

El derecho a la salud: ¿cuál es el modelo para América Latina?

Nilá Heredia, Cristina Laurell Asa, Oscar Feo, José Noronha, Rafael González-Guzmán, Mauricio Torres-Tovar

Publicado en línea en *The Lancet* el 16 de octubre, 2014 y traducido al español con permiso.
Inglés disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61493-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61493-8/abstract)

El interés suscitado por la atención sanitaria universal se ha intensificado en los últimos tiempos gracias al debate de la Cobertura Universal de Salud, incorporada en los acuerdos posteriores al 2015. No obstante, estos términos han de examinarse con cuidado ya que adquieren diferentes connotaciones, según los distintos intereses sociales, políticos y financieros. Algunos sostienen que la cobertura universal puede lograrse a través de seguros obligatorios, ya sean sociales, privados o públicos, en diversas combinaciones, mediante la segmentación de la población, según las capacidades adquisitiva de los grupos sociales. Esta posición considera que la salud es, en lo fundamental, responsabilidad del individuo y que la atención en salud ha de ser financiada por particulares y empleadores y no por el Estado, o al menos no debe constituir una responsabilidad financiera primordial del mismo. El financiamiento estatal sólo podría considerar a los grupos en extrema pobreza o en situación de riesgo. Las experiencias de los países que han implementado el modelo de cobertura universal bajo la forma de seguro social público, tales como Colombia, México y Chile no han logrado mejoras sustanciales, debido a su orientación comercial y a los costos de los subsidios estatales.

Mientras tanto, la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) aboga por el derecho a la salud para todos los ciudadanos, sin distinción alguna, con el Estado como garante del financiamiento y la administración. Cuba, que ha puesto en práctica este modelo durante casi 50 años, y Brasil con más de 25 años de experiencia demuestran, a través de sus indicadores de salud, que la posibilidad de implementar una política basada en el derecho a la salud, inclusiva a todas las personas sin distinción y con financiamiento Estatal, resulta menos costosa.

En la actualidad, la campaña a favor de la "Cobertura Universal de Salud" es muy intensa. Todos parecen concordar con este objetivo. Sin embargo, es importante hacer hincapié en que la cobertura universal de salud es un término ambiguo. En particular, esto es evidente en América Latina, donde se emplean dos conceptos diferentes. Uno se refiere a las modalidades de los seguros de salud, sean voluntarios u obligatorios, públicos o privados o en diferentes combinaciones. El otro concepto se refiere a un sistema único de salud pública; es decir, un sistema de salud unificado, con financiamiento estatal proveniente de los impuestos.

Es fundamental diferenciar los dos conceptos y establecer criterios uniformes de análisis para comparar sus logros. En este contexto, éstos son: la población y la cobertura médica en sus categorías de acceso universal segmentado y el uso del servicio y las posibles barreras; el origen y la gestión de los fondos para la salud; el tipo de proveedores; el gasto en materia de salud pública y privada; la distribución de los costos y el gasto de bolsillo; el impacto en las medidas de salud pública y en las condiciones sanitarias; así como la equidad, la participación popular y la transparencia. Observados en conjunto revelan hasta qué punto es posible alcanzar el derecho a la salud, como un valor social muy extendido.

La experiencia latinoamericana en la reforma del sector salud solo puede entenderse en el contexto del ajuste estructural, que se extendió por el subcontinente a partir de la década de 1980. Estas políticas debilitaron, en gran medida, a los ministerios de salud y a las instituciones de seguridad social. Por lo tanto, el sector de la salud pública y cuasi-pública pasó por un prolongado período de gran carencia financiera y de recursos, que desencadenó un proceso de reforma, en la mayoría de los países, bajo la supervisión del Banco Mundial.

El modelo hegemónico de la reforma continúa siendo el del aseguramiento público "universal", diferente a los modelos europeos, porque está configurada bajo los principios del mercado (interno o externo) y la competencia administrada bajo múltiples formas. Los ejemplos más conocidos son: Chile con un seguro obligatorio y sistemas públicos y privados paralelos; Colombia, con el seguro obligatorio y la competencia entre diversos gestores de fondos y proveedores; y México, con un sistema mixto de seguros obligatorios (seguridad social) y voluntario (*Seguro Popular*); en teoría, las funciones de regulación, de gestión de fondos / adquisición y prestación de servicios están separadas; pero, en la práctica, existe una participación directa del sector privado. Los tres sistemas poseen diferentes planes de seguros de salud, según la cantidad de la prima, los subsidios públicos y los costos de las transacciones.[1-3]

Aunque se afirma que la cobertura de la población es elevada, ninguno de los tres sistemas lo ha logrado; por ejemplo, se calcula que en México el 20% de la población carece de cobertura del seguro[4], también existe un problema metodológico puesto que la "cobertura" es considerada como la "cobertura del seguro". Otros aspectos de la cobertura pública no se contemplan cuando se dan las cifras indicativas de progreso; por consiguiente, constituye un indicador controvertido utilizado en el Informe sobre la salud en el mundo 2000 para clasificar "desempeño". La cobertura médica; es decir, las intervenciones de salud cubiertas por el seguro, por lo general, se limitan a "planes básicos" que se traducen en acceso a los servicios necesarios y al uso de los mismos de modo limitado y desigual.[5-7] Este problema se agrava por la injusta distribución geográfica y social de los recursos,[6-8] que afecta a los grupos y regiones marginadas. Además, los planes limitados promueven seguros médicos complementarios, privados o con cuotas adicionales.[7,9,10]

La lógica de los planes explícitos con copagos y la obligación de costear los servicios no cubiertos por el seguro, la distribución desigual de los servicios, y la dificultad de regular a los administradores y proveedores privados, tiene un impacto directo en el uso de los servicios o gastos de bolsillo. Por ejemplo, en Colombia estas restricciones han ocasionado, al menos, miles de recursos de protección contra el Estado ya que violan el derecho constitucional a la vida.[11] Otro ejemplo gráfico lo constituye México, donde por cada peso pagado por los beneficiarios, el *Seguro Popular* gasta 0.93 pesos.[4]

Chile trató de resolver este problema con AUGE [Acceso Universal con Garantías Explícitas —Eds.], que concede un plazo fijo limitado para el tratamiento de una serie de enfermedades comunes y graves. AUGE ha aumentado el acceso oportuno al tratamiento de estas enfermedades, pero la falta de capacidad del sector público para satisfacer la demanda ha impulsado la transferencia de recursos públicos a los proveedores privados; por tanto, resulta perjudicial para otras enfermedades no cubiertas por AUGE.[12]

Los gastos en materia de salud, tanto públicos como privados, han aumentado en la mayoría de los casos donde se han implementado las reformas de seguros de salud —alrededor de un 2% del PIB en Colombia[3] hasta menos del 1% del PIB en México.[4] Varios problemas deben ser tomados en cuenta. Uno de ellos es que una parte considerable de los nuevos recursos favorecen al sector privado o se gastan en costos transaccionales. La quiebra del sistema de seguridad social colombiano está marcada por corrupción flagrante, afirmado por el Tribunal Constitucional[13] y la Contraloría General.[14] Por otra parte, en los sistemas fragmentados como el de México, el incremento del presupuesto ha generado conflictos por la distribución,[4] lo que puede resultar en una pérdida de derechos para grandes grupos de la población. El modelo de seguro centrado en la persona impacta de manera negativa en la salud pública, puesto que su enfoque pluralista debilita la vigilancia epidemiológica y las intervenciones colectivas.[15,16] Por último no hay pruebas consistentes de que la salud de la población haya mejorado[17] y algunos críticos incluso sostienen que el impacto sobre la salud no debería constituir un criterio de evaluación.[17] Este análisis conciso muestra que el seguro universal de salud en América Latina no otorga el derecho a la salud, entendido como igualdad de acceso a los servicios necesarios en igualdad de necesidad.

En contraste con las restricciones intrínsecas del seguro universal de salud, los problemas del sistema único de salud pública (SUSP) se deben a la ejecución operativa o puesta en práctica. Los SUSP son sistemas de salud pública no mercantilizados, integrados y financiados con fondos públicos otorgados por el Estado. En América Latina, los dos ejemplos más importantes son Brasil[18] y Cuba; pero recientemente países como Venezuela,[19,20] Bolivia[21] y Ecuador,[22] han utilizado marcos más amplios como el “*Vivir bien*” o “*Sumac kawsay*”, adaptando este modelo de reforma tras años de política neoliberal en materia de salud. Este enfoque, por lo general, se ha legislado en constituciones y es el resultado de una movilización social de amplia base. Este paradigma, por definición, ofrece cobertura médica a toda la población. El acceso a los servicios y su uso dependen principalmente de diferentes clases de barreras: geográficas, culturales, burocráticas, así como de la actitud adoptada por el equipo de salud. Estas barreras son particularmente frecuentes en los sistemas creados recientemente y en los países pobres, puesto que carecen de recursos físicos y humanos. No obstante, el acceso se ha ampliado de forma masiva en todos estos países y en Brasil casi existe una cobertura universal (97%), el 80% de las personas dependen, de modo exclusivo, de un sistema único de salud pública. El 98% de las personas que buscan atención médica la reciben.[23]

Una segunda ventaja de los SUSP es que la muy discutida unión de los riesgos y los fondos es total, ya que poseen un fondo único de salud. Una deficiencia común de los SUSP es que las instituciones públicas con personal asalariado no son suficientes, por lo que se ven obligados a contratar a proveedores privados para el


tratamiento de las intervenciones complejas. Este enfoque agota los recursos financieros con cargo al presupuesto público y también aumenta la contratación de planes privados complementarios de salud.[24]

El gasto público en salud se ha incrementado con la implementación de los SUSP; pero, incluso cuando existe una legislación regulatoria, el gasto público ha demostrado ser vulnerable ante la inestabilidad económica. Los gastos de bolsillo dependen, en gran medida, de la capacidad del sistema público para prestar servicios y suministrar medicamentos, además de la contratación de planes complementarios de salud. En este sentido, por ejemplo, cabe destacar que ciertas empresas de seguros brasileñas están vendiendo planes de baja cobertura con fines de lucro y luego remiten a los pacientes al sistema público para que reciban la mayoría de los tratamientos.[25]

Puesto que los SUSP ofrecen atención médica integral tienen mejores condiciones para promover y poner en práctica acciones de salud pública, tales como educación para la salud, promoción, prevención y detección temprana de enfermedades. También son más adecuados para la acción intersectorial con otros ministerios y tienden a formar parte de las políticas sociales y económicas progresistas que abordan una serie de determinantes sociales de la salud. Aunque resulta problemático demostrar causalidad entre la organización de los servicios de salud y la mejora de las condiciones sanitarias, los países con SUSP han mostrado avances en la salud de la población y en la seguridad de la vida.[26,27] Los SUSP en América Latina aún tienen que resolver ciertos problemas pero están en vías de garantizar el derecho a la salud.

Hoy día, la participación popular y social en salud es una cualidad ineludible y que ha de valorarse en gran medida. El modelo de seguro de salud reivindica la existencia de participación social, puesto que la división pagador-proveedor debe permitir a la población “votar con los pies” mediante la selección. La participación social es el corazón de los SUSP por dos razones. Una de ellas es que en América Latina es el resultado de la participación social masiva, y la otra es que la participación se ha institucionalizado, a través de los consejos de salud, en todos los niveles.

Las relaciones interculturales son también importantes en América Latina, conjuntamente con los conceptos de “género”, “trabajo” y “medio ambiente”. Estas ideas deben ser consideradas en la elaboración de políticas y estrategias de salud. Las relaciones interculturales son importantes en el debate sobre el seguro universal de salud y los SUSP, porque el foco básico del modelo de seguro de salud se centra en el individuo y lo biomédico, mientras que el SUSP se construye sobre la base del bienestar universal de la persona, la familia y de la comunidad donde las personas viven y desarrollan su potencial. En la comunidad, las culturas y los saberes ancestrales populares sirven de facilitadores para que el sector salud construya relaciones respetuosas con la población, en las cuales la promoción y la prevención forman parte de la vida cotidiana.[28]

Para finalizar, deseamos afirmar que ALAMES no pretende representar la opinión de toda “la sociedad civil”. Lamentamos que a las organizaciones civiles sólo se les haya ofrecido una contribución única en un debate crucial sobre la utilización de la “Cobertura Universal de Salud” como instrumento que fortalece el seguro privado. 

REFERENCIAS

1. OPS. Salud en Sudamérica. Panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2012.
2. Laurell AC. Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos. 2013. Disponible en: http://isuu.comisagsunatur/docs/sistemasuniversalesdesaludretosydesafios_1 (citado 6 de octubre, 2014).
3. Torres-Tovar M. Modelo de salud colombiano: exportable, en función de los intereses de mercado. *Sáude em Debate* 2008; 32: 207–19.
4. Laurell AC. Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano. Buenos Aires: CLACSO, 2013. Disponible en: [http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20130807020931/Impacto del Seguro Popular.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20130807020931/Impacto%20del%20Seguro%20Popular.pdf) (citado 14 de enero, 2014).
5. Consejo Nacional de Evaluación. Evaluación estratégica de protección social en México. 2012. Disponible en: http://web.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Estrategica/Evaluacion_Estrategica_de_Proteccion_Social_en_Mexico.pdf (citado 6 de octubre, 2014).
6. Alvarez LS, Salmon JW, Swartzman D. The Colombian health insurance system and its effect on access to health care. *Int J Health Serv* 2010; 41: 355–70. Inglés.
7. Fondo Nacional de Salud Protección social en salud en Chile. Santiago de Chile: Fondo Nacional de Salud, 2007.
8. Hernández M, Torres-Tovar M. Colombia's new health reform: helping keep the financial sector healthy. *Soc Med* 2010; 5: 177–81. Inglés.
9. Lakin J. The end of insurance? Mexico's Seguro Popular 2001–2007. *J Health Polit Policy Law* 2010; 35: 456–71. Inglés.
10. Yepes Lujan FJ, Ramírez Gómez M, Sánchez Gómez LH, Ramírez ML, Jaramillo Pérez I. Luces y Sombras de la Reforma de la Salud en Colombia. Bogotá: Mayol Ediciones S.A, 2010.
11. Gianella-Malca C, Parra-Vera O, Ely Yamin A, Torres-Tovar M. Democratic deliberation or social marketing? The dilemmas of a public definition of health in the context of the implementation of Judgment T-760/08. 2009. Disponible en: <http://www.hhrjournal.org/2009/08/24/deliberacion-democratica-o-mercadeo-social-los-dilemas-de-la-definicion-publica-en-salud-en-el-contexto-del-surgimiento-de-la-sentencia-t-760-de-2008> (citado 28 de junio, 2013). Inglés.
12. Missoni E, Solimano G. Towards universal health coverage: the Chilean experience. In *World Health Report (2010) background paper, no 4*. Geneva: World Health Organization, 2010. Inglés.
13. Corte Constitucional. Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008. 2012. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/T-760-08/comunicados/Comunicado%20del%2016%20de%20abril%20de%202012%20%28Sala%20Especial%20de%20Seguimiento%20a%20la%20sentencia%20T-760%20de%202008%29.pdf> (citado 6 de octubre, 2014).
14. Morelli S. Reflexiones sobre el control en el sector Salud. Sistema Nacional de Salud. Infinitamente rico en su miseria. *Economía Colombiana* No. 336 Revista de la Contraloría General de la República. 2012. Disponible en: <http://www.contraloriagen.gov.co/web/guest/herramientas/economia-colombiana> (citado 6 de octubre, 2014).
15. Knaut F, González-Pier E, Gómez-Dantés O. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet* 2012; 380: 1259–79. Inglés.
16. Groote TD, Paeppe PD, Unger JP. Colombia: in vivo test of health sector privatization in the developing world. *Int J Health Serv* 2005; 35: 125–41. Inglés.
17. Giedion U, Alfonso EA, Díaz Y. The impact of universal coverage schemes in the developing world: a review of the existing evidence. Washington, DC: World Bank, 2013. Inglés.
18. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377: 1788–97. Inglés.
19. Feo O, Pasqualina C. La salud en el proceso constituyente venezolano. 2004. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200008&lng=es (citado 25 de junio, 2013).
20. Muntaner C, Guerra Salazar R, Benach J, Armada F. Venezuela's Barrio Adentro: an alternative to neoliberalism in health care. *Int J Health Serv* 2006; 36: 803–11. Inglés.
21. Asamblea Constituyente de Bolivia. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. Octubre, 2008. Disponible en: <http://bolivia.infoleyes.com/shownorm.php?id=469> (citado 28 de junio, 2013).
22. ISAGS. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Río de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012.
23. Ministerio de Salud. 2012. Disponible en: http://www.brasil.gov.br/sobre/salud/atendimento/que-es-sus-1/br_model1?set_language=es (citado 7 de febrero, 2014).
24. Ocké-Reiss O. SUS o desafío de ser único. Río de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.
25. CEBES. Renovar a Política Preservando o Interesse Público na Saúde. 2012. Disponible en: <http://www.cebes.org.br/media/file/Renovar%20a%20Política%20Preservando%20o%20Interesse%20Público%20na%20Saúde.pdf> (citado 8 de mayo, 2013). Portugués.
26. Ministerio de Saúde. 2008. Disponible en: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizartexto.cfm?idtx=32203&janela=1> (citado 25 de febrero, 2013). Portugués.
27. Armada F, Muntaner C, Chung H, Williams-Brennan L, Benach J. Barrio Adentro and the reduction of health inequalities in Venezuela: an appraisal of the first years. *Int J Health Serv* 2009; 39: 161–87. Inglés.
28. Ministerio de Salud y Deportes. Plan Estratégico Sectorial de Salud 2006-2010 y 2011-2015. Disponible en: <http://minsa.gov.bo/index.php/viceministerios/vice-medicina-tradicional> (citado 6 de octubre, 2014).

LOS AUTORES

Nila Heredia (autora para correspondencia: nherediam@gmail.com), Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), Casilla Postal 7021, La Paz, Bolivia.

Asa Cristina Laurell, ALAMES, Coyoacán, México DF, México.

Oscar Feo, ALAMES, Maracay, Aragua, Venezuela.

José Noronha, ALAMES, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Manginhos, Río de Janeiro, Brasil.

Rafael González-Guzmán, ALAMES, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria, México DF, México.

Mauricio Torres-Tovar, Universidad Nacional de Colombia, ALAMES e IAHP, Bogotá.

Traducción aprobada por los autores: 19 de enero, 2015

Declaraciones: Ninguna

Citación sugerida: Heredia N, Laurell AC, Feo O, Noronha J, Rafael González-Guzmán R, Torres-Tovar M. El derecho a la salud: ¿cuál es el modelo para América Latina? MEDICC Rev. 2015;17 Suppl:S16–8. Disponible en: <http://medicc.org/mediccreview/uhc-heredia.php>
