que gana un salario 10 veces mayor pagan el mismo porcentaje; pero no es lo mismo recortar 20 cuando el ingreso es 500 que recortar 200 cuando el ingreso es 5 000. Mientras que al de salario mínimo le quedan sólo 480, alterando negativamente su presupuesto para vivir, al de mayor ingreso no le afecta su forma de vivir la diferencia entre 5 000 y 4 800. Además, en el caso colombiano, no es la manera más eficiente de administrar seguros médicos pues el intermediario es enormemente costoso al quedarse con casi una cuarta parte de los fondos del aseguramiento. Una alternativa que sí parece más equitativa y eficiente es el financiamiento de servicios médicos con impuestos progresivos o primas progresivas y convertir los intermediarios en organizaciones sin ánimo de lucro. El Estado, por su parte, debe financiar los verdaderos servicios de salud mediante apropiaciones adecuadas del presupuesto público que garanticen su funcionamiento eficiente y efectivo.

Otro impacto muy negativo de los mal llamados servicios de salud fue que el 94% del total del gasto público en salud se dedicó a financiar atención médica, mientras que los fondos para controlar, reducir, eliminar o evitar 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 del gasto público en salud.<sup>32</sup> Además, en el caso colombiano, al convertir las Secretarías de Higiene en Secretarías mal llamadas de Salud, tuvieron que dedicar el 80% de su esfuerzo a conseguir los fondos para garantizar el aseguramiento médico de los más pobres. Igualmente, la organización de las mal llamadas Secretarías de Salud es una muestra de la incoherencia entre su verdadero objeto y sus funciones, y de la incoherencia en las acciones para mejorar la salud de la población usando los seguros médicos impuestos por el sistema.

Una advertencia final. No se pretende estar en contra de los servicios médicos, sino de que se mienta con ellos al disfrazarlos de servicios de salud. Las intervenciones para proteger, promover o mantener la salud poco tienen que ver con los servicios médicos engañosamente bautizados como servicios de salud. Además, se ha inducido a la gente a pensar falsamente que la medicina es salud y de paso brindarle una utopía con intervenciones clínicas y quirúrgicas que sólo pueden paliar o controlar la enfermedad y, en ocasiones, curarla. Tal vez lo que ha sucedido es la generación de una distopia involuntaria que ha traído problemas de diversa índole como los descritos anteriormente, confinando a su mínima expresión la acción de los verdaderos servicios de salud.

Tampoco se quiere decir que el médico no puede mejorar la salud de sus pacientes. Por el contrario, la función docente del médico es una manera importante de contribuir individualmente a proteger, mantener y conservar la salud de sus pacientes, pero es lo que menos sabe hacer a pesar que es la función que le hace merecedor al título de doctor (de *docere*). La enseñanza de la higiene individual y colectiva así como de hábitos de vida saludables debe constituir parte fundamental de los servicios que ofrece el médico. Éste debe volver a actuar pensando en que el enfermo es más importante que la enfermedad y que los cinco sentidos son herramientas de diagnóstico irremplazables por pruebas de laboratorio: escuchar, observar, palpar, auscultar y hasta oler al enfermo es parte vital

del verdadero arte de la medicina. 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.

Finalmente, la medicina concebida como diagnóstico y tratamiento individual de la enfermedad no puede restablecer la salud: sólo puede en algunos casos controlar o curar la enfermedad o paliar sus efectos. En el mejor de los casos, puede restablecer la homeostasis en el organismo enfermo, pero esto no es recuperar la salud, pues ésta depende de la interacción entre las características del individuo y de la población con el medio ambiente. Los servicios médicos concentran su esfuerzo en conocer y entender la etiología y la patogénesis de la enfermedad para tratar de eliminarla o controlarla, olvidándose cada vez más del enfermo, mientras que los servicios de salud deben dedicarse a la salutogénesis, entendida como la forma de ocasionar la interacción coherente del individuo y la población con un ambiente higiénico, sano y benéfico para generar salud. Antonovsky, el proponente de la salutogénesis, plantea en una bella metáfora la diferencia entre servicios médicos y servicios de salud: "... la devoción del sistema de cuidado de la enfermedad (es) salvar a los nadadores que se ahogan río abajo con medidas heroicas, más que preguntarse 'quién o qué los empuja al río en primer lugar ... qué tan peligroso es nuestro río (la vida) y qué tan bien sabemos nadar'".<sup>33</sup> El mismo autor propone que, para saber responder estas preguntas, es necesario tener sentido de coherencia, el cual nos permite percibir el mundo de manera comprensible, manejable y con significado. En fin, si en realidad se quiere mejorar la salud de la población, es necesario reivindicar a Hygeia y Hermanarla con Esculapio. Para ello, el médico debe ampliar su papel en la sociedad, pues como dijo Virchow, los médicos son abogados naturales de los pobres y los problemas sociales encajan principalmente dentro de su jurisdicción. En esta tarea, la educación médica tendrá que utilizar la ciencia del diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad conjuntamente con otras ciencias sociales, para el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de una comunidad. La medicina comunitaria surgirá de la fusión de Hygeia y Esculapio y plantearía el uso científico desde la medicina molecular hasta la medicina basada en determinantes de salud como el gran desafío para la educación médica actual.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2014  
www.siic.salud.com

*El autor no manifiesta conflictos de interés.*

#### Cómo citar este artículo

Echeverri O. La quimera de los servicios de salud. Salud i Ciencia 20(8):852-8, Oct 2014

#### How to cite this article

Echeverri O. The chimera of health services. Salud i Ciencia 20(8):852-8, Oct 2014

### Autoevaluación del artículo

Los verdaderos servicios de salud incluyen aquellas tareas de protección, así como los servicios individuales y colectivos de promoción de la salud y servicios de medicina preventiva.

#### ¿Cuál de estas prestaciones forman parte de los servicios de protección de la salud?

A, El suministro de agua potable; B, La prevención de accidentes; C, La disposición apropiada de los residuos; D, El control de los agentes radioactivos; E, Todas son correctas

Verifique su respuesta en [www.siic.salud.com/data/evaluaciones.php/126273](http://www.siic.salud.com/data/evaluaciones.php/126273)

**Bibliografía**

1. Graves R. Greek Myths. 2nd ed. New York: Penguin books; 1992.
2. Eisenberg L. Rudolf Virchow: The physician as politician. In Bonhoeffer K. Gerecke D (Ed). Maintain life on earth. Document of Sixth World Congress of the International physicians for the Prevention of Nuclear War in Cologne, May 29 - June 1, 1986. Munich: Jungjohann Verlagsgesellschaft Nekarsulum und Munchen; 1987. Pp. 79-84.
3. Vagerö D. The evolution of health care Systems in England, France and Germany in the Light of the 1848 European revolutions. Acta Sociologica 26(1):83-88, 1983.
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. Social Insurance and Allied Services. Report by Sir William Beveridge. Published by His Majesty's Stationery Office; 1942. P. 11.
6. Nhs.uk. The NHS in England - About the NHS - NHS core principles. 2009-03-23. Disponible en: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/aboutnhs/Pages/NHSCorePrinciples.aspx>.
7. 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.
8. Bulger R. Technology, bureaucracy, and healing in America. Iowa City, University of Iowa Press; 1988. Pp. 63-93.
9. White KL. The Ecology of Medical Care: Origins and Implications for Population-Based Healthcare Research. Health Services Research 32(1):18, 1997.
10. Deaton A. What does the empirical evidence tell us about the injustice of health inequalities? New Jersey. Center for Health and Wellbeing, Princeton University; 2011.
11. 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.
12. Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. Rev Panam Salud Publica 24(3):210-6; 2008.
13. Lalonde M A. New Perspective on the Health of Canadians. A working document. Ottawa, Canada; 1974.
14. CBO: Research on the Comparative Effectiveness of Medical Treatments: Issues and Options for an Expanded Federal Role. The Congress of the United States. Congressional Budget Office; 2007. P. 1.
15. White KL. International comparisons of health services systems. Milbank Memorial Fund Quarterly. XLVI, Part 2. P. 10.
16. Brownlee S. Overtreatment. Why too much medicine is making us sicker and poorer. New York: Bloomsbury USA, 2008. Pp. 142-175.
17. Porter M., Teisberg R. Redefining Competition in Health Care, Harvard Business Review:64-77, 2004.
18. Dever A. Community Health Analysis. Global awareness at the local level. 2nd ed. New York: Aspen Publishers; 1991. P. 37.
19. Institute of Medicine (US). To Err is Human: Building a Safer Health System. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (Eds.) Washington, DC: National Academy Press; 2000.
20. CDC: Morbidity and Mortality Weekly Report. January 14; 2011.
21. Runciman WB, Edmonds MJ, Pradhan M. Setting priorities for patient safety. Quality and Safety in Health Care 11:224-229, 2002.
22. Hefflin BJ, Gross TP, Schroeder TJ. Estimates of medical device--associated adverse events from emergency departments. Am J Prev Med 27:246-253, 2004.
23. World Health Organization. Geneva. World Alliance for Patient Safety. WHO guidelines on hand hygiene in health care (advanced draft): a summary. Geneva; 2005.
24. World Health Organization. Geneva. World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Edited by Ashish Jha; 208. P. 3.
25. Graham C. Happiness and Health: Lessons and Questions-for Public Policy. Health Affairs 173:72-86, 2008.
26. Editorial. Preventive Health Services. N Engl J Med 331:1156-1158, 1994.
27. Disponible en: <http://www.preventive-health-guide.com>
28. Disponible en: <http://www.preventivehealth-conference.co.uk/>
29. McKewon T. The role of medicine. Dream, mirage or nemesis? New Jersey: Princeton University Press; 1979.
30. Puska P. European J Pub Hlth 17(4):328, 2007.
31. Echeverri O. ibid.
32. Ministerio de la Protección Social: Recursos para la salud 2009. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2010.
33. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International Vol. 11, No. 1 Oxford University Press; 1996. Disponible en: <http://heapro.oxford-journals.org>

**Curriculum Vitae abreviado del autor**

**Oscar Echeverri Cardona.** Profesor Asociado (Retirado), Escuela de Medicina, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Consultor del Banco Mundial. Campo de especialización en salud pública. Autor de más de 15 publicaciones en revistas médicas especializadas, colombianas e internacionales.